

DOI: 10.58490/ctjump.2026i98.4683

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ
TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT MẠN DO SỎI BẰNG PHẪU THUẬT
CẮT TÚI MẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC
CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ
NĂM 2025-2026**

Huỳnh Hoa Quốc Thanh^{1*}, Lê Thanh Hùng², Nguyễn Văn Tuấn²

1. Trung tâm Y tế khu vực Ngọc Hiển

2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: drthanhcm@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/3/2026

Ngày phản biện: 20/5/2026

Ngày duyệt đăng: 25/5/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm túi mật thể mạn tính, là một bệnh lý thường gặp và có liên quan chặt chẽ đến sự hiện diện của sỏi mật. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm có thêm nhiều bằng chứng khoa học trong việc áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm túi mật mạn tính do sỏi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi ở bệnh nhân viêm túi mật mạn tính do sỏi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt 41 ca bệnh viêm túi mật mạn tính, được chỉ định phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 05/2025 đến tháng 05/2026. **Kết quả nghiên cứu:** Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là đau bụng chiếm 95,1%, vị trí đau chủ yếu là hạ sườn phải chiếm 66,7% và thành bụng đau khu trú chiếm 85,4%. Siêu âm gan mật cho thấy 14,6% có sỏi bùn và 9,8% có dịch quanh túi mật. Kết quả phẫu thuật cho thấy chỉ có 7,3% có biến chứng thủng túi mật. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt túi mật nội soi ở bệnh nhân viêm túi mật mạn tính do sỏi có tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Viêm túi mật mạn tính, sỏi mật, thủng túi mật.

ABSTRACT

**CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND
TREATMENT OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY
FOR CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS AT CAN THO
UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL AND CAN
THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL, 2025-2026**

Huynh Hoa Quoc Thanh^{1*}, Le Thanh Hung², Nguyen Van Tuan²

1. Ngoc Hien Regional Health Center

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital

Background: Chronic cholecystitis is a common disease strongly linked to cholelithiasis. The aim of this study is to strengthen the scientific evidence for utilizing laparoscopic intervention in managing chronic calculous cholecystitis. **Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics and evaluate the outcomes of laparoscopic cholecystectomy in patients with chronic calculous cholecystitis. **Materials and methods:** A descriptive case series study was conducted on 41 patients with chronic calculous cholecystitis who underwent laparoscopic cholecystectomy at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital and Can Tho Central General Hospital

between May 2025 and May 2026. **Results:** The primary clinical manifestation was abdominal pain (95.1%), predominantly located in the right upper quadrant (66.7%), with localized abdominal tenderness in 85.4% of cases. Hepatobiliary ultrasound revealed biliary sludge in 14.6% and pericholecystic fluid in 9.8%. Surgical outcomes showed that only 7.3% of cases presented with gallbladder perforation. **Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy for chronic calculous cholecystitis is associated with a low complication rate.

Keywords: Chronic cholecystitis, cholelithiasis, gallbladder perforation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật mạn tính thường khởi phát do kích ứng cơ học kéo dài của sỏi mật hoặc do các đợt viêm túi mật cấp tái phát nhiều lần, dẫn đến dày thành, xơ hóa và mất chức năng túi mật theo thời gian [1], [2]. Nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời, viêm túi mật có thể tiến triển đến các biến chứng nghiêm trọng như thủng túi mật và viêm phúc mạc toàn thể, đe dọa tính mạng bệnh nhân [3]. Các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình ghi nhận tỷ lệ mắc cao hơn so với các nước thu nhập cao và có xu hướng gia tăng theo thời gian [54]. Hiện nay, phẫu thuật nội soi là phương pháp được ưu tiên hàng đầu trong điều trị viêm túi mật do sỏi ở các giai đoạn cấp, bán cấp và mạn tính. Mặc dù vậy, các biến chứng như viêm phù nề, hoại tử túi mật hoặc viêm dính ruột có thể gây khó khăn cho việc quan sát phẫu trường và các cấu trúc giải phẫu quan trọng [4], [5], [6]. Riêng đối với viêm túi mật mạn tính do sỏi, nhiều nghiên cứu của Catena và cộng sự đã khẳng định phẫu thuật nội soi là lựa chọn tối ưu, mang lại hiệu quả cao, an toàn và thời gian phục hồi của bệnh nhân nhanh hơn hẳn so với mổ hở [7].

Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp tính. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về áp dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm túi mật mạn tính do sỏi tại Việt Nam nói chung và tại Cần Thơ nói riêng. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu như sau: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm túi mật mạn tính do sỏi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2025-2026; 2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân viêm túi mật mạn do sỏi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2025-2026.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân viêm túi mật mạn tính, được chỉ định phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ:

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu khi thỏa các tiêu chí sau:

+ Lâm sàng: đau âm ỉ ở vùng bụng trên bên phải (hạ sườn phải), có thể lan ra sau lưng hoặc lên vai phải, cơn đau có thể tăng lên khi ăn thực phẩm giàu chất béo (đau sau ăn). Các triệu chứng phổ biến khác bao gồm buồn nôn và thỉnh thoảng nôn mửa, đầy hơi và chướng bụng, cảm giác đầy hoặc khó chịu ở vùng bụng trên, khó tiêu, thay đổi khẩu vị và mệt mỏi. Sốt và nhịp tim nhanh hiếm gặp.

+ Cận lâm sàng: Siêu âm phát hiện sỏi mật và dày thành túi mật [8].

+ Mô bệnh học: Sự dày lên thành túi mật do xơ hóa và/ hoặc phì đại cơ trơn và/ hoặc có thể có một trong các đặc điểm như thâm nhiễm lympho bào, xuất hiện xoang Rokitansky-

Aschoff, sự hiện diện đại thực bào bọt trong lớp đệm (Cholesterolosis) với hình ảnh dầu tây điển hình, chuyển sản tuyến môn vị và chuyển sản ruột.

+ Được chỉ định phẫu thuật cắt túi mật nội soi.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Mô cắt thành túi mật giải phẫu bệnh viêm túi mật cấp và/hoặc chống chỉ định phẫu thuật nội soi do bệnh nội khoa.

- **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5 năm 2025 đến tháng 5 năm 2026.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

- **Cỡ mẫu:** Chọn tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu thu được 41 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu liên tục.

- **Nội dung nghiên cứu:** đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật mạn tính.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

- **Phân tích số liệu:** Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

- **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 theo số phiếu chấp thuận 25.487.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 06 năm 2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm túi mật mạn tính

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 41)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	06	14,6
	Nữ	35	85,4
Nhóm tuổi	30 – 40 tuổi	14	34,1
	41 – 50 tuổi	06	14,6
	51 – 60 tuổi	14	34,1
	≥ 61 tuổi	07	17,1

Nhận xét: Nữ giới chiếm đa số (85,4%). Hai nhóm tuổi 30 - 40 và 51 - 60 có tỷ lệ cao nhất (cùng 34,1%), tiếp theo là nhóm ≥ 61 tuổi (17,1%) và 41 - 50 tuổi (14,6%). Đa số đối tượng nghiên cứu sống tại nông thôn (75,6%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 41)

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	39	95,1
Vị trí đau:		
- Hạ sườn phải	26	66,7
- Thượng vị	06	15,4
- Cả hai	07	17,9
Thành bụng đau khu trú	35	85,4
Phản ứng hạ sườn phải	04	9,8

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chướng bụng	01	2,4
Vàng da	01	2,4
Ốn lạnh	03	7,3

Nhận xét: Chiếm phần lớn đối tượng nghiên cứu có đau bụng (95,1%), trong đó vị trí đau chủ yếu là hạ sườn phải (66,7%), kể đến cả hai vị trí (17,9%) và thượng vị (15,4%). Thành bụng đau khu trú chiếm 85,4% và có 9,8% có phản ứng hạ sườn phải.

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh của đối tượng nghiên cứu (n = 41)

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Xơ hóa thành túi mật	41	100
Thâm nhiễm tế bào viêm mạn tính	41	100
Sỏi mật trong lòng túi mật	41	100
Tăng sản niêm mạc túi mật	02	4,9
Thay đổi dị sản ruột	01	2,4

Nhận xét: 100% đối tượng nghiên cứu có xơ hóa thành túi mật, thâm nhiễm tế bào viêm mạn tính và sỏi mật trong lòng túi mật.

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 41)

Đặc điểm cận lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu cơ tim	02	4,9
Bất thường X – quang phổi	01	2,4
Sỏi bùn	06	14,6
Dịch quanh túi mật	04	9,8

Nhận xét: Có 14,6% đối tượng nghiên cứu có sỏi bùn và 9,8% dịch quanh túi mật. Có 4,9% đối tượng nghiên cứu thiếu máu cơ tim và 2,4% bất thường X – quang phổi.

3.2. Kết quả điều trị viêm túi mật mạn tính do sỏi

Bảng 5. Đánh giá trong mổ (n = 41)

Đánh giá trong mổ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm dính túi mật		
- Dính ít	36	87,8
- Dính nhiều	05	12,2
Viêm dính vùng tam giác Calot và ống túi mật		
- Dính ít	34	82,9
- Dính nhiều	07	17,1
Kỹ thuật cắt túi mật		
- Cắt túi mật ngược dòng	01	2,4
- Cắt túi mật xuôi dòng	40	97,6
Kỹ thuật hỗ trợ		
- Chọc hút làm xẹp túi mật chủ động	01	2,4
- Buộc hay khâu ống cổ túi mật	01	2,4
- Không sử dụng kỹ thuật hỗ trợ	39	95,2
Thời gian phẫu thuật (Trung vị (Min – Max)) (phút)	50 (30 – 140)	

Nhận xét: Có 12,2% viêm dính nhiều thành túi mật và 17,1% viêm dính nhiều vùng tam giác Calot và ống túi mật. Kỹ thuật cắt túi mật chiếm phần lớn là cắt túi mật xuôi dòng

(97,6%). Kỹ thuật hỗ trợ chọc hút làm xẹp túi mật chủ động và buộc hay khâu ống cổ túi mật đều chiếm 2,4%. Thời gian phẫu thuật trung vị là 50 phút (Min – Max: 30 – 140 phút).

Bảng 6. Đánh giá sau mổ (n = 41)

Đánh giá sau mổ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng thủng túi mật	03	7,3
Thời gian trung tiện (Trung vị (Min – Max)) (giờ)	18 (12 – 24)	
Thời gian hậu phẫu (Trung vị (Min – Max)) (ngày)	2 (1 – 5)	
Thời gian nằm viện (Trung vị (Min – Max)) (ngày)	5 (2 – 24)	

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng thủng túi mật xuất hiện sau điều trị chiếm tỷ lệ thấp với 7,3%. Thời gian trung tiện sau mổ với trung vị là 18 giờ (dao động từ 12 đến 24 giờ).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm túi mật mạn tính

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nữ giới chiếm 85,4% cao hơn so với nam giới với 14,6%, kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Kosummi M và Kosumi E (2022) cũng ghi nhận tỷ lệ nữ giới cao hơn so với nam giới (80,2% so với 19,8%) [2]. Sự chênh lệch giới tính này phù hợp với quy luật dịch tễ học kinh điển của bệnh lý túi mật, được lý giải chủ yếu qua tác động của nội tiết tố nữ: Estrogen kích thích gan tăng bài tiết cholesterol làm dịch mật bị quá bão hòa, trong khi Progesterone làm giảm trương lực cơ trơn gây giảm vận động và ứ trệ túi mật. Sự phối hợp giữa tình trạng bão hòa cholesterol và ứ trệ dịch mật, đặc biệt ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản hoặc đa sản, chính là cơ chế then chốt khiến nữ giới trở thành đối tượng có nguy cơ cao nhất mắc viêm túi mật mạn tính.

Về phân bố độ tuổi, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh tập trung cao nhất ở hai nhóm: 30 – 40 tuổi và 51 – 60 tuổi, với cùng tỷ lệ 34,1%. Kết quả này cho thấy bệnh lý viêm túi mật mạn tính trải rộng từ độ tuổi sinh sản đến tuổi trung niên và mãn kinh. Sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi phù hợp với quy luật sinh lý bệnh học của sỏi mật: khi tuổi càng cao, hoạt tính của enzyme 7-alpha-hydroxylase tại gan giảm dần, dẫn đến giảm tổng hợp acid mật và làm tăng bão hòa cholesterol trong dịch mật. Đặc biệt, tỷ lệ cao ở nhóm 30 – 40 tuổi phản ánh tác động tích lũy của các yếu tố nguy cơ trong độ tuổi sinh sản (như thai kỳ), trong khi đỉnh cao ở nhóm 51 – 60 tuổi thường liên quan đến các rối loạn chuyển hóa lipid và sự giảm trương lực cơ túi mật do quá trình lão hóa.

Đặc điểm lâm sàng viêm túi mật mạn tính do sỏi chiếm phần lớn là đau bụng với 95,1%. Trong đó vị trí đau chủ yếu là hạ sườn phải chiếm 66,7%. Kết quả này cho thấy dù ở giai đoạn mạn tính, sỏi mật vẫn gây ra các kích thích cơ học lên thành túi mật hoặc gây tắc nghẽn thoáng qua ống cổ túi mật, dẫn đến cơn đau. Tuy nhiên, tính chất đau trong viêm túi mật mạn tính thường khu trú và ít dữ dội hơn so với viêm cấp. Đối chiếu với nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh và cộng sự (2024) về viêm túi mật cấp tính, tỷ lệ đau hạ sườn phải cũng rất cao (98,6%) [9]. Điểm tương đồng là đau hạ sườn phải là dấu hiệu chỉ điểm quan trọng nhất cho bệnh lý túi mật ở cả hai thể cấp và mạn. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cho thấy bức tranh lâm sàng của viêm túi mật mạn tính có sự tương phản rõ rệt với viêm túi mật cấp tính, đặc biệt là ở hội chứng nhiễm trùng và phản ứng phúc mạc. Trong khi nghiên cứu của Nguyễn Thị Minh và cộng sự (2024) [9] trên bệnh nhân viêm cấp tính ghi nhận tỷ lệ sốt cao (70%) và phản ứng thành bụng chiếm đa số (88%), thì nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy sự vắng mặt hoàn toàn của triệu chứng sốt (0%) và tỷ lệ phản ứng thành bụng rất thấp (9,8%). Điều này phản ánh đúng cơ chế bệnh sinh của viêm túi mật mạn tính là quá

trình viêm xơ chai, khu trú, ít gây phản ứng toàn thân, trong khi viêm cấp tính là tình trạng viêm nhiễm, hoại tử rầm rộ.

Kết quả giải phẫu bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân đều có hình ảnh xơ hóa thành túi mật và thâm nhiễm tế bào viêm mạn tính. Quá trình xơ hóa này làm thành túi mật dày lên, mất tính đàn hồi, giải thích tại sao trên lâm sàng bệnh nhân ít có biểu hiện căng tức dữ dội hay phản ứng thành bụng rầm rộ như trong viêm cấp (vốn đặc trưng bởi phù nề và hoại tử). Đáng chú ý, chúng tôi ghi nhận 4,9% tăng sản niêm mạc và 2,4% dị sản ruột. Đây được xem là các tổn thương tiền ung thư, là hậu quả của quá trình viêm mạn tính kéo dài do sỏi.

Về đặc điểm cận lâm sàng, chúng tôi ghi nhận một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có các bệnh lý phối hợp như thiếu máu cơ tim (4,9%) và bất thường X-quang phổi (2,4%). Việc tầm soát kỹ lưỡng các yếu tố này có ý nghĩa quan trọng trong công tác chuẩn bị tiền phẫu, giúp kiểm soát rủi ro gây mê, đặc biệt trước những thay đổi huyết động học do bơm hơi ổ bụng trong phẫu thuật nội soi. Về hình ảnh học túi mật, bên cạnh sỏi viên, sỏi bùn chiếm 14,6% phản ánh tình trạng ứ trệ dịch mật dai dẳng. Đáng chú ý, dấu hiệu dịch quanh túi mật chỉ xuất hiện ở 9,8% trường hợp. Tỷ lệ thấp này giúp phân biệt rõ với viêm túi mật cấp tính (thường có tỷ lệ dịch quanh túi mật cao do phù nề, xuất tiết). Những trường hợp hiếm hoi có dịch quanh túi mật trong nghiên cứu của chúng tôi có thể tương ứng với những đợt viêm tái diễn (đợt cấp trên nền mạn), tuy nhiên mức độ viêm không đủ mạnh để gây ra các biến đổi toàn thân rầm rộ.

4.2. Kết quả điều trị viêm túi mật mãn tính do sỏi

Đánh giá đặc điểm trong mổ cho thấy mức độ viêm dính của túi mật với các tạng lân cận và tại vùng tam giác Calot chủ yếu là dính ít, chiếm tỷ lệ lần lượt là 87,8% và 82,9%. Chính mức độ dính nhẹ và sự vắng mặt của tình trạng phù nề mô nghiêm trọng đã tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu tích, cho phép chúng tôi áp dụng kỹ thuật cắt túi mật xuôi dòng (phẫu tích từ tam giác Calot) ở đại đa số các trường hợp (97,6%). Kết quả này thể hiện sự tương phản rõ rệt về chiến lược phẫu thuật so với bệnh cảnh viêm túi mật cấp tính. Cụ thể, khi đối chiếu với nghiên cứu của Trần Quế Sơn và cộng sự (2025) trên các bệnh nhân viêm cấp, kỹ thuật cắt túi mật ngược dòng (đi từ đáy túi mật) lại chiếm ưu thế áp đảo với 89,3% [10]. Sự khác biệt này phản ánh đúng cơ chế bệnh sinh trong khi viêm cấp tính chủ yếu gây phù nề, sung huyết làm mất các mốc giải phẫu tại tam giác Calot nên giải pháp chủ yếu là cắt ngược dòng để đảm bảo an toàn, trong khi viêm mạn tính với đặc điểm xơ dính khu trú lại cho phép tiếp cận và kiểm soát cuống túi mật trực tiếp một cách hiệu quả. Sự thuận lợi trong tiếp cận phẫu trường cũng lý giải cho thời gian phẫu thuật trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi (50 phút) ngắn hơn so với nhóm viêm cấp tính (56,5 phút), khẳng định tính khả thi và an toàn cao của phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm túi mật mạn tính.

Đánh giá giai đoạn hậu phẫu cho thấy phẫu thuật nội soi mang lại hiệu quả hồi phục nhanh của đối tượng nghiên cứu. Thời gian trung tiện sớm với trung vị 18 giờ và thời gian nằm viện sau mổ ngắn (trung vị 2 ngày) khẳng định ưu thế ít xâm lấn của phương pháp này, giúp bệnh nhân nhanh chóng trở lại sinh hoạt bình thường. Mặc dù ghi nhận 7,3% trường hợp thủng túi mật trong mổ – một hệ quả khó tránh khỏi do đặc điểm thành túi mật viêm mạn tính xơ chai và dễ rách – nhưng các tai biến này đều được xử lý an toàn ngay trong phẫu thuật và không gây biến chứng muộn. Sự chênh lệch lớn về tổng thời gian nằm viện (lên đến 24 ngày) chủ yếu phản ánh công tác chuẩn bị tiền phẫu kỹ lưỡng đối với những bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh lý nền phối hợp.

V. KẾT LUẬN

Dù lâm sàng ít rõ rệt, nhưng hình ảnh giải phẫu bệnh ghi nhận 100% xơ hóa và xuất hiện tổn thương tiền ung thư, khẳng định chỉ định phẫu thuật là cấp thiết. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật xuôi dòng chứng minh tính an toàn vượt trội nhờ phẫu trường ít dính (87,8%), cho phép phục hồi nhu động ruột sớm sau 18 giờ. Tai biến thủng túi mật thấp (7,3%) được kiểm soát tốt, không gây biến chứng hậu phẫu, khẳng định đây là phương pháp điều trị tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F. Scheer, P. Spunar, and R. Andresen. Persistent mesenteric panniculitis after cholecystectomy in chronic cholecystitis. 2016. *Rofo*. 188 (1), 89-91, doi: 10.1055/s-0035-1553184.
 2. Kosumi M, Kosumi E. Clinical Impact of Laparoscopic Cholecystectomy to Chronic Calculous Cholecystitis: A Retrospective Study, 2022. *Journal of Surgery and Operative Care*. 7(1), 2455-7617.
 3. J. Aguilar-Frasco, J. H. Rodriguez-Quintero, P. Moctezuma Velazquez, and C. Ruben-Castillo. Unexpected cause of severe ascending cholangitis in a patient with chronic calculous cholecystitis. *BMJ Case Reports*. 2018. doi: 10.1136/bcr-2018-226402.
 4. Đỗ Ngọc Quế Anh, Nguyễn Thị Tâm Nhi, Phạm Duy Tài và cộng sự. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật do viêm túi mật cấp sau dẫn lưu túi mật ra da tại bệnh viện Thống Nhất. *Vietnam Journal of Community Medicine*. 2024. 65(10), 321-325, doi: 10.52163/yhc.v65iCD10.1640.
 5. Đặng Văn Sơn Đa, Nguyễn Văn Hải, 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 (9), 112-120, doi: 10.58490/ctump.2023i69.1997.
 6. Mahalder, M. A. A., Abeden, M.J., Karim, R., & Islam, M. R. Outcome of Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Calculous Cholecystitis - Analysis of 100 cases. *Medicine Today*. 2022. 34(1), 39-43, doi: 10.3329/medtoday.v34i1.58673.
 7. Catena F, Ansaloni L, Di Saverio S *et al*. The ACTIVE (Acute Cholecystitis Trial Invasive Versus Endoscopic) study: multicenter randomized, double-blind, controlled trial of laparoscopic (LC) versus open (LTC) surgery for acute cholecystitis (AC) in adults. 2008, *Trials*. 2008 Jan 10;9:1. doi: 10.1186/1745-6215-9-1.
 8. Mark W. Jones; Karthik Gnanapandithan; Deepan Panneerselvam *et al*. Chronic Cholecystitis. 2023. PMID: 29261986.
 9. Nguyễn Thị Minh, Đặng Quốc Ái. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện E giai đoạn 2019 – 2023. 2024. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 542(3), 8-12, doi: 10.51298/vmj.v542i3.11157.
 10. Trần Quế Sơn, Nguyễn Ngọc Hùng, Trần Hiếu Học và cộng sự. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật cấp có sử dụng ống hút nội soi để phẫu tích: Hồi cứu 198 ca bệnh tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2024. 178(5), 204 - 215, doi: 10.52852/tencyh.v178i5.2420.
-