

DOI: 10.58490/ctjump.2026i100.4771

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI THEO HƯỚNG DẪN TOKYO 2018 TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN ĐÌNH CHIỂU

Son Hanh Phuc^{1*}, Lê Văn Nghĩa¹, Đỗ Đình Công², Phạm Văn Năng³

1. Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu

2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

3. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: drsonhanhphuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/03/2026

Ngày phản biện: 21/06/2026

Ngày duyệt đăng: 25/07/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm túi mật cấp là một trong những biến chứng thường gặp của sỏi túi mật và là nguyên nhân buộc bệnh nhân phải nhập viện cấp cứu. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là tiêu chuẩn vàng trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi theo hướng dẫn Tokyo năm 2018 tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, gồm tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và được điều trị bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 12 năm 2025. **Kết quả:** Trong thời gian 2 năm, có 265 bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi được phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Tỷ lệ nam/nữ 1/1,65, nữ chiếm 62,3%, tuổi $59,2 \pm 15,6$ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân ASA I/ASA II/ASA III lần lượt 35,1%/46,8%/18,1% và CCI < 6/CCI ≥ 6 là 80,8%/19,2%. Tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công đạt 98,9%, chuyển mổ mở 1,1%. Thời gian phẫu thuật $102,6 \pm 24,4$ phút. Tai biến trong mổ 0,8%. Biến chứng sau mổ 5,7% bao gồm: chảy máu (0,8%), nhiễm trùng vết mổ (0,8%), tụ dịch dưới gan (1,1%), rò mật (0,8%), viêm phổi bệnh viện (1,9%) và nhồi máu não mức độ nhẹ (0,4%). Thời gian nằm viện sau mổ $6,8 \pm 3,6$ ngày. Kết quả sớm sau mổ chủ yếu là tốt (94,0%), khá (5,3%) và kém (0,8%). **Kết luận:** Điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật nội soi theo hướng dẫn Tokyo 2018 là phương pháp an toàn, có hiệu quả tốt.

Từ khóa: Viêm túi mật cấp do sỏi, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, kết quả sớm.

ABSTRACT

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS ACCORDING TO THE TOKYO GUIDELINES 2018 AT NGUYEN DINH CHIEU HOSPITAL

Son Hanh Phuc^{1*}, Le Van Nghia¹, Do Dinh Cong², Pham Van Nang³

1. Nguyen Dinh Chieu Hospital

2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

3. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Acute cholecystitis is one of the common complications of gallstones and is a cause of emergency hospital admission. Laparoscopic cholecystectomy is the gold standard for treating acute calculous cholecystitis. **Objective:** To evaluate the early outcomes of laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute calculous cholecystitis according to the Tokyo Guidelines 2018 at Nguyen Dinh Chieu Hospital. **Materials and methods:** Retrospective combined with prospective study, including all patients diagnosed with acute calculous cholecystitis who underwent laparoscopic cholecystectomy at Nguyen Dinh Chieu Hospital from January 2024 to

December 2025. **Results:** During the 2-year study period, laparoscopic cholecystectomy was performed in 265 patients with acute calculous cholecystitis. The male-to-female ratio was 1:1.65, and females accounted for 62.3% of the study population. The mean age was 59.2 ± 15.6 years. The proportions of patients classified as ASA I, ASA II, and ASA III were 35.1%, 46.8%, and 18.1%, respectively; patients with $CCI < 6$ and $CCI \geq 6$ accounted for 80.8% and 19.2%, respectively. The success rate of laparoscopic cholecystectomy was 98.9%, with a conversion-to-open-surgery rate of 1.1%. The mean operative time was 102.6 ± 24.4 minutes. Intraoperative complications occurred in 0.8% of cases. Postoperative complications were recorded in 5.7%, including bleeding (0.8%), surgical site infection (0.8%), subhepatic fluid collection (1.1%), bile leakage (0.8%), hospital-acquired pneumonia (1.9%), and minor cerebral infarction (0.4%). The mean postoperative hospital stay was 6.8 ± 3.6 days. Early postoperative outcomes were good in 94.0% of patients, fair in 5.3%, and poor in 0.8%. **Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy performed according to the Tokyo Guidelines 2018 is a safe and effective treatment for acute calculous cholecystitis.

Keywords: Acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, early outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là một biến chứng thường gặp của sỏi túi mật và là một nguyên nhân thường gặp khiến bệnh nhân nhập viện cấp cứu. Khoảng 200.000 người được chẩn đoán viêm túi mật cấp ở Mỹ mỗi năm [1]. Tại Anh, khoảng 15% dân số bị sỏi túi mật và 20% trong số họ bị viêm túi mật cấp [2]. Nguy cơ tử vong của viêm túi mật cấp tăng theo cấp số nhân theo độ tuổi từ 2,8% trong dân số nói chung lên đến 14% ở những bệnh nhân trên 80 tuổi [3]. Trong những thập kỷ gần đây, nhiều hướng dẫn đã được ban hành nhằm tối ưu hóa việc điều trị viêm túi mật cấp. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh cãi, chủ yếu xoay quanh vấn đề thời điểm phẫu thuật cho bệnh nhân viêm túi mật cấp [4]. Theo hướng dẫn Tokyo 2018 (TG18), cắt túi mật nội soi sớm trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng giúp giảm nguy cơ biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị. Với những trường hợp nhập viện muộn hoặc có bệnh lý nội khoa nặng, việc điều trị nội khoa tích cực trước khi mổ trì hoãn hoặc dẫn lưu túi mật là lựa chọn phù hợp. TG18 còn đưa ra hướng dẫn điều trị dựa vào yếu tố nguy cơ của bệnh nhân theo chỉ số bệnh đồng mắc Charlson (CCI) và/hoặc hệ thống phân loại tình trạng sức khỏe của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) [5]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi theo hướng dẫn Tokyo 2018 tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm túi mật cấp do sỏi theo hướng dẫn Tokyo 2018 và được PTNS cắt túi mật tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 12 năm 2025.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Những bệnh nhân được chẩn đoán là viêm túi mật cấp do sỏi nhưng không được phẫu thuật nội soi cắt túi mật,
- + Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ không phải viêm túi mật cấp,
- + Bệnh nhân viêm túi mật cấp có kèm sỏi ống mật chủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, phân tích hàng loạt ca.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm túi mật cấp do sỏi theo TG18 và được PTNS cắt túi mật tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 12 năm 2025. Cỡ mẫu thực tế là 265 bệnh nhân.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi.
+ Yếu tố nguy cơ của bệnh nhân dựa vào chỉ số bệnh đồng mắc CCI và ASA.
+ Kết quả phẫu thuật (PT): thời gian PT, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

+ Đánh giá kết quả sớm sau mổ, được chia thành 3 mức độ: tốt, khá và kém.

- **Định nghĩa các biến số nghiên cứu:**

+ Phân độ viêm túi mật cấp theo TG18: Độ I (nhẹ) là viêm túi mật cấp không có rối loạn chức năng cơ quan và không có tiêu chuẩn độ II hoặc III. Độ II (trung bình) là viêm túi mật cấp có một trong các tiêu chuẩn: bạch cầu $>18.000/\text{mm}^3$, sỏi có khối viêm vùng hạ sườn phải, thời gian khởi phát triệu chứng >72 giờ, hoặc viêm tại chỗ nặng như viêm túi mật hoại tử, áp-xe quanh túi mật, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật thể hoại thư sinh hơi. Độ III (nặng) khi có rối loạn chức năng bất kỳ một cơ quan: tim mạch, thần kinh, hô hấp, thận, gan hoặc rối loạn đông máu.

+ Phân loại ASA: Là hệ thống phân loại tình trạng thể chất của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ. ASA được sử dụng để tiên lượng nguy cơ xảy ra biến chứng trong giai đoạn chu phẫu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ chọn những đối tượng có phân loại ASA I, ASA II và ASA III.

+ Chỉ số bệnh đồng mắc Charlson (CCI) là một trong những công cụ đánh giá mức độ bệnh đồng mắc. CCI được điều chỉnh theo độ tuổi nhằm phản ánh chính xác sự ảnh hưởng của tuổi cao đến nguy cơ tử vong.

+ Đánh giá yếu tố nguy cơ theo TG18: Nguy cơ thấp ($\text{ASA} < \text{III}$ và $\text{CCI} < 6$) khuyến cáo PTNS cắt túi mật sớm; nguy cơ cao ($\text{ASA} \geq \text{III}$ và/hoặc $\text{CCI} \geq 6$) khuyến cáo dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trước, sau đó PTNS cắt túi mật trì hoãn.

+ Kết quả tốt: PTNS thành công, không có tai biến, hậu phẫu không có biến chứng.

+ Kết quả khá: Phẫu thuật có tai biến nhưng xử trí được bằng PTNS, hậu phẫu có biến chứng độ I hoặc II theo Clavien-Dindo.

+ Kết quả kém: Chuyển mổ mở do tai biến, biến chứng độ $\geq \text{III}$ theo Clavien-Dindo, tử vong, hoặc biến cố nội khoa cần can thiệp tích cực/kéo dài thời gian nằm viện.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Các biến định tính trình bày dưới dạng tỷ lệ, so sánh các tỷ lệ giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi tần suất kỳ vọng nhỏ. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Khoa học kỹ thuật và Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu, số 1471/BB-HĐ.KHKT&SK. Nghiên cứu tôn trọng quyền riêng tư của bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Biến số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	165	62,3
	Nam	100	37,7
Tuổi	< 60	126	47,5
	≥ 60	139	52,5
Mức độ viêm túi mật cấp	Độ I (nhẹ)	126	47,5
	Độ II (trung bình)	133	50,2
	Độ III (nặng)	6	2,3

Nhận xét: Nghiên cứu có 265 bệnh nhân, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam với 165 trường hợp (62,3%), tỷ lệ nam/nữ 1/1,65. Tuổi trung bình là $59,2 \pm 15,6$ tuổi; nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 96 tuổi. Viêm túi mật cấp độ II chiếm khoảng một nửa số trường hợp (50,2%), viêm túi mật cấp mức độ III chỉ có 2,3%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Nghiên cứu có 265 bệnh nhân viêm túi mật cấp. Đa số người bệnh thuộc ASA II, với 124 trường hợp (46,8%); ASA I có 93 trường hợp (35,1%); nhóm ASA III có tỷ lệ thấp nhất với 48 trường hợp (18,1%).

Thời gian phẫu thuật trung bình là $102,6 \pm 24,4$ phút, ngắn nhất là 50 phút, dài nhất là 220 phút. Thời gian nằm viện trung bình là $6,8 \pm 3,6$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 30 ngày. Kết quả PT theo mức độ viêm túi mật cấp được thể hiện trong bảng 2.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật theo mức độ viêm túi mật cấp

Biến số		Viêm túi mật cấp			Tổng (%)	p
		Độ I	Độ II	Độ III		
Chỉ số CCI	CCI < 6	125	88	0	214 (80,8)	< 0,001
	CCI ≥ 6	0	45	6	51 (19,2)	
Phân loại ASA	ASA I	65	28	0	93 (35,1)	< 0,001
	ASA II	61	63	0	124 (46,8)	
	ASA III	0	42	6	48 (18,1)	
Dẫn lưu túi mật trước	Không dẫn lưu (PT cấp cứu)	126	88	0	214 (80,8)	< 0,001
	Có dẫn lưu (PT trì hoãn)	0	45	6	51 (19,2)	
Phẫu thuật	PT nội soi thành công	126	130	6	262 (98,9)	0,297
	Chuyển mổ mở	0	3	0	3 (1,1)	
Tai biến	Có	0	2	0	2 (0,8)	0,523
	Không	126	131	6	263 (99,2)	
Biến chứng	Có	0	12	3	15	< 0,001
	Không	126	121	3	250	
Kết quả chung	Tốt	126	120	3	249 (94,0)	< 0,001
	Khá	0	12	2	14 (5,3)	
	Kém	0	1	1	2 (0,8)	

Nhận xét: Qua nghiên cứu 265 trường hợp viêm túi mật cấp, ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mức độ viêm túi mật cấp với: CCI, phân loại ASA, dẫn lưu túi mật trước mổ, biến chứng và kết quả chung (Fisher's exact test, $p < 0,001$).

Nghiên cứu có 51 trường hợp được dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trước mổ, tỷ lệ dẫn lưu tăng dần theo mức độ nặng của bệnh: độ I không có trường hợp nào dẫn lưu, độ

II có 45 trường hợp, và độ III có 6/6 trường hợp được dẫn lưu. Tỷ lệ này có sự khác biệt rõ theo phân độ viêm túi mật cấp (Fisher's exact test, $p < 0,001$).

Tỷ lệ PTNS cắt túi mật thành công 98,9%, có 3 trường hợp (1,1%) phải chuyển mổ mở. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phương pháp phẫu thuật và phân độ viêm túi mật cấp (Fisher's exact test, $p = 0,297$). Tương tự, tỷ lệ tai biến trong mổ thấp (0,8%) và không khác biệt có ý nghĩa giữa các mức độ viêm túi mật (Fisher's exact test, $p = 0,523$). Biến chứng sau mổ có xu hướng tăng ở nhóm viêm túi mật nặng hơn, cụ thể viêm túi mật cấp độ II có 12 trường hợp biến chứng và độ III có 3 trường hợp, trong khi độ I không ghi nhận biến chứng; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (Fisher's exact test, $p < 0,001$).

Kết quả sớm sau mổ chủ yếu đạt mức tốt (94,0%), 5,3% khá và 0,8% kém. Tuy nhiên, tỷ lệ kết quả khá/kém cao hơn ở nhóm viêm túi mật độ II và III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Fisher's exact test, $p < 0,001$).

Mối liên hệ giữa yếu tố nguy cơ bệnh nhân với biến chứng và kết quả sớm sau mổ:

Bảng 3. Mối liên hệ giữa yếu tố nguy cơ với biến chứng và kết quả sớm sau mổ

Biến số		Nguy cơ thấp (ASA < III và CCI < 6)	Nguy cơ cao (ASA ≥ III và/hoặc CCI ≥ 6)	p
Biến chứng	Có	6 (2,8%)	9 (17,6%)	< 0,001
	Không	208 (97,2%)	42 (82,4%)	
Kết quả sớm	Tốt	206 (96,3%)	43 (84,3%)	0,004
	Khá	7 (3,3%)	7 (13,7%)	
	Kém	1 (0,5%)	1 (2%)	
Tổng (n = 265)		214	51	

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng ở nhóm nguy cơ cao là 17,6%, cao hơn so với nhóm nguy cơ thấp là 2,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (Fisher's exact test, $p < 0,001$). Tỷ lệ kết quả tốt ở nhóm nguy cơ thấp là 96,3%, cao hơn nhóm nguy cơ cao 84,3%; ngược lại, nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ kết quả khá/kém cao hơn, sự khác biệt về kết quả sớm giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (Fisher's exact test, $p = 0,004$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính, nữ giới chiếm ưu thế (62,3%), với tỷ lệ nam/nữ là 1/1,65. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của La Văn Phú [6], tỷ lệ nam/nữ là 1/2,39 và nghiên cứu của Đỗ Quyền [7] với tỷ lệ là 1/1,58.

Về yếu tố nguy cơ, cụ thể, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân chủ yếu là người khỏe mạnh (ASA I) và có bệnh lý toàn thân nhẹ (ASA II) chiếm 81,9%, chỉ có một số ít bệnh nhân được phân loại ASA III, chiếm 18,1% (48/265), thể hiện nhóm có bệnh toàn thân nặng. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Anh [8] và Trần Quế Sơn [9] với tỷ lệ bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng (ASA III) dao động 9,8-23,8%.

4.2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong điều trị viêm túi mật cấp

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm viêm túi mật cấp độ I đều thuộc nhóm nguy cơ thấp theo tiêu chí ASA < III và CCI < 6, không có trường hợp nào cần dẫn lưu túi mật trước mổ, không ghi nhận biến chứng sau mổ và kết quả điều trị hoàn toàn tốt. Kết quả này phù hợp với định hướng TG18 rằng bệnh nhân viêm túi mật cấp độ I, nguy cơ thấp có thể được ưu tiên PTNS sớm. Ở nhóm viêm túi mật cấp độ II, có xu hướng tăng gánh nặng bệnh nền và nguy cơ phẫu thuật, thể hiện qua tỷ lệ bệnh nhân có CCI ≥ 6, ASA II–III

cao hơn so với độ I. Đây cũng là nhóm có nhiều trường hợp được dẫn lưu túi mật trước mổ (45/133 trường hợp) và bắt đầu xuất hiện biến chứng sau mổ do bệnh nhân viêm túi mật cấp độ II thường có thời gian khởi phát > 72 giờ, bạch cầu cao, viêm dính vùng tam giác Calot, làm tăng khó khăn phẫu tích, tăng nguy cơ chảy máu/rò mật/chuyển mổ mở. Tuy vậy, đa số bệnh nhân viêm túi mật cấp độ II vẫn đạt kết quả điều trị tốt, cho thấy nếu được đánh giá nguy cơ đầy đủ và lựa chọn chiến lược xử trí phù hợp, kết quả điều trị vẫn khả quan. Nhóm viêm túi mật cấp độ III chiếm tỷ lệ thấp nhưng thể hiện rõ đặc điểm nặng hơn, với biểu hiện của ASA III, CCI ≥ 6 , nguy cơ cao, tỷ lệ biến chứng và kết quả không thuận lợi cao hơn. Tuy nhiên, do số ca viêm túi mật cấp độ III ít nên kết quả này chỉ mang tính gợi ý rằng viêm túi mật cấp độ III cần được xem là nhóm nguy cơ đặc biệt, cần hồi sức, tối ưu hóa bệnh nền, cần nhắc dẫn lưu túi mật trước phẫu thuật và theo dõi sát sau can thiệp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thành công PTNS cắt túi mật trong viêm túi mật cấp là rất cao (98,9%), chỉ có 3 trường hợp phải chuyển mổ mở (1,1%). Lý do chuyển mổ mở là có 2 trường hợp viêm dính nhiều ở vùng cổ túi mật và tam giác Calot gây chảy máu trong lúc bóc tách, trường hợp chuyển mổ mở còn lại là do dính ruột ở bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ung thư dạ dày không gỡ dính được do sẹo mổ cũ. Trong nước, các báo cáo trong những năm gần đây của Đỗ Quyền [7], Nguyễn Hoàng Anh [8], Trần Quế Sơn [9] và Vũ Đức Thụ [10] cho thấy tỷ lệ chuyển mổ mở dao động 2,2-10,0% và thậm chí không có chuyển mổ mở. Các lý do chuyển mổ mở phổ biến là do chảy máu gây khó khăn cho việc kiểm soát cầm máu bằng PTNS, viêm dính và thủng tạng.

Nghiên cứu chúng tôi có 51 trường hợp được dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da trước mổ, trong đó có 45/133 trường hợp viêm túi mật cấp độ II và 6/6 trường hợp viêm túi mật cấp độ III có yếu tố nguy cơ cao (CCI ≥ 6 và/hoặc ASA III). Tỷ lệ có dẫn lưu túi mật trước mổ tăng dần theo mức độ nặng của bệnh, đặc biệt là độ III. Đây là nhóm có tình trạng viêm nặng hơn, nguy cơ phẫu thuật cao hơn chưa phù hợp để mổ cấp cứu ngay. Vì vậy, dẫn lưu túi mật trước mổ đóng vai trò kiểm soát nhiễm trùng, cải thiện toàn trạng và tạo điều kiện cho PTNS cắt túi mật tri hoãn an toàn hơn.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $102,6 \pm 24,4$ phút, dao động từ 50 phút đến 220 phút, sự chênh lệch này phản ánh mức độ khó rất khác nhau giữa các trường hợp. Tương tự như nghiên cứu của Vũ Đức Thụ [10] thời gian phẫu thuật cũng rất khác biệt giữa các ca bệnh với ngắn nhất 20 phút và dài nhất 135 phút.

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp gặp tai biến trong mổ (0,8%): 1 trường hợp chảy máu nhiều do viêm dính nhiều vùng cổ túi mật và tam giác Calot, phải chuyển mổ mở, lượng máu mất khoảng 450 mL, bệnh nhân được truyền máu ngay trong lúc chuyển mổ mở; trường hợp còn lại rách thanh mạc tá tràng do hút và bóc tách trong quá trình phẫu thuật được xử lý khâu lại thanh mạc tá tràng qua nội soi. Biến chứng sau mổ có 15/265 trường hợp (5,7%); trong đó có 2 trường hợp chảy máu sau mổ qua ống dẫn lưu nhưng lượng máu chảy không đáng kể, tự cầm máu và xuất viện ổn định; 2 trường hợp rò mật lưu lượng thấp, được điều trị nội khoa mà không cần can thiệp; tụ dịch sau mổ có 3 trường hợp được điều trị nội khoa ổn định; nhiễm trùng vết mổ 2 trường hợp được điều trị nội khoa; biến chứng nội khoa ghi nhận 6 trường hợp, gồm 5 trường hợp viêm phổi và 1 trường hợp nhồi máu não nhẹ đáp ứng điều trị nội khoa, xuất viện ổn định.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng người bệnh thuộc nhóm nguy cơ cao (ASA $\geq III$ và/hoặc CCI ≥ 6) có xu hướng gặp nhiều biến chứng hơn và kết quả sớm kém hơn so với nhóm nguy cơ thấp. Nghiên cứu của La Văn Phú [6] với 61 bệnh nhân ≥ 60 tuổi, 86,9% có thời gian mổ > 90 phút, tuy vậy báo cáo không ghi nhận biến chứng nặng, gợi ý rằng dù

thời gian mổ dài ở nhóm nguy cơ cao, kết cục vẫn có thể chấp nhận được khi kiểm soát tốt quá trình phẫu thuật và chăm sóc sau mổ.

Nhìn chung, các nghiên cứu trong nước đều cho thấy PTNS cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi là phương pháp an toàn, hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng nặng thấp và hầu hết không ghi nhận tử vong. Tuy nhiên, có sự khác biệt đáng kể về thời gian mổ và tỷ lệ biến chứng giữa các nghiên cứu. Ở loạt ca 198 bệnh nhân của Trần Quế Sơn [9], thời gian mổ trung vị 56,5 phút, 3 trường hợp chảy máu nhiều hơn 250 mL nhưng không phải chuyển mổ mở và tỷ lệ biến chứng thấp, với rò mật 1,01% và chảy máu phải mổ lại 0,5%. Tương tự, nghiên cứu của Vũ Đức Thụ (2025) [10] trên 90 bệnh nhân tại Bệnh viện Việt Nam-Thụy Điển Uông Bí có thời gian mổ trung bình $53,8 \pm 14,6$ phút, chuyển mổ mở 2,2%, chỉ có 1 trường hợp biến chứng tụ máu lớn dưới bao gan, cho thấy mức độ an toàn cao trong điều kiện thực hành tại cơ sở nghiên cứu. Ngược lại, một số báo cáo tại tuyến tỉnh hoặc nhóm bệnh nhân khác biệt về đặc điểm nền cho thấy tỷ lệ tai biến và biến chứng cao hơn như nghiên cứu của Đỗ Quyền (2025) [7] trên 44 bệnh nhân ghi nhận tai biến trong mổ 4,5%, chuyển mổ mở 9,1%, và biến chứng sau mổ gồm tụ dịch dưới gan 9,1%, rò mật 2,3%, nhiễm trùng vết mổ 2,3%. Nghiên cứu Nguyễn Hoàng Anh (2025) [8] với 51 bệnh nhân có thời gian mổ $106,73 \pm 44,69$ phút và biến chứng hay gặp là chảy máu vết mổ 15,7%. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể được giải thích bởi sự khác nhau về quần thể bệnh nhân, mức độ viêm túi mật cấp và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 265 bệnh nhân viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 12 năm 2025, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp cho kết quả sớm khả quan, với tỷ lệ thành công cao (98,9%), tai biến (0,8%) và biến chứng (5,7%) thấp. Các biến chứng như chảy máu sau mổ, tụ dịch dưới gan, rò mật, nhiễm trùng vết mổ và các biến chứng nội khoa cần được theo dõi và xử lý kịp thời để tối ưu hóa kết quả điều trị. Việc đánh giá đồng thời mức độ viêm túi mật cấp và nguy cơ trước mổ theo CCI và ASA là cần thiết nhằm lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp, đặc biệt ở những bệnh nhân nguy cơ cao hoặc có nhiều bệnh phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gallaher, Jared R., Anthony. Acute Cholecystitis: A Review. *Journal of the American Medical Association*. 2022. 327(10), 965-975, doi: 10.1001/jama.2022.2350.
2. Aly, M. S., Jamal, Z., Khawaja, Z., Kieu, P. L., Zafar, N. *et al*. Outcomes of Percutaneous Image-Guided and Laparoscopic Cholecystostomies in High-Risk Patients With Acute Calculus Cholecystitis: A Five-Year District General Hospital Experience. *Cureus*. 2024. 16(2), e54313, doi: 10.7759/cureus.54313.
3. Nassar, A., Elshahat, I., Forsyth, K., Shaikh, S., Ghazanfar, M. Outcome of early cholecystectomy compared to percutaneous drainage of gallbladder and delayed cholecystectomy for patients with acute cholecystitis: systematic review and meta-analysis. *HPB (Oxford)*. 2022.24(10), 1622-1633, doi: 10.1016/j.hpb.2022.04.010.
4. Yan, Y., Hua, Y., Yuan, W., Zhu, X., Du, Y. *et al*. Utility of Tokyo Guidelines 2018 in early laparoscopic cholecystectomy for mild and moderate acute calculous cholecystitis: A retrospective cohort study. *Front Surg*. 2022.9, 1022258, doi: 10.3389/fsurg.2022.1022258.
5. Okamoto, K., Suzuki, K., Takada, T. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018. 25(1), 55-72, doi: 10.1002/jhbp.516.

6. La Văn Phú, Lưu Điền. Kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 548(2), 328-332, doi: 10.51298/vmj.v548i2.13443.
 7. Đỗ Quyền, Lê Huy Thạch. Kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 552(2), 35-40, doi: 10.51298/vmj.v552i2.14958.
 8. Nguyễn Hoàng Anh, 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), 39-42, doi: 10.51298/vmj.v548i2.13372.
 9. Trần Quế Sơn, Nguyễn Ngọc Hùng và cộng sự. Kết quả phẫu thuật nội soi do viêm 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/tcncyh.v178i5.2420.
 10. Vũ Đức Thụ, Trần Tú Huy và Nguyễn Thị Thu Hương. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt túi mật viêm cấp do sỏi tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2025.192(07), 170-177, doi: 10.52852/tcncyh.v192i7.3484.
-