

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



TRẦN KIẾN VŨ

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT
CẮT TÚI MẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ
VIÊM TÚI MẬT CẤP TẠI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2016

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp ở túi mật . Nguyên nhân gây viêm túi mật cấp thường do sỏi túi mật, số còn lại có thể do chấn thương, bồng, sau phẫu thuật , suy đa tạng....[1],[2],[3],[4],[5]. Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời, có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng như: hoại tử, viêm mù, áp xe túi mật, thủng mật phúc mạc, thậm chí viêm phúc mạc....[6],[7],[8],[9],[10].

Thống kê của Fabio Cesare Campani (2012) cho thấy: Khoảng 10-15% dân số trưởng thành ở các nước phương Tây có sỏi túi mật. Ở Mỹ ước tính có 20 triệu người bị sỏi túi mật và hàng năm có thêm một triệu người mới mắc, trong đó khoảng 700.000 trường hợp phải cắt túi mật. Tại Ý (năm 2000) khoảng 102.000 trường hợp phải cắt túi mật, cắt túi mật nội soi chiếm 70-90% và khoảng 10-30% trong số này là viêm túi mật cấp [4][6].

Karl Lagenbuch (Đức) thực hiện cắt túi mật lần đầu tiên năm 1882, trong một thời gian dài phẫu thuật được xem như phương pháp "chuẩn" điều trị viêm túi mật cấp, do cứu sống nhiều người bệnh [14],[77]. Trước đây, hầu hết các bệnh nhân viêm túi mật cấp được điều trị nội khoa bằng kháng sinh, truyền dịch, giảm đau, sau đó mới mổ cắt túi mật; chỉ mổ cấp cứu các trường hợp khi có biến chứng (thủng, thủng mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật...) [2],[5],[8],[10].

Cắt túi mật nội soi được Philip Mouret (Pháp) thực hiện thành công lần đầu tiên năm 1987, kỹ thuật này nhanh chóng được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới nhờ rất nhiều ưu việt của nó so với cắt túi mật mở truyền thống: giảm đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao, người bệnh nhanh trở về hoạt động bình thường... [2], [60], [86].

Cắt túi mật nội soi lúc đầu được coi là chống chỉ định đối với viêm túi mật cấp. Các lý do được đưa ra gồm: khó khăn về kỹ thuật, tỷ lệ tai biến, biến chứng cũng như số lượng bệnh nhân phải chuyển MM cao. Sau này, kinh nghiệm của các phẫu

thuật viên ngày càng nhiều, kỹ thuật thành thạo, trang thiết bị tốt hơn, cắt túi mật nội soi đã được áp dụng để điều trị viêm túi mật cấp [2],[4], [11], [12], [13].

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về ứng dụng cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp. Kết quả của các thống kê đã khẳng định những ưu việt của cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp. Hội nghị Quốc tế tại Tokyo (2007) đã đưa ra những Hướng dẫn về tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị viêm túi mật cấp [4]. Những Hướng dẫn này đã được bổ sung và chỉnh lý lại tại Hội nghị Quốc tế tại Tokyo (2013) [15]. Cho tới nay, cắt túi mật nội soi được coi là phương pháp chọn lựa để điều trị viêm túi mật cấp [15].

Tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu về ứng dụng cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp, nhưng chủ yếu ở các Bệnh viện Trung Ương, các Trung tâm ngoại khoa lớn hoặc nghiên cứu đa Trung tâm [15],[16],[17],[18],[19],[20].

Tuy nhiên, phẫu thuật cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp ở một số Bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh chưa nhiều, những khó khăn về trang thiết bị của phẫu thuật nội soi, thiếu nhân lực, kinh nghiệm của đội ngũ phẫu thuật viên mổ nội soi, nhân viên, bác sỹ gây mê hồi sức....ảnh hưởng đến kết quả của cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh” nhằm các mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm túi mật cấp được phẫu thuật cắt túi mật nội soi.*
- 2. Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp.*
- 3. Đánh giá kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp và một số yếu tố liên quan.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

1.1. Sơ lược lịch sử nghiên cứu bệnh viêm túi mật

1.1.1. Trên thế giới

Viêm túi mật (VTM) do sỏi được biết đến từ thời cổ xưa, vào triều đại thứ 21 của vua Ai Cập (1035- 945 B.C), nhưng đến thế kỷ thứ 5 mới được Alexander Trallianes (Hy Lạp) mô tả.

Khởi đầu, sỏi túi mật (TM) được điều trị nội khoa. Việc điều trị sỏi mật có lẽ được nhắc đến lần đầu tiên bởi các thầy lang người Nhật bản vài nghìn năm trước bằng việc sử dụng mật gấu sấy khô.

Celsius (50 A.D) đã khuyên phải dẫn lưu áp xe vùng DSP có lẽ là do sỏi TM gây ra.

Avicena vào thế kỷ 11 là người đầu tiên mô tả chi tiết việc dẫn lưu đường rò mật.

Tài liệu đầu tiên của Gentolis de Foligno về sỏi mật viết từ thế kỷ thứ 14. Luận văn đầu tiên về vấn đề này do Sylvaticus viết năm 1314.

Vater, Benevieni (1420), Vesalius (thế kỷ thứ 16) đã đặt cơ sở cho việc nghiên cứu bệnh sỏi mật và VTM.

Fabricius (1618), thực hiện lần đầu tiên việc mở TM để tán sỏi nhưng không rõ là trên tử thi hay trên người sống.

Jean Louis Petit (Pháp, 1647- 1760) dùng ống chọc qua da lấy sỏi trong một TH TM bị viêm dính vào da bụng.

Năm 1760, Morgagni đã mô tả bệnh sỏi mật và những sự thay đổi của chính ngay TM trong bệnh sỏi mật.

Gembsbach (1856) cho rằng viêm TM là nguyên nhân của việc tạo thành sỏi. Quan điểm này được ủng hộ mạnh mẽ vào năm 1892 bởi Naunin và P.S. Iconnicov (1906).

Mở thông TM được John Stough Bobbs thực hiện (15/6/ 1867) ở Hi Lạp.

Karl Langenbuch (Đức) [7], MM cắt bỏ TM lần đầu tiên trên thế giới 6/1882. Cắt bỏ TM lần đầu tiên ở Mỹ là vào năm 1886 bởi Justus Ohage và Ludwig Courvoisier mở ống mật chủ (OMC) lấy sỏi năm 1890 ở Thụy Sĩ.

Riedel (1909) đã mô tả một TH viêm TM không do sỏi. Sau đó, O.S. Bocattova (1922) đã công bố một công trình nghiên cứu về đề tài này.

Năm 1987, Philippe Mouret (Pháp) lần đầu tiên thực hiện thành công CTMNS. Kỹ thuật này nhanh chóng được chấp nhận và phát triển rộng rãi trên thế giới và đã trở thành “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị bệnh lý ngoại khoa của TM [21].

1.1.2. Tại Việt Nam

Trong vòng 3 năm (1979 – 1981), Nguyễn Song Anh và cộng sự [25] đã thông báo 40 TH VTM hoại tử. Nghiên cứu của Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Mạnh Cường, Trần Gia Khánh [24], [26] trong những năm thập kỷ 1990 cho thấy sự gia tăng của VTM. Đối chiếu lâm sàng giải phẫu bệnh các TH cắt túi mật trong 10 năm (1990 – 1999), Nguyễn Văn Bằng [27] nhận thấy số lượng cắt bỏ TM tăng dần theo thời gian, tăng dần theo tuổi, chủ yếu là VTM trong đó viêm do sỏi chiếm 86%.

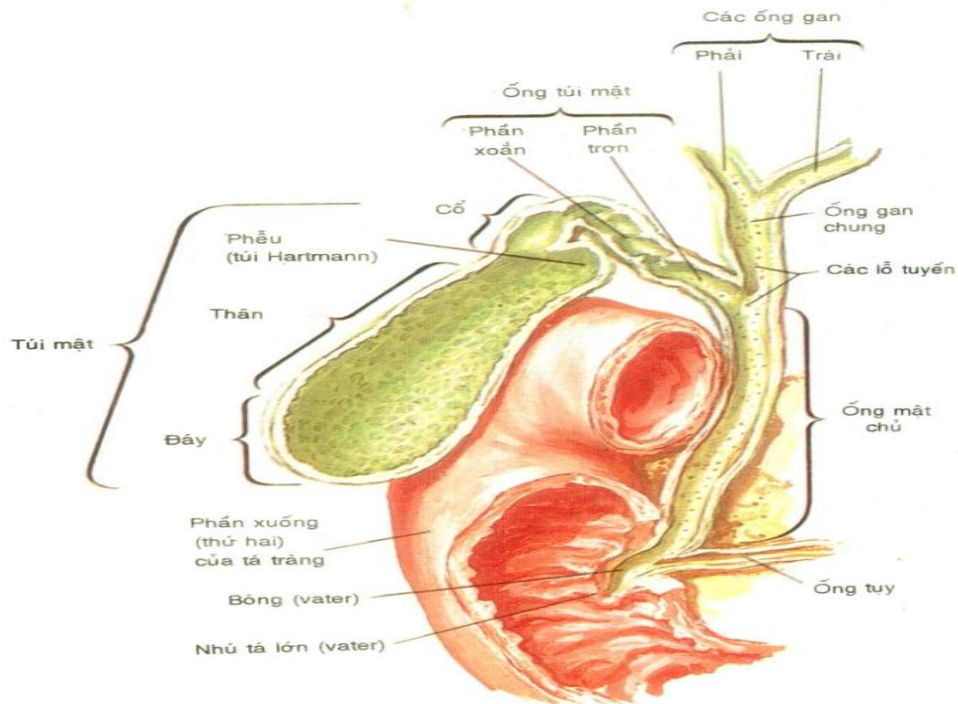
Tại Việt Nam, CTMNS được tiến hành lần đầu tiên năm 1992 tại Bệnh viện Chợ Rẫy, năm 1993 tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, rồi phát triển khá nhanh tới các trung tâm ngoại khoa khác trong cả nước [16], [17], [22].

1.2. Giải phẫu túi mật, đường mật có liên quan đến cắt túi mật nội soi

1.2.1. Giải phẫu túi mật

1.2.1.1 Túi mật

TM hình quả lê nằm ép sát vào mặt dưới gan (mặt tạng) trong hố TM, tách biệt với nhu mô gan bằng một màng mỏng tổ chức liên kết, có liên quan mật thiết với bao Glisson của gan. Trong trạng thái sinh lý bình thường, TM dài 6 - 8 cm, chỗ rộng nhất 4 cm, thành dày 0,3 cm, chứa khoảng 20 - 60 ml dịch mật và được chia thành 3 phần (đáy, thân, cổ), phần thân có 2 mặt (mặt trên và dưới) [29].



Hình 1.1. Giải phẫu TM và đường mật ngoài gan [29]

1.2.1.2. Ống cổ túi mật

Ống TM là một ống dẫn mật đi từ TM đến OMC dài từ 3- 5 cm rất hẹp, đường kính ở đầu chỉ khoảng 2,5 mm và ở cuối rộng khoảng 4- 5mm. Chạy chếch xuống dưới, sang trái và hơi ra sau, rất gần ống gan. Ở phía dưới khi tới OGC thì chạy sát nhau một đoạn dài khoảng 2- 3mm rồi tiếp nối ở bờ phải của ống này, phía bờ trên của tá tràng tạo thành OMC.

1.2.1.3 Mạch máu và thần kinh

+ Động mạch TM

Là một nhánh của ĐM gan riêng (thường xuất phát từ ĐM gan phải), kích thước rất thay đổi, ngắn hoặc dài: lúc ngắn thì tách ở ngành phải của ĐM gan, ngay trong rốn gan, lúc dài thì tách ở ĐM gan chạy ở phía trước hoặc phía sau của ống gan. Máu tĩnh mạch từ TM trở về theo hai đường: qua các nhánh tĩnh mạch nhỏ đổ thẳng vào gan ở giường TM và qua tĩnh mạch TM đổ vào tĩnh mạch cửa phải. Bạch huyết đổ về các hạch nằm dọc tĩnh mạch cửa hoặc đổ về gan.

+ Thần kinh

Chi phối TM là các nhánh thần kinh xuất phát từ đám rối tạng, đi dọc theo ĐM gan, trong đó có nhánh vận động xuất phát từ dây thần kinh X.

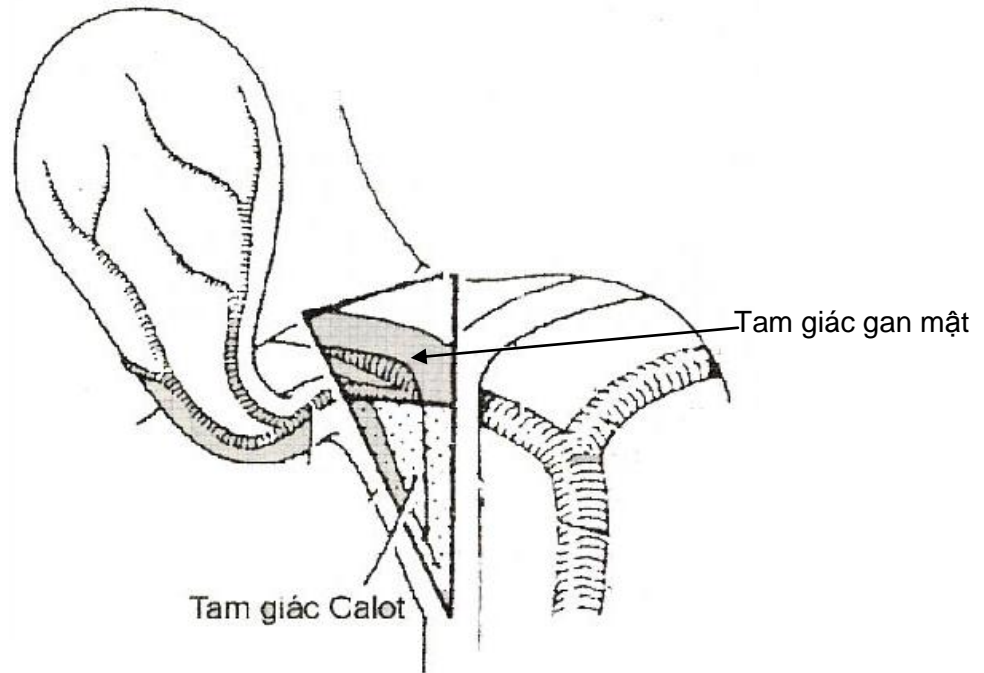
1.2.2. Tam giác gan mật, tam giác Calot

Ống TM, ống gan chung và rãnh ngang của rốn gan tạo nên tam giác gan mật, trong tam giác này có ĐMTM chạy ngang qua. ĐMTM, ống TM và OGC tạo thành tam giác Calot (Calot mô tả từ năm 1891).

Trong PTNS cắt TM thì tam giác gan mật thường hằng định và rất hữu ích cho việc xác định vùng PT. Tam giác Calot hay thay đổi hơn do những bất thường của ĐMTM.

Vị trí nguyên uỷ của ĐMTM trong tam giác gan mật chiếm khoảng 72%. Những biến đổi của ĐMTM trong nội soi là khoảng 22% và có một động mạch chạy dưới ống TM là 6%.

Trong tam giác Calot có những ĐM Calot, đó là những nhánh nhỏ xuất phát từ ĐMTM, cung cấp máu cho ống TM, mặc dù không quan trọng trong cắt TM mở nhưng những nhánh này có thể chảy máu gây khó khăn trong khi phẫu tích nội soi vùng tam giác gan mật. Bình thường ĐMTM xuất phát từ ĐM gan phải trong tam giác gan mật và chạy ngay phía đầu của ống TM đến TM, rồi cho một nhánh nông và một nhánh sâu. Nhánh sâu chạy trong hố TM giữa gan và TM, nhánh nông chạy dọc theo bề mặt phúc mạc bên trái TM. Có thể nhận biết nó như một thừng căng lồi lên ở tam giác Calot và túi Hartmann khi kéo TM lên, cung cấp máu cho mặt tự do có phúc mạc phủ của TM. (khi nội soi, trên màn hình video thấy ĐMTM chạy trong tam giác gan mật ở phía trên và hơi sâu hơn so với ống TM).



Hình 1.2. Tam giác Calot, tam giác gan mật [38]

1.2.3. Đường mật chính

1.2.3.1. Ống gan chung

Ống gan chung được tạo nên bởi ống gan phải và ống gan trái. Ống gan sau khi được tạo nên chạy dọc theo bờ phải mạc nối nhỏ xuống dưới và hơi chệch sang trái, dài 2- 4 cm, đường kính khoảng 5mm. Phần dưới của ống gan chung chạy sát với ống TM, trông như hai nòng của khẩu súng săn trên một đoạn dài khoảng vài mm, khi tới bờ trên tá tràng ống gan chung hợp với ống TM tạo thành OMC.

1.2.3.2. Ống mật chủ

OMC tiếp theo ống gan chung từ bờ trên tá tràng đến nhú lớn. Thoạt tiên ở phía sau khúc một của tá tràng, rồi lách ở sau đầu tụy trong một rãnh để đổ vào khúc hai của tá tràng, vào bóng Vater của nhú tá lớn. Có thể chia OMC ra làm 4 đoạn: đoạn trên tá tràng; sau tá tràng; sau tụy và đoạn trong thành tá tràng. OMC dài trung bình từ 5- 6 cm, đường kính khoảng từ 5- 6 mm.

Hướng đi: ban đầu theo hướng ống gan chung chệch sang trái và ra sau, ở phía dưới chạy chệch sang phải và ra trước. Nói chung OMC cong xuống dưới và hơi ra trước.

1.2.4 Những biến đổi giải phẫu liên quan đến cắt túi mật nội soi

1.2.4.1. Túi mật

Biến đổi về số lượng

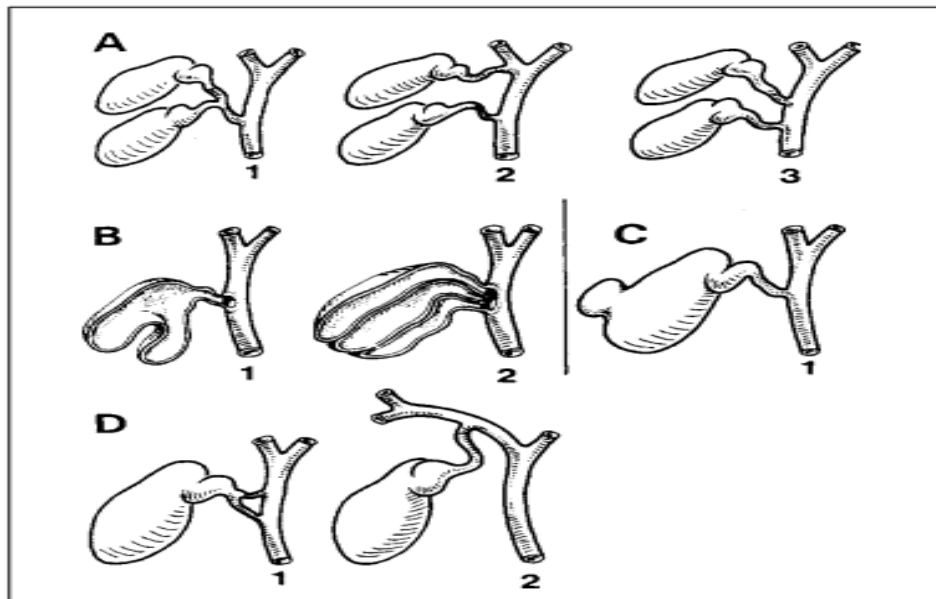
- Hai TM: Blasius (1674) [34] là người đầu tiên mô tả có hai TM ở người .
- Ba TM: Harlafis (1972) [31] thống kê được 8 TH .
- Không có TM: hiếm gặp.

Biến đổi về hình dáng

- TM hai thùy: TM chia 2 theo chiều dọc, chung một ống TM.
- Túi thừa TM: là dị tật bẩm sinh, hay gặp ở phình Hartmann [29].
- TM di động: gặp khoảng 4 – 5%, trên 80% gặp ở nữ, vì TM tự do nên có thể bị xoắn, gây thắt mạch dẫn tới thiếu máu, hoại tử [36].
- TM dạng đồng hồ cát: TM chia thành 2 ngăn bởi một đường thắt tròn xung quanh, do bẩm sinh hoặc mắc phải [31], [37].

Biến đổi về vị trí

- TM trong gan: toàn bộ hoặc một phần. PT có nguy cơ chảy máu hoặc cắt phải ống gan cao [31].
- TM ở bên trái: do đảo ngược phủ tạng (0,002 – 0,005%), hoặc không do đảo ngược phủ tạng (hiếm gặp hơn) [31].
- TM ở các vị trí bất thường khác: sau phúc mạc, hố thắt lưng,...



Hình 1.3. Bất thường của TM và ống TM [29]

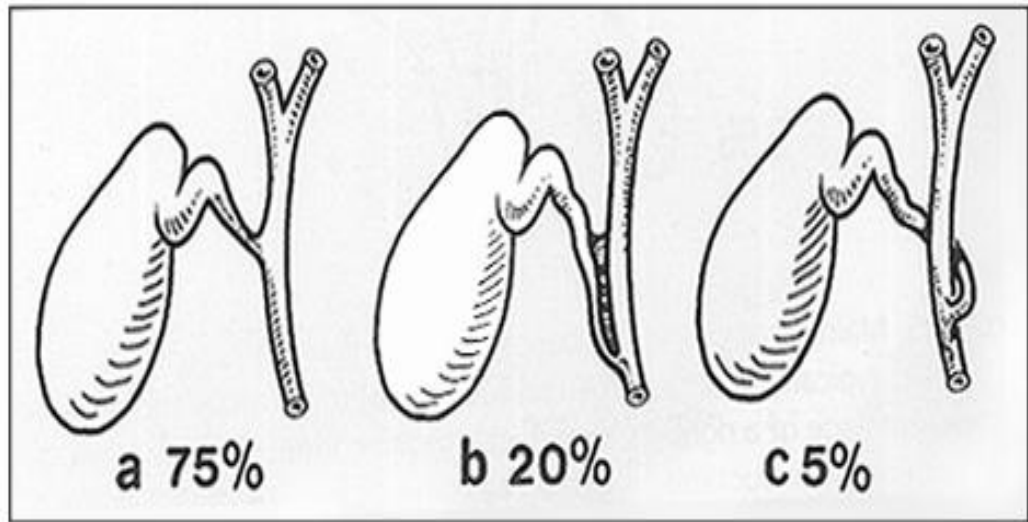
- A. TM đôi B. TM có vách ngăn C. Túi thừa TM
D. Sự biến đổi ống cổ TM**

1.2.4.2. Ống túi mật

- Bất thường về vị trí nối tiếp của ống TM và đường mật chính:

Khoảng 80% ống TM đổ vào cạnh phải của ống gan [30], [31], [38], [39]. Ngoài ra có thể đổ vào các vị trí khác: mặt trước ống gan chung (10%), mặt sau ống gan (2%), bờ trái ống gan chung (80%).

Theo Kune: có 3 dạng ống TM đổ vào ống gan chung: hình tam giác 75% (hình a), song song 20% (hình b), xoắn ra sau 5% (hình c).



(a) dạng tam giác ; (b) dạng song song , (c) xoắn ra sau

Hình 1.4. Phương thức ống TM đổ vào ống gan chung [29]

- Bất thường khác của ống TM:

Ống TM rất ngắn hoặc không có (TM đổ thẳng vào đường mật chính), hay quá dài (song song với ống gan), hoặc đổ thẳng vào ống gan phải, có ống gan phụ đổ vào ống gan chung. Ngoài ra cần lưu ý một số TH đặc biệt có hai ống TM đi song song với nhau cùng đổ thẳng vào ống gan chung.



Hình 1.5. Các dạng của ống TM [29]

1.2.4.3. Động mạch gan, động mạch túi mật

Những biến đổi của ĐM gan và ĐMTM gặp khoảng 50%. Khoảng 20% ĐM gan phải xuất phát từ ĐM mạc treo tràng trên, 5% TH có 2 ĐM gan (một từ ĐM gan chung, một từ ĐM mạc treo tràng trên). ĐM gan phụ gặp khoảng 8% và thường chạy dưới gần với ống TM và TM [37], [41].

ĐMTM ở vị trí bình thường chỉ chiếm khoảng 60% [31], [40], [41].

Biến đổi về nguyên ủy, đường đi

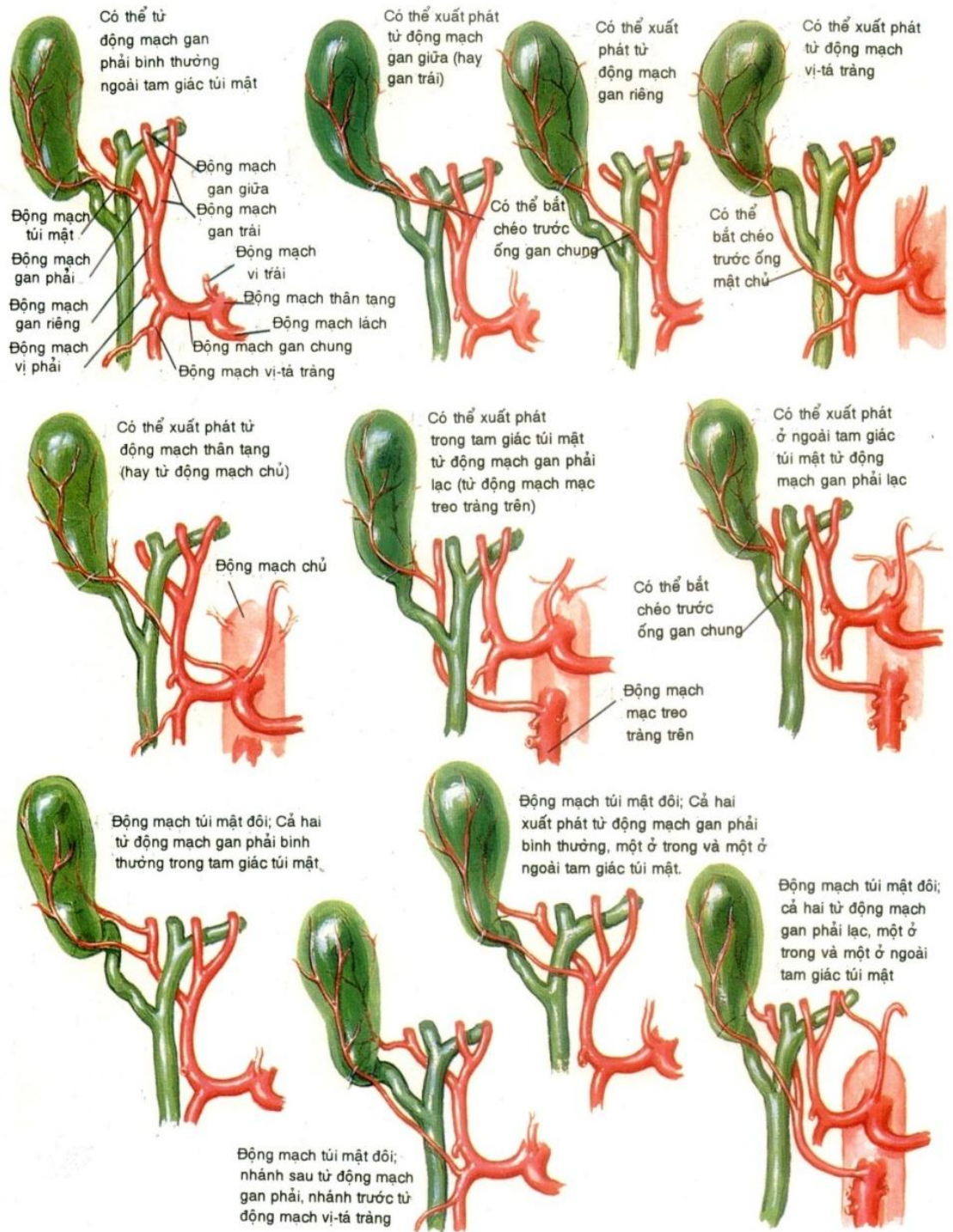
ĐMTM có thể xuất phát từ hai nguồn: 95% từ ĐM gan phải, 5% còn lại từ ĐM gan trái, gan riêng, vị tá tràng, thân tạng, mạc treo tràng trên,... [29], [31], ĐM có thể nằm ngoài tam giác gan mật, hoặc chạy song song ĐM gan phải một đoạn trước khi tách riêng rẽ.

Lê Quan Tuấn Anh, Nguyễn Hoàng Bắc (2003) [40] khảo sát 500 TH PT CTMNS dựa vào tương quan của ĐMTM với tam giác gan mật nhận thấy: ĐM nằm trong tam giác gan mật: 81%; cả trong và ngoài 27%; 4% nằm ngoài hoàn toàn tam giác gan mật.

- Biến đổi về số lượng

ĐMTM bất thường theo Michael, Stanley (2009) [38] gặp khoảng 12% : 8% có ĐM bắt nguồn từ ĐM gan phải, 4% còn lại ở các dạng sau: hoặc từ ĐM gan phải, hoặc từ ĐM vị tá tràng, ĐM mạc treo tràng trên, ĐM gan riêng, hoặc cả hai nhánh đều tách ra từ ĐM gan phải.

ĐMTM phụ thường đi trước ống TM, đây là điểm cần lưu ý khi phẫu tích trong CTMNS.

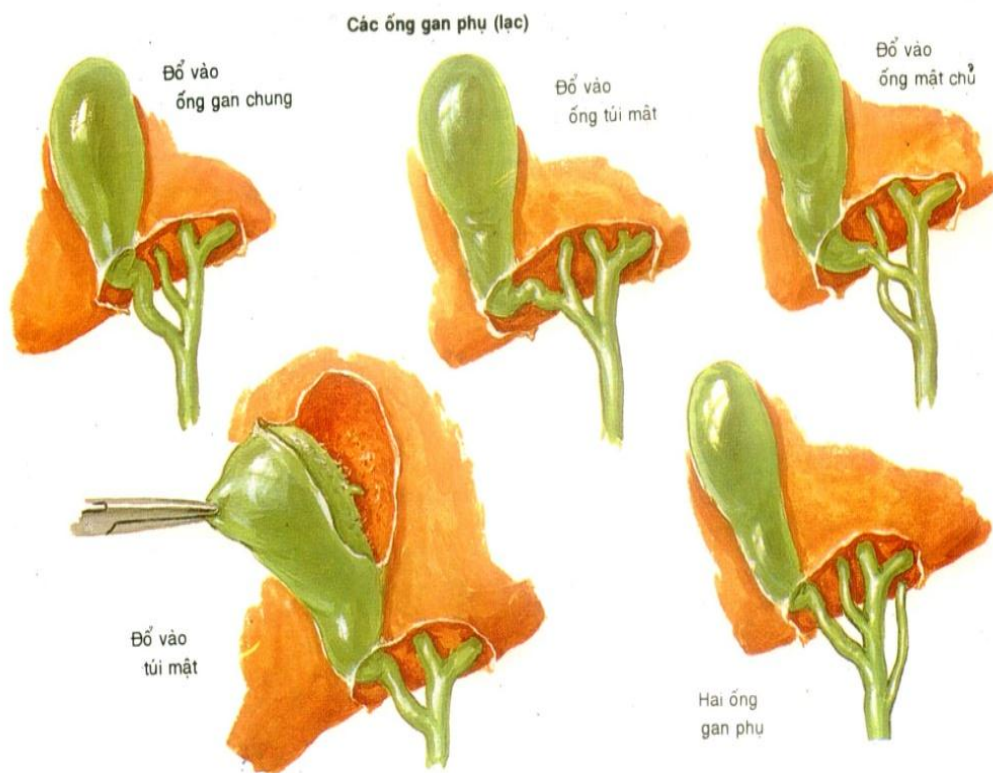


Hình 1.6. Các dạng của động mạch TM [29]

1.2.4.4. Ống gan phụ

Theo Micheal, Stanley (2009) [38] ống gan phụ chiếm khoảng 10% và có thể đổ vào đường mật ở nhiều vị trí khác nhau: ống gan chung, OMC, ống cổ TM, thân TM. Các ống gan phụ là nguy cơ tiềm ẩn dẫn đến rò mật sau PT, nếu bỏ sót ống gan phụ đã bị cắt sẽ gây rò mật, viêm phúc mạc mật sau mổ.

Những biến đổi bất thường trên dễ dẫn tới những nhận định sai lầm về giải phẫu làm tổn thương ống gan, OMC trong PT CTM.



Hình 1.7. Các dạng bất thường của ống gan phụ [29]

1.3. Viêm túi mật cấp

1.3.1. Khái niệm

VTMC là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính của TM, do sự xâm nhập của vi khuẩn. Triệu chứng của VTMC điển hình gồm: Đau DSP, sốt, BC trong máu ngoại vi tăng, SA hoặc chụp cắt lớp vi tính thấy thành TM dày và thường có sỏi trong TM [1], [2], [23], [42], [43], [44].

1.3.2. Cơ chế bệnh sinh

Khi TM bị viêm, các hóa chất trung gian của quá trình viêm được giải phóng vào máu dẫn tới hậu quả TM bị phù nề, xung huyết, thiếu dưỡng (do mạch máu bị đè ép), vi khuẩn và BC đa nhân trung tính xâm nhập vào niêm mạc TM dẫn đến hoại tử niêm mạc và thành TM [26], [32], [46], [47].

Vi khuẩn có thể xâm nhập vào cơ thể bằng nhiều đường khác nhau để gây VTM: đường máu, bạch huyết, tại chỗ hoặc theo đường dẫn mật ngược dòng vào TM [2], [3].

1.3.3. Triệu chứng lâm sàng

1.3.3.1. Toàn thân

- Hội chứng nhiễm khuẩn
- Sốt: đa số TH có sốt với nhiều mức độ, nhiệt độ (T^0) dao động từ 37,5 – 40 °C.
- Môi khô, lưỡi bẩn, thở hôi.
- Khi có sốc nhiễm khuẩn: mạch nhanh, nhỏ khó bắt, huyết áp tụt,...

1.3.3.2. Cơ năng

- Con đau quặn gan: thường gặp, cơn đau có thể khác nhau về hình thức, mức độ, và tính chất khác nhau.
 - + Đau ở vùng thượng vị hay DSP, lan ra sau, lên bả vai phải [2], [42].
 - + Xuất hiện đột ngột hoặc từ từ, đau âm ỉ hoặc từng cơn.
 - + Mức độ đau tăng dần.
- Buồn nôn hoặc nôn, rối loạn tiêu hóa ở một số TH.

1.3.3.3. Thực thể

Sờ vùng DSP đau, có khi thấy một khối dài, căng to, ấn đau, di động theo nhịp thở (nếu thành bụng mỏng), có phản ứng thành bụng vùng DSP. Khi có biến chứng viêm phúc mạc do TM hoại tử, thủng: đau bụng lan tỏa, cảm ứng phúc mạc, bụng chướng, bí trung đại tiện,... kèm theo dấu hiệu nhiễm độc (mạch nhanh, hốc hác, lơ lơ...) [3], [6], [45], [48].

1.3.4. Cận lâm sàng

1.3.4.1. Xét nghiệm máu

- + Số lượng BC tăng, công thức BC chuyển trái.
- + Bilirubin, GOT, GPT tăng nhẹ trong TH hoại tử TM hoặc thâm mật phúc mạc. Bilirubin tăng cao khi có sỏi OMC, viêm đường mật. Amylaza tăng khi biến chứng viêm tụy cấp.

1.3.4.2. Siêu âm

Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh đầu tiên được lựa chọn để chẩn đoán VTMC do tiến hành thuận lợi, không gây sang chấn, giá thành rẻ, độ chính xác cao (độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 95%). Ngoài ra SA còn xác định sự có mặt của sỏi đường mật đi kèm [48], [49], [50].

- Hình ảnh SA điển hình của VTMC

- + TM căng to, chiều dài ≥ 8 cm, chiều rộng ≥ 4 cm.
- + Thành TM dày ≥ 4 mm.
- + Có thể thấy có dịch quanh TM.
- + Dấu hiệu Sono-Murphy (+): TH đau khi ấn đầu dò vào TM, đây là dấu hiệu khá đặc biệt.

- Hình ảnh SA của một số thể VTMC

- + TM viêm mũ: dịch trong TM có phản âm không đều, có hơi trong lòng TM.
- + TM hoại tử: thành TM dày nhưng bờ không đều, có lớp phản âm kém trong thành TM, có hơi trong thành TM.
- + TM thủng: thành TM mất tính liên tục, thấy có dịch dưới gan, dưới hoành hay dịch tự do trong ổ bụng.
- + Đám quánh TM: thành TM dày, không mất đoạn, mạc nối lớn và các tạng lân cận bọc quanh TM.
- + VTMC do sỏi: ngoài các dấu hiệu đã nêu còn thấy hình đậm âm kèm bóng cản âm, di động theo tư thế TH.
- + VTMC kết hợp sỏi OMC: hình ảnh VTMC và sỏi OMC.

1.3.4.3. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CT)

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng để chẩn đoán VTMC không thường xuyên, đặc biệt trong các THVTMC không điển hình, khó chẩn đoán, hình ảnh CT cho thấy rõ kích thước, độ dày thành TM, các hình ảnh tổn thương của TM (hoại tử, thủng, áp xe,...) và các tổn thương phối hợp khác [34].

1.3.5. Chẩn đoán

1.3.5.1. Xác định

Tiêu chuẩn chẩn đoán VTMC

Trên thế giới

Hướng dẫn của Hội PTNS Châu Âu [51] (European Association of Endoscopic Surgery-EAES)(2006) chẩn đoán VTMC khi:

- a. Đau DSP > 6 giờ và SA có bằng chứng của VTMC (có sỏi mật, thành TM dày, phù nề, dấu hiệu Murphy (+), dịch quanh TM).
- b. Đau DSP > 6 giờ, SA có sỏi mật và một hoặc những triệu chứng: sốt > 38°C, BC > 10 G/l.

Hướng dẫn Tokyo (2007)[4], [44]

Chẩn đoán VTMC khi có các dấu hiệu:

- a. Viêm tại chỗ: dấu hiệu Murphy (+), DSP sờ thấy TM.
- b. Dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân: sốt, BC tăng.
- c. Chẩn đoán hình ảnh: thấy hình ảnh VTMC.

Chẩn đoán xác định VTMC khi

1. Có 1 tiêu chuẩn trong mục a và 1 trong mục b.
2. Mục c khẳng định chẩn đoán nếu lâm sàng chưa rõ.

Chẩn đoán hình ảnh VTMC

a. Siêu âm

Thành TM dày ≥ 4 mm.

TM to (dài ≥ 8 cm, rộng ≥ 4 cm).

Sỏi TM, dịch quanh TM.

Dấu hiệu Sono-Murphy (+).

b. CT scanner ổ bụng

Thành TM dày, TM to, có dịch quanh TM.

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng nếu có thì rất tốt nhưng không bắt buộc.

c. Giải phẫu bệnh lý: có hình ảnh tổn thương viêm cấp của TM

Các kết quả cận lâm sàng: bilirubin, men gan, đường, amylaza,... giúp chẩn đoán bệnh kết hợp và tiên lượng.

Tại Việt Nam

Các tác giả thống nhất chẩn đoán VTMC dựa vào các dấu hiệu lâm sàng (đau DSP, sốt, sờ thấy TM to,...), cận lâm sàng (BC tăng cao, SA có hình ảnh thành TM dày, có thể thấy sỏi,...).

- Nguyễn Đình Hôi, Nguyễn Mậu Anh [2], chẩn đoán VTMC dựa vào:

+ Lâm sàng: Cơ đau quặn gan tăng dần, DSP ấn đau, có thể có phản ứng, sốt, sờ thấy TM to. Có thể buồn nôn, nôn, đái nước tiểu vàng,...

+ Cận lâm sàng: BC tăng 10 -20 G/L, BC đa nhân trung tính cao, SA có thành TM dày > 3 mm, dấu hiệu Sono-Murphy (+), có thể có sỏi TM hoặc không.

+ Chẩn đoán xác định VTMC: Lâm sàng (đau DSP, sốt, sờ thấy TM to) và cận lâm sàng (Xquang, SA, soi ổ bụng).

- Lê Trung Hải [1] chẩn đoán VTMC dựa vào

+ Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt, BC máu ngoại vi tăng cao.

+ Hội chứng tổn thương tại TM: DSP đau, ấn bụng có phản ứng, sờ thấy TM to.

+ SA: TM to, thành dày > 3 mm, có thể thấy dịch quanh TM.

- Tác giả Nguyễn Dương Quang [5] cũng đưa ra các tiêu chuẩn tương tự.

1.3.5.2. Thể lâm sàng theo giai đoạn tổn thương giải phẫu bệnh

- VTMC phù nề, xuất tiết: thành TM viêm xung huyết phù nề lan tỏa, đau liên tục, phản ứng thành bụng vùng DSP, sốt, BC tăng, điểm TM đau [2].

- VTMC mũ: TM căng to, thành viêm dày, có những ổ áp xe vi thể ở thành TM, dịch mật bản đục, hoặc mũ trong TM, viêm dính nhiều [3], [49].

- VTMC hoại tử: thành TM bị hoại tử, SA thành TM dày, không đều, có ổ áp xe nhỏ hoặc hơi ở trong, có dịch xung quanh TM, khoang Morisson hoặc ổ bụng [49], [50]. VTM hoại tử sẽ nhanh chóng dẫn tới thủng TM, tiên lượng nặng [36], [53], [54], [55].

- VTMC sinh hơi: gây ra bởi các vi khuẩn sinh khí *Clostridium welchii*, *E.Coli* (15%), *Streptococcus*, *Klebsiella*,... [5]. Bệnh liên quan đến thiếu máu của những ĐM nhỏ, thường thấy ở những TH tiểu đường. Trên bệnh cảnh của một VTMC, SA có hơi trong TM, thành TM,... [49], [56]. VTMC sinh hơi thường báo hiệu hoại tử, thủng,... Giuseppe, Stefan [57] theo dõi 20 TH VTM sinh hơi cho thấy: Có 7 TH bị thủng TM, 9 TH áp xe TM và 3 TH viêm phúc mạc mật. Tiên lượng rất nặng, tỷ lệ tử vong tới 15% [3], [56].

1.3.6. Điều trị

1.3.6.1. Nội khoa

Cho TH nghỉ ngơi, nhịn ăn, đặt ống thông dạ dày.

Giảm đau, điều chỉnh nước, điện giải,...

Kháng sinh

Điều trị bệnh mạn tính kết hợp.

1.3.6.2. Ngoại khoa

+ Dẫn lưu TM

Chỉ định: TH già yếu, toàn thân nặng, không cho phép CTM cấp cứu, VTMC nặng (theo Hướng dẫn Tokyo 2007).

Mục đích: dẫn lưu TM, đồng thời qua dẫn lưu chụp kiểm tra tình trạng lưu thông của đường mật sau này [16], [56], [58], [120].

+ Cắt TM bằng PT mở bụng.

Năm 1882, Karl Langenbuch, PTV người Đức đã thực hiện thành công TH cắt TM đầu tiên trên thế giới tại Berlin [7], [57]. Sau đó, PT được áp dụng rộng rãi trong điều trị VTM.

Ưu điểm của PT là điều trị triệt để, không đòi hỏi trang thiết bị đặc biệt, có thể xử lý ngay được các tình huống xảy ra trong mổ: có sỏi OMC kết hợp, TM viêm dính nhiều, bất thường về giải phẫu, chảy máu, rách thủng TM, đường mật trong quá trình phẫu tích,...

Cho đến nay, cắt TM mở truyền thống vẫn được áp dụng trong lâm sàng. Nhiều cải tiến kỹ thuật được tiến hành, tỷ lệ biến chứng giảm đáng kể, tuy nhiên cắt TM mở tồn tại nhiều nhược điểm: đường mổ dài, đau nhiều sau mổ, thời gian nằm viện dài, phục hồi sức khỏe chậm, nguy cơ tắc ruột...

+ Cắt túi mật nội soi

CTMNS được Philip Mouret (Pháp) thực hiện thành công lần đầu tiên năm 1987, PT ngày càng được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới nhờ những ưu việt của nó so với cắt TM mở: giảm đau sau mổ tính thẩm mỹ cao, người bệnh nhanh chóng trở về hoạt động bình thường...

Lúc đầu, VTMC được coi là chống chỉ định của CTMNS với những lý do: khó khăn về kỹ thuật do tình trạng viêm dính làm thay đổi các mốc giải phẫu, tỷ lệ : chuyển MM. tai biến và biến chứng cao. Sau này, kinh nghiệm của PTV tăng dần, kỹ thuật CTMNS thành thạo hơn, trang thiết bị hiện đại các PTV tiến hành CTMNS điều trị VTMC.

Hiện nay, CTMNS đã được xem là phương pháp điều trị VTMC an toàn và hiệu quả với nhiều ưu việt so với mổ cắt TM mở: giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, người bệnh nhanh trở về hoạt động bình thường, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp...

1.4. Nghiên cứu ứng dụng cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp

1.4.1. Trên thế giới

Strasberg và cộng sự đưa ra những điểm quan trọng để phẫu tích tam giác Calot, cùng sự phát triển của kỹ thuật CTMNS, những cải tiến dụng cụ sử dụng cho PTNS,

CTMNS điều trị VTMC ngày càng được áp dụng rộng rãi. Những nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng và thống kê tổng hợp từ nhiều nghiên cứu so sánh CTMNS và cắt TM mở điều trị VTMC cho thấy CTMNS ưu việt hơn cắt TM mở [15].

Hướng dẫn Tokyo năm 2007 về điều trị viêm đường mật và VTMC được công bố trên Tạp chí PT gan- mật- tụy, lần đầu tiên đã trình bày phân loại mức độ của VTMC [4].

Mức độ I (VTMC mức độ nhẹ) CTMNS sớm là phương pháp tối ưu nhất.

Mức độ II (VTMC mức độ vừa) nên cắt TM sớm tại những trung tâm ngoại khoa có kinh nghiệm. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân có tình trạng viêm TM tại chỗ nặng, nên dẫn lưu TM sớm (bằng mổ hoặc dẫn lưu qua da). Do cắt TM sớm có thể khó khăn, bệnh nhân cần điều trị nội khoa, sau đó cắt TM trì hoãn.

Mức độ III (VTMC mức độ nặng) tích cực điều trị rối loạn chức năng các cơ quan và tình trạng viêm tại chỗ của TM bằng dẫn lưu TM. Cắt TM trì hoãn khi có chỉ định.

Phân loại mức độ viêm của TM theo Hướng dẫn Tokyo(2007):

+ *Mức độ nhẹ (mức độ 1)*: TM viêm nhẹ, chỉ có phản ứng viêm tại chỗ, không có rối loạn chức năng các cơ quan.

+ *Mức độ trung bình (mức độ 2)*: TM viêm có một hoặc nhiều tiêu chuẩn sau: Bạch cầu > 18 G/l, sờ thấy khối ở hạ sườn phải, thời gian mắc bệnh > 72h, xuất hiện các tổn thương: viêm phúc mạc mật, áp xe TM, áp xe gan, TM hoại tử, hoại thư TM.

+ *Mức độ nặng (mức độ 3)*: TM viêm phối hợp một hoặc nhiều các tiêu chuẩn sau:

- Rối loạn chức năng tim mạch (tụt huyết áp phải điều trị bằng Dopamine)

- Rối loạn chức năng thần kinh.
- Rối loạn chức năng hô hấp.
- Rối loạn chức năng thận.
- Rối loạn chức năng gan.
- Rối loạn huyết học (tiểu cầu giảm dưới 100.000/ ml).

Hướng dẫn Tokyo năm 2013 [15] về điều trị viêm đường mật và VTMC được công bố trên Tạp chí PT gan- mật- tụy đã tổng kết các kinh nghiệm sau khi áp dụng Hướng dẫn Tokyo năm 2007:

Điều trị tối ưu VTMC là cắt bỏ TM sớm, và cần thiết phải lựa chọn một phương pháp thích hợp cho từng mức độ viêm của TM. Cắt bỏ TM nội soi sớm được chỉ định cho các bệnh nhân VTMC mức độ I (nhẹ), những bệnh nhân này thực hiện CTMNS thành công ở hầu hết các TH. Tại các trung tâm ngoại khoa có kinh nghiệm, những bệnh nhân VTMC mức độ II (vừa), tiến hành CTMNS hoặc cắt TM mở sớm (trong vòng 72 giờ sau khi xuất hiện triệu chứng VTMC). Một số bệnh nhân VTMC mức độ II có thể khó khăn khi cắt TM do tình trạng viêm nhiễm tại chỗ của TM nặng. Trước những TH này cần cân nhắc lựa chọn tiếp tục điều trị nội khoa hoặc dẫn lưu TM xuyên gan qua da hoặc PT cắt TM. Những TH dẫn lưu TM hoặc điều trị nội khoa, tiến hành cắt TM trì hoãn khi tình trạng viêm của TM được cải thiện. TH VTMC mức độ II có biến chứng :viêm phúc mạc mật, áp xe quanh TM, áp-xe gan hoặc xoắn TM, viêm TM khí, viêm TM hoại tử, và viêm TM mù, PT cấp cứu được tiến hành (mở hoặc nội soi phụ thuộc vào kinh nghiệm) cùng với sự chăm sóc hỗ trợ toàn thân.

VTMC mức độ III (nặng) phải tích cực điều trị ngay những rối loạn chức năng của các cơ quan, và cần phải dẫn lưu TM nhằm giải quyết tình trạng viêm nhiễm nặng của TM. Cắt TM trì hoãn 2 đến 3 tháng sau, khi tình trạng chung của bệnh nhân cải thiện.

Sỏi mật là một trong những nguyên nhân chính của VTMC, và cắt TM là phương pháp điều trị được lựa chọn cho bệnh nhân viêm TM do sỏi. Cho đến nửa đầu những năm 1990, nhiều ý kiến cho rằng PTNS không nên chỉ định ở những bệnh nhân VTMC. Thời kỳ này, cắt TM mở được coi là phương pháp điều trị chuẩn đối với VTMC. Tuy nhiên, gần đây, PTNS ngày càng được áp dụng rộng rãi điều trị VTMC và hiện nay được coi là phương pháp điều trị ngoại khoa lựa chọn hàng đầu đối với VTMC.

Kết quả các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) so sánh CTMNS và cắt TM mở điều trị VTMC cho thấy CTMNS tỏ rõ nhiều ưu việt hơn so với MM: thời gian nằm viện ngắn, giảm tỷ lệ các biến chứng sau mổ. Nghiên cứu tập hợp từ nhiều thống kê khác nhau cho thấy CTMNS không chỉ đem lại kết quả tương tự như cắt TM mở, mà còn là phương pháp điều trị hiệu quả do tỷ lệ tử vong và biến chứng thấp. Tuy nhiên, các báo cáo trên đã không phân chia VTMC theo mức độ. Vì vậy, CTMNS không được khuyến cáo cho tất cả mọi TH VTMC do nhiều bệnh nhân VTMC nặng thì cắt TM gặp rất nhiều khó khăn.

Thống kê của Riall TS và cộng sự (2010) thực hiện trên 30.000 bệnh nhân từ 66 tuổi trở lên bị VTMC điều trị theo các phương pháp PT khác nhau, 75% bệnh nhân cắt TM ngay sau khi nhập viện, trong đó 71% CTMNS và 29% cắt TM mở. Nghiên cứu kết luận CTMNS là lựa chọn hàng đầu trong điều trị VTMC [15].

1.4.2 Tại Việt Nam

Nguyễn Tấn Đạt (2009) [10] tiến hành CTMNS trên 106 TH VTMC do sỏi ở hai thời điểm trước và ≥ 72 giờ tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang cho thấy: tỷ lệ chuyển MM là 11,3% (12 TH), nhóm mổ sớm 7,7% (3 TH), nhóm mổ muộn 13,4% (9 TH), tai biến chung gặp 15,1%, thời gian mổ trung bình $88,07 \pm 40,54$ phút, thời gian nằm viện trung bình 13,24 ngày: nhóm mổ sớm 7,7 ngày, nhóm mổ trì hoãn 14,8 ngày, khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,002$). Bùi Văn Chinh (2011) [46], theo dõi 245 TH VTMC được CTMNS sớm tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (1/2005 – 10/2009) cho thấy kết quả: PTNS thành công 98,8%, tai biến chung 24,1%, tử vong 2

TH (0,8%), tác giả khuyến cáo nên CTMNS trước 48 giờ. Lê Quang Minh (2013) [97] tiến hành CTMNS cho 158 TH VTMC ở 2 thời điểm < 72 giờ và ≥ 72 giờ cho thấy kết quả: PTNS thành công 87,3% (< 72 giờ: 89,4%; ≥ 72 giờ: 82,2%), chuyển MM: 12,7% (< 72 giờ: 10,6%; ≥ 72 giờ: 17,8%). Thời gian mổ trung bình: $56,81 \pm 19,35$ phút: thời gian mổ ở nhóm ≥ 72 giờ dài hơn nhóm < 72 giờ ($69,46 \pm 13$ phút so với $52,17 \pm 11$ phút). Tai biến chung trong mổ: 13 TH. Thời gian nằm viện trung bình: $7,1 \pm 2,3$ ngày (< 72 giờ: $6,2 \pm 2,2$ ngày; ≥ 72 giờ: $8,3 \pm 2,3$ ngày). Tác giả khuyến cáo nên CTMNS điều trị VTMC < 72 giờ từ khi có triệu chứng đầu tiên.

Nguyễn Văn Nghĩa (2011) [108] thực hiện CTMNS điều trị VTMC cho 139 TH tại BVĐK Thành Phố Cần Thơ cho kết quả tốt chiếm 84,1%, tỷ lệ chuyển MM 4,3%, biến chứng sau mổ 19,4%, thời gian mổ trung bình: $108 \pm 50,7$ phút. Thời gian nằm viện trung bình: $5,1 \pm 2,4$ ngày. Theo tác giả không có sự khác biệt giữa mổ trước và sau 72 giờ kể từ khi nhập viện. Tác giả kết luận PTNS cắt TM viêm cấp là phẫu thuật an toàn, kết quả tốt, có đầy đủ các ưu điểm của PTNS.

1.5. Nghiên cứu kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp và một số yếu tố liên quan.

1.5.1 Trên thế giới

Dubois (1996) [61] thống kê 2.623 TH CTMNS điều trị VTMC, cho thấy: CTMNS có thể thực hiện thành công ở hầu hết các TH VTMC, thậm chí cả những bệnh nhân VTMC có biến chứng.

Benoit Navez (2001) [69], nghiên cứu 609 TH CTMNS điều trị VTMC nhận thấy tỷ lệ biến chứng 15%, tử vong 0,66%, tác giả kết luận: CTMNS là phương pháp điều trị an toàn đối với VTMC, đồng thời tác giả cũng khuyến cáo nên mổ CTMNS sớm trong vòng 4 ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của VTMC.

Oktar (2004) [63], nghiên cứu 1.158 TH CTMNS, trong đó có 162 bệnh nhân VTMC, 996 TH VTM mạn, cho thấy: tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ chuyển MM của hai nhóm tương tự nhau. Sự biến đổi giải phẫu, viêm dính vùng tam giác Calot là hai nguyên nhân chính dẫn tới chuyển MM.

Atul (2002) [82], thống kê qua 173 TH VTMC, 71 TH (41%) được CTMNS cấp cứu, 102 TH (59%) được điều trị kháng sinh sau đó mới CTMNS cho thấy: thời gian nằm viện của nhóm CTMNS cấp cứu ngắn hơn một cách có ý nghĩa so với nhóm CTMNS muộn ($p < 0,01$). Tỷ lệ chuyển MM ở nhóm mổ cấp cứu: 5,6%, thấp hơn khá nhiều so với nhóm mổ muộn: 11,5%.

Paulo (2006) [64], nghiên cứu 190 TH VTMC ở người cao tuổi: 39 TH (21%) trên 65 tuổi và 151 TH (70%) dưới 65 tuổi nhận thấy: tỷ lệ chuyển MM là 10,3% ở nhóm TH tuổi trên 65 và 6,5% ở nhóm tuổi dưới 65 ($p = 0,49$). Tỷ lệ biến chứng sau PT ở hai nhóm TH tương ứng là: xẹp phổi 5,1% và 0,2% ($p = 0,27$), nhiễm khuẩn đường hô hấp 5,1% và 2,7% ($p = 0,6$), rò mật 5,1% và 2,0% ($p = 0,027$), áp xe trong ổ bụng 1 TH (0,7%), tác giả kết luận: CTMNS là phương pháp an toàn và hiệu quả cho điều trị VTMC ở TH lớn tuổi.

Yi và cộng sự (2006) [69], khảo sát về mức độ an toàn của PT CTMNS điều trị VTMC ở 137 TH tuổi trên 60 được chia thành 3 nhóm dựa vào phân loại ASA: ASA 1 ($n = 33$), ASA 2 ($n = 79$) và ASA 3 ($n = 25$) cho thấy: có 8 TH (5,8%) phải dẫn lưu mật qua da trước PT, 19,7% TH phải mổ cấp cứu trong vòng 24 giờ. Thời gian nằm viện trước PT ở các TH ASA 3 (8,8 ngày) dài hơn so với ASA 1 (5,6 ngày), thời gian mổ ở những TH ASA 2 (111 phút) và ASA 3 (114 phút) dài hơn so với ASA 1 (85 phút) ($p < 0,05$). Tuy nhiên, tỷ lệ chuyển MM, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện sau mổ tương tự trong cả 3 nhóm ($p > 0,05$) [69].

1.5.2. Tại Việt Nam

PT CTMNS điều trị VTMC được tiến hành từ tháng 10/1994 tại Bệnh viện Chợ Rẫy, sau đó được ứng dụng rộng rãi tại nhiều Bệnh viện khác trong cả nước.

Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn (5/2001 – 3/2004) [83], theo dõi 66 TH CTMNS điều trị VTMC do sỏi, tại Bệnh viện Đại học Y Dược và Bệnh viện nhân dân Gia Định cho thấy: chuyển MM 5 TH (7,6%), thời gian mổ trung bình 108 ± 41 phút, thời gian nằm viện trung bình $4 \pm 1,8$ ngày, biến chứng sau mổ gặp 10,6%, không có tổn thương đường mật, không có tử vong.

Nguyễn Cường Thịnh (2006) [90], nghiên cứu 74 TH CTMNS điều trị VTMC, tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 cho thấy: thời gian mổ trung bình 149 phút, chuyển MM 14 TH (18,9%), biến chứng sau mổ 9 TH (12,2%). Tác giả còn cho biết tỷ lệ chuyển MM giảm dần vào những năm sau.

Hoàng Mạnh An (2009) [85], đánh giá kết quả 65 TH CTMNS điều trị VTMC do sỏi, tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện 175 cho thấy tỷ lệ thành công tới 98,5%, chỉ có 1 TH phải chuyển MM (1,5%).

Trần Thiện Trung, Võ Hồng Sờ (2010) [86], nghiên cứu 369 TH CTMNS điều trị VTMC do sỏi ghi nhận: tỷ lệ CTMNS thành công là 94,4%, trong đó 15,4% có hoại tử TM. Thời gian mổ trung bình 93,3 phút, thời gian nằm viện trung bình 4,2 ngày, tỷ lệ chuyển MM gặp 5,6%. Tác giả nhận xét tỷ lệ phải chuyển MM giảm dần theo thời gian. Tỷ lệ tai biến chung gặp 17,1%, trong đó thủng TM gặp 11,2%, chảy máu gặp 5,6%; trong 3 TH chảy máu từ ĐMTM có 2 TH phải chuyển MM để cầm máu, một TH tổn thương OGC (0,3%). Biến chứng sau mổ 12,3% : áp xe dưới gan gặp 3 TH (0,8%), 21 TH (4,3%) có tụ dịch dưới gan, nhiễm khuẩn lỗ trocar 6 TH (1,6%), tất cả các TH điều trị nội khoa đều ổn định, không có tử vong. Tác giả kết luận: PT CTMNS điều trị VTMC do sỏi khả thi và đạt hiệu quả cao, tỷ lệ chuyển MM, tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp, không có tai biến, biến chứng nặng, không có tử vong.

Vũ Bích Hạnh (2010) [35], thống kê 60 TH CTMNS điều trị VTMC (27 TH mổ < 72 giờ, 33 TH mổ \geq 72 giờ) cho thấy: TM to, viêm dính, phù nề, thành dày gặp 100%, tai biến trong mổ 8 TH (13,3%), chuyển MM 11,7% (nhóm < 72 giờ 7,4%, nhóm >72 giờ 15,2%), thời gian mổ trung bình 76 ± 26 phút (nhóm < 72 giờ 62 ± 19 phút, nhóm >72 giờ 87 ± 26 phút), PT kết quả tốt 88,3%, không có tử vong.

1.5.3. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan

Các yếu tố ảnh hưởng đến việc chuyển MM được thông báo trên các y văn, bao gồm: tuổi cao, béo phì, độ dày thành TM, dịch quanh túi mật, mức độ viêm của TM (số lượng BC tăng cao, sốt,...) thời gian từ khi có triệu chứng đau đầu tiên đến lúc nhập viện, bệnh kết hợp, sẹo mổ cũ,...

1.5.3.1. Trên thế giới

Low, Iyer và cs (2009) [94], theo dõi 122 TH VTMC nhận xét: tuổi, độ dày thành TM là những yếu tố nguy cơ chính dẫn đến MM, khi độ dày thành TM đo bằng SA > 5 mm, có tới 45,5% TH phải chuyển MM so với nhóm TH thành TM < 5 mm tỷ lệ chuyển MM là 15,3% (p = 0,0028). Nghiên cứu của Condilis, Sikalias (2008) [74], xem xét kỹ về thời gian PT đã kết luận rằng: quyết định mổ chậm từ khi xuất hiện các triệu chứng lâm sàng làm tăng mức độ chuyển MM.

Constantinos (2009) [96] theo dõi 315 TH VTMC mổ được mổ CTMNS nhận thấy: $T^0 > 37,5^0C$, GOT, GPT > 60 U/l liên quan nhiều đến việc phải chuyển MM. Các yếu tố trước mổ liên quan đến chuyển MM và các tai biến trong mổ được tác giả trình bày trong bảng sau

Bảng 1.1 Các yếu tố liên quan đến chuyển MM và tai biến

Các yếu tố trước mổ	% chuyển MM	p	% tai biến	p
Tiền sử PT bụng (không/trên/dưới)	10,0/29,9/80,0	0,007	2,3/30,0/20,0	<0,001
$T^0 > 37,5^0C$ (không/có)	8,2/44,4	< 0,001	8,2/7,9	0,965
BC > 12×10^9 (không/có)	25,0/28,7	0,872	6,5/50,0	0,002
GOT, GPT > 60 U/l (không/có)	22,7/40,5	0,049	6,7/10,8	0,448

1.5.3.2. Tại Việt Nam

Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn (2005) [83], nghiên cứu “Kết quả CTMNS trong VTMC do sỏi” nhận xét: bệnh nội khoa đi kèm ở người lớn tuổi cũng là vấn đề làm cho PTV e ngại khi lựa chọn PTNS. Tác giả khuyến cáo nên đánh giá cụ thể mức độ ảnh hưởng của bệnh đi kèm đối với cuộc mổ theo phân loại ASA trước khi quyết định.

Nguyễn Cường Thịnh (2009) [76] theo dõi 104 TH VTMC được CTMNS nhận thấy: thành TM dày gây khó khăn trong kẹp giữ TM khi giải phóng TM, TH

béo, nhiều mỡ bao quanh các tạng khiến cho việc bộc lộ các thành phần giải phẫu khó khăn hơn, nguy cơ tai biến và chuyển MM cao, thời gian mổ thường kéo dài.

Lê Quang Minh (2013) [97], theo dõi 158 TH CTMNS điều trị VTMC nhận xét: các dấu hiệu đau bụng lan tỏa hạ sườn phải và thượng vị, sốt $> 38^{\circ}\text{C}$, BC > 15 G/L trong VTMC rất đáng lưu ý, có thể dự báo một VTM hoại tử là những yếu tố quan trọng giúp các PTV cân nhắc khi đưa ra chỉ định PT.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng

Gồm những bệnh nhân VTMC, được CTMNS tại Khoa ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, từ tháng 12/2012 đến tháng 12/2014.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

Những bệnh nhân đảm bảo các điều kiện:

- Chẩn đoán xác định VTMC.
- Được mổ bằng PT CTMNS truyền thống.
- Chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ: VTMC.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân VTMC không mổ hoặc mổ cắt TM mở ngay từ đầu.
- Bệnh nhân được mổ CTMNS nhưng kết quả giải phẫu bệnh không phải VTMC.
- Bệnh nhân VTMC có sỏi OMC, sỏi gan, u đường mật, u đầu tụy, nang OMC, u dạ dày kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang can thiệp

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: TH VTMC được CTMNS tại khoa ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh, từ tháng 12/2012 đến tháng 12/2014.

2.2.1.1. Phương pháp chọn mẫu

- Các thông tin của TH lựa chọn vào nghiên cứu được đưa vào một mẫu bệnh án thống nhất.
- Kết quả PT chia thành 2 nhóm

+ Nhóm 1: những bệnh nhân VTMC được mổ CTMNS trước 72 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên.

+ Nhóm 2: những bệnh nhân VTMC được mổ CTMNS sau 72 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên.

Việc phân nhóm không có tính ngẫu nhiên: lý do BN ở nhóm 1 ngoài yếu tố BN nhập viện < 72 giờ và BN không có bệnh lý nội khoa đi kèm. Đối với nhóm 2 ngoài yếu tố BN nhập viện > 72 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng đau đầu tiên, BN còn kèm theo một số bệnh lý nội khoa (tiểu đường, tăng huyết áp) nên cần phải điều chỉnh trước khi phẫu thuật.

2.2.1.2. Cách tính cỡ mẫu

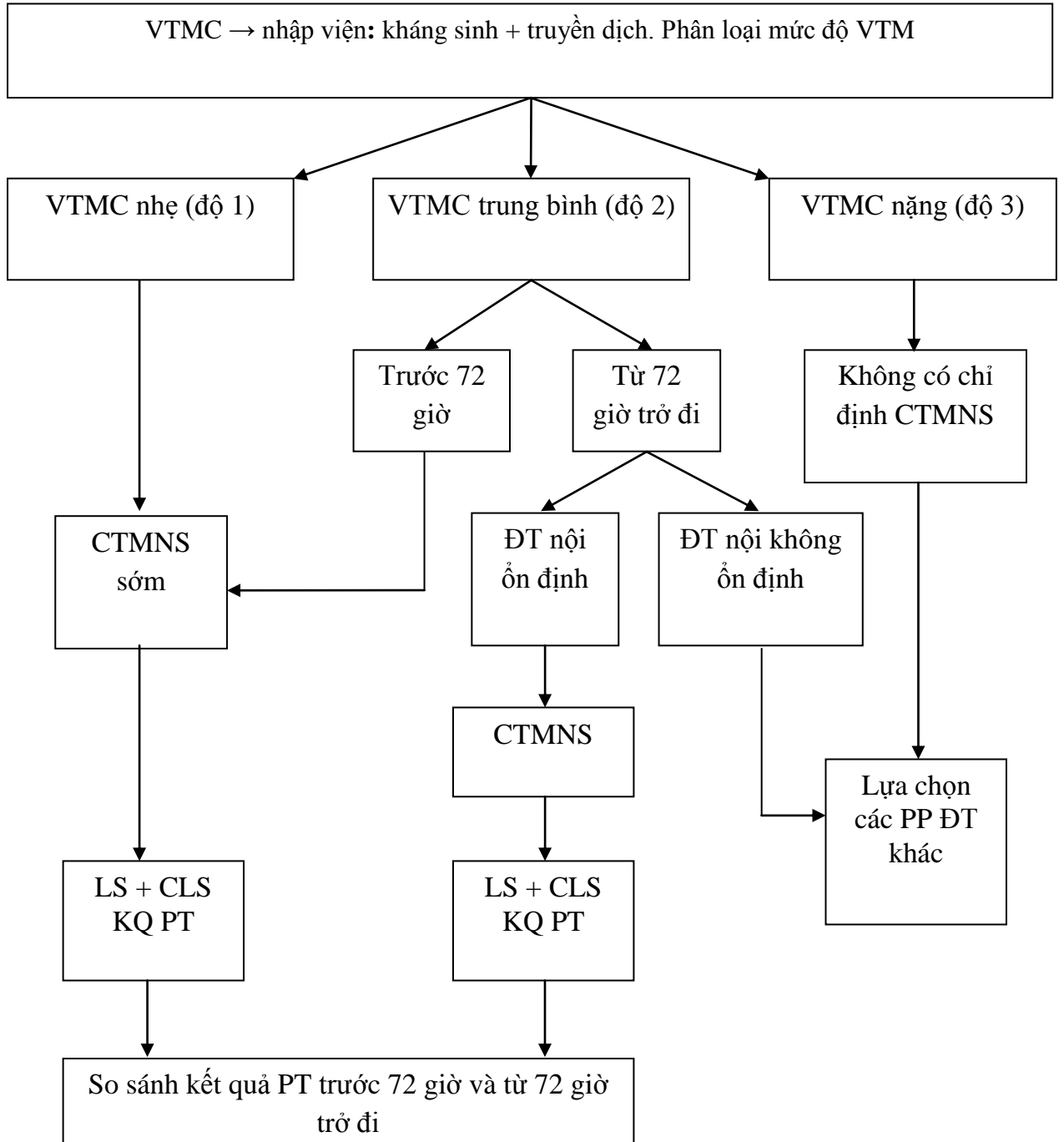
Cỡ mẫu được tính theo công thức: $N = Z^2_{(1-\alpha/2)} P (1 - p) / d^2$

Trong đó:

- Z: Trị số phân phối chuẩn.
- α : Xác suất sai lầm loại I.
- p: Tỷ lệ chuyển MM của CTMNS điều trị VTMC.
- d: Độ chính xác (hay sai số cho phép), giá trị của d nằm trong khoảng từ 0 – 0,1 và có thể ước tính giá trị này.

Trong nghiên cứu này lấy mức ý nghĩa 95%, giá trị các tham số là : $\alpha = 0,05$; $Z_{0,975} = 1,96$; $P = 0,11$; $d = 0,05$; $N = 156$ (nghiên cứu có 188 TH).

2.2.1.3. Sơ đồ nghiên cứu



2.2.2. Phương tiện

Hệ thống máy PTNS của hãng Karl – Storz: camera, nguồn sáng, màn hình, máy bơm khí tự động, dao đốt điện,...

Bộ dụng cụ PTNS cắt TM: trocar 5 mm và 10 mm, kẹp PT, kẹp Allis, kéo, kẹp clip, chỉ khâu, máy hút...

Bộ dụng cụ MM để có thể triển khai MM khi cần.

Hệ thống máy gây mê, máy thở, máy theo dõi các chỉ số sống của BN.



Hình 2.1. Hệ thống máy PTNS dùng trong nghiên cứu

(hãng *Karl-Storz*)



Hình 2.2. Bộ dụng cụ PTNS cắt TM trong nghiên cứu
(hãng Karl-Storz)

2.2.3. Quy trình cắt túi mật nội soi

2.2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- BN được chuẩn bị đầy đủ như PT cắt TM mở kinh điển.
- BN được giải thích kỹ về cách thức PT và những nguy cơ có thể xảy ra trong mổ: chảy máu, tổn thương đường mật, chuyển MM,...
- Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản có hô hấp điều khiển.
- Đặt ống thông dạ dày trong suốt cuộc PT.

2.2.3.2. Kỹ thuật mổ

Tư thế bệnh nhân và vị trí kẹp mổ

BN tư thế nằm ngửa, hai chân khép, cổ định chắc chắn vào bàn mổ, đầu cao so với mặt phẳng ngang một góc 15 độ, nghiêng sang trái, để mặc nối lớn, dạ dày, đại

tràng ngang đổ sang trái và xuống dưới, làm lộ rõ vùng dưới gan, giúp phẫu trường rộng hơn.

PTV đứng bên trái bệnh nhân.

Người phụ cầm camera đứng dưới cùng bên với PTV.

Người đưa dụng cụ đứng bên phải BN, phía chân người bệnh.

Màn hình chính đặt phía bên phải người bệnh ngang vai, sau cho trục từ giữa hai mắt của PTV đi qua TM tới màn hình là một đường thẳng. Màn hình thứ hai nếu có đặt bên trái người bệnh.

Luôn luôn phải có sẵn một bộ dụng cụ MM trong phòng mổ để có thể triển khai chuyển mổ bụng ngay khi cần



Hình 2.3. Tư thế bệnh nhân và kíp mổ

Kỹ thuật

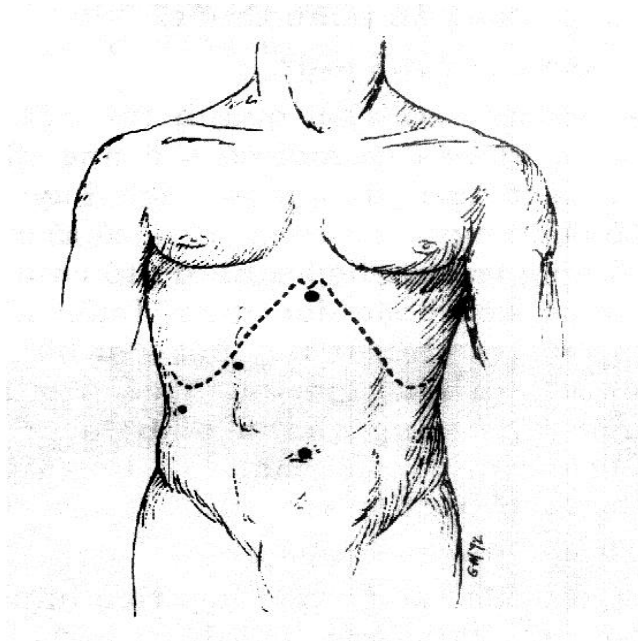
Bước 1: vào ổ bụng (đặt 3 hoặc 4 trocar)

+ Trocar đầu tiên: đường kính 10 mm, đặt ngay sát mép trên hoặc mép dưới của rốn, qua trocar này đưa nguồn sáng và camera vào ổ bụng.

+ Trocar thứ 2: trocar 10 mm đặt trên đường giữa trên rốn, ngay dưới mũi ức, cách mũi ức khoảng 1cm để đưa dụng cụ vào kẹp, kéo đáy TM. Đây là kênh làm việc chính.

+ Trocar thứ 3: trocar 5 mm, đặt trên đường giữa đòn phải, dưới bờ sườn khoảng 1,5cm. Trocar này dành cho kẹp PT để trợ giúp thao tác. Nếu PTV đã quen với PT và trong TH TM không có viêm dính nhiều hay bất thường về giải phẫu thì có thể chỉ dùng 3 trocar là đủ để tiến hành PT.

+ Trocar thứ 4 : trocar 5mm có thể sử dụng hoặc không tùy vào mức độ khó của cuộc mổ, trocar này đặt giữa đường nách trước và đường nách giữa, ngang mức rốn kéo sang bên phải. Trocar này dành để đưa kẹp PT để kẹp vào đáy TM nâng lên bộc lộ vùng mỡ hoặc để vén gan.



Hình 2.4. Các vị trí đặt trocar [90]

Bước 2: cắt TM

+ Dùng pince kẹp đáy TM, kéo ra ngoài và hướng lên trên, tiến hành phẫu tích bóc tách bộc lộ ống cổ TM, động mạch TM rõ ràng.

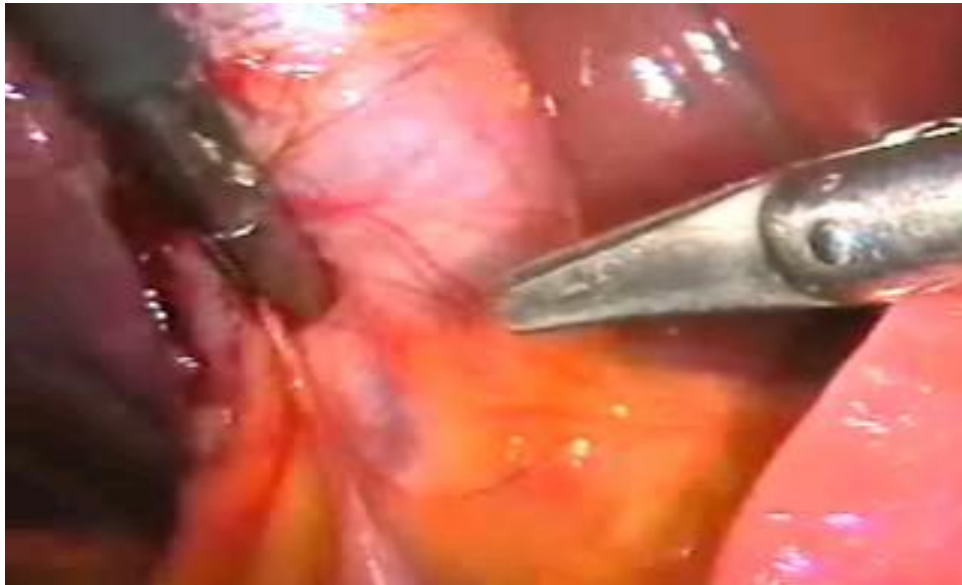
+ Kẹp ống cổ TM và ĐMTM bằng clip.

+ Dùng kéo cắt rời ống cổ TM và ĐMTM giữa các clip.

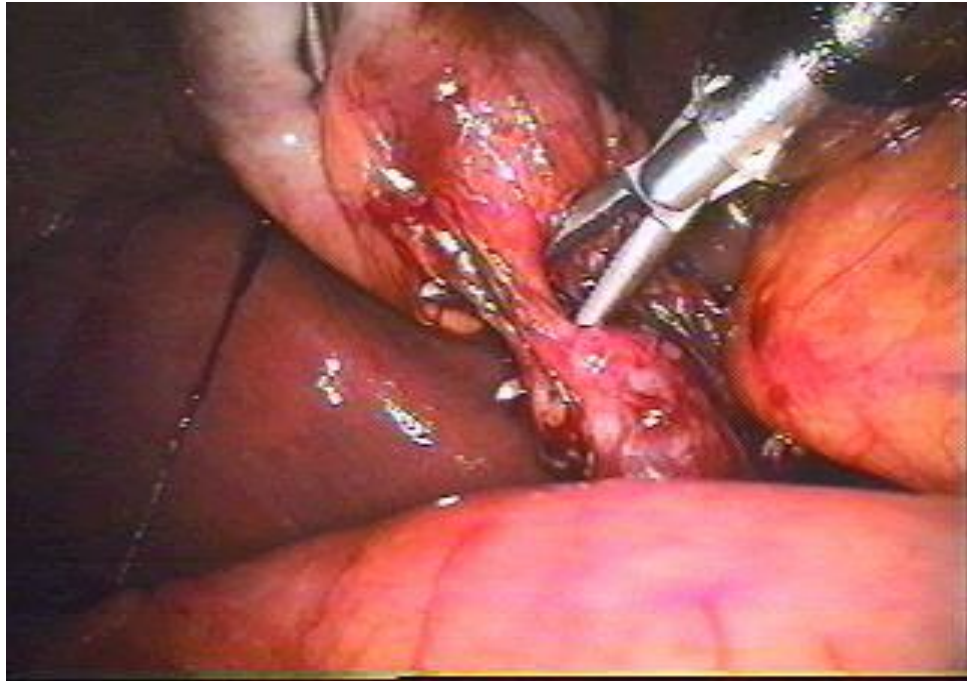
+ Dùng pince kẹp ống cổ TM phía ngoài vi, kéo ra ngoài và lên trên, tiến hành giải phóng TM khỏi giường TM bằng móc từ cổ đến đáy.

Trong TH TM căng to, khó kẹp giữ, sẽ chủ động chọc hút dịch mật làm xẹp bớt TM (không làm xẹp hoàn toàn TM), dịch mật hút ra được gửi nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, có thể chụp khảo sát đường mật qua chỗ chọc hút này nếu nghi ngờ có sỏi đường mật kết hợp.

+ Các TH phẫu tích giải phóng giường TM khó khăn có thể tiến hành cắt để lại thành TM ở mặt dưới gan (cắt gần toàn bộ TM qua nội soi – Laparoscopic Subtotal Cholecystectomy – LSC), niêm mạc thành sau phần để lại được cầm máu và phá hủy bằng đốt điện cẩn thận.



Hình 2.8. Mở thanh mạc mặt trước tam giác Calot (ảnh chụp)



Hình 2.9. Phẫu tích vùng cổ TM (ảnh chụp)

Bước 3: kết thúc PT

- + Lau hoặc rửa sạch ổ bụng bằng nước muối sinh lý ấm.
- + Kiểm tra cầm máu kỹ.
- + Cho TM vào túi nylon buộc kín miệng và lấy ra ngoài qua lỗ trocar 10 mm DSP hoặc qua lỗ rốn.
- + Đặt dẫn lưu dưới gan nếu cần thiết.
- + Rút các trocar, xả hết khí CO₂ trong ổ bụng.
- + Khâu các lỗ trocar, dán băng vết mổ.

Một số kỹ thuật mổ.

- *Cắt TM ngược dòng* : đây là kỹ thuật được sử dụng trong hầu hết các TH CTMNS kinh điển từ trước đến nay. TM được giải phóng dần từ cổ đến đáy. ĐMTM và ống cổ TM được bộc lộ và kẹp cắt trước khi giải phóng TM khỏi “giường”.

- *Cắt TM xuôi dòng* : kỹ thuật này áp dụng cho các TH phẫu tích tìm và bộc lộ ống cổ TM gặp khó khăn (do ống cổ TM ngắn, tam giác Calot viêm dính nhiều), có thể gây nguy hiểm, TM được làm xẹp bớt nhưng thành quá dày, lúc này sẽ tiến hành

giải phóng TM từ đáy đến cổ ra khỏi “giường” trước khi phẫu tích ống TM. Khi TM đã rời khỏi giường TM sẽ thực hiện động tác kéo căng ống TM, giúp nhận biết rõ các thành phần còn lại của tam giác Calot.

- *Cắt gân toàn bộ TM*: kỹ thuật này được áp dụng trong TH TM viêm dính nhiều, nếu cố gắng cắt hết toàn bộ TM có nguy cơ gây ra các biến chứng tổn thương các tạng xung quanh.

Các kỹ thuật hỗ trợ

Khi gặp khó khăn trong PT, có thể thực hiện một số kỹ thuật.

- Chọc hút làm xẹp TM chủ động: được áp dụng trong TH TM căng to, kẹp giữ khó khăn hoặc nguy cơ thủng chảy dịch mủ và rơi sỏi vào ổ bụng, TM được chọc hút qua thành bụng dưới hướng dẫn của camera với mục đích là để dễ cầm nắm và thao tác PT.

- Buộc hay khâu cột ống TM: áp dụng trong TH ống TM ngắn hoặc to không thể clip hết ống TM hoặc khi ống TM viêm nhiễm nhiều, khi dùng clip kẹp có thể gây đứt ống TM.

- Đặt spongel hoặc surgicel giường TM: áp dụng trong TH khi đã đốt cầm máu kỹ mà vẫn còn chảy máu rỉ rả ở giường TM.

2.3. Các chỉ tiêu

2.3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: chia thành 4 nhóm: 16 - ≤ 39 tuổi, 40 – 59 tuổi, 60 – 79 tuổi và ≥ 80 tuổi
- Giới tính: nam, nữ tỷ lệ nam/nữ
- Địa dư
- Tiền sử bệnh
- + Mổ bụng cũ (trên và dưới rốn).
- + Bệnh kết hợp (viêm phế quản, đái đường...)

Thời điểm nhập viện từ khi có triệu chứng đầu tiên

- + Trước 72 giờ
- + Từ 72 giờ trở đi.

2.3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

2.3.2.1. Lâm sàng

- Toàn thân: nhiệt độ lúc vào viện.
- Cơ năng: đau bụng
 - + Vị trí đau
 - + Tính chất đau: âm ỉ, dữ dội...
- Thực thể
 - + Điểm TM đau
 - + Sờ thấy TM.
 - + Phản ứng DSP.

2.3.2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu:
 - + Số lượng BC
 - Dưới 10G/L
 - Từ 10G/L đến 15G/L
 - > 15 G/l.
 - Tỷ lệ BC trung tính $\geq 80\%$.
- + Đường máu:
 - Từ ≤ 7 mmol/l
 - Trên 7 mmol/l.
- + Bilirubin máu:
 - Từ ≤ 19 mmol/l
 - Trên 19 mmol/l.
- + GOT và GPT:

Từ ≤ 60 U/l

Trên 60 U/l.

- Siêu âm ổ bụng

+ Kích thước TM

+ Độ dày thành TM: được chia thành 3 nhóm:

Thành dày ≥ 4 mm – 6 mm.

Thành dày > 6 mm – 8 mm.

Thành dày > 8 mm.

+ Tình trạng TM:

Có sỏi.

Không có sỏi.

Polyp.

Sỏi kẹt cổ TM.

+ Dịch quanh TM.

2.3.2.3. Chẩn đoán nguyên nhân, phân loại BN và mức độ viêm TM

- Chẩn đoán nguyên nhân.

+ VTMC do sỏi.

+ VTMC không do sỏi.

+ VTMC trên bệnh nhân có polyp TM.

- Phân loại bệnh nhân: dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA)(American Society of Anesthesiologist):

+ ASA 1: những người có sức khỏe bình thường.

+ ASA 2: BN có một số bệnh toàn thân nhẹ: đái tháo đường nhẹ, cao huyết áp kiểm soát được, thiếu máu nhẹ, viêm phế quản mạn tính, béo phì,...

+ ASA 3: BN có bệnh toàn thân nặng ảnh hưởng tới sức khỏe và sinh hoạt: đau thắt ngực, bệnh phổi tắc nghẽn, nhồi máu cơ tim cũ,...

+ ASA 4: BN có bệnh lý thường xuyên đe dọa tính mạng: suy tim, suy thận, xơ gan mất bù...

+ ASA 5: BN không có hy vọng sống quá 24 giờ: vỡ phình động mạch chủ, hôn mê do tai biến mạch máu não....

2.3.3. Ứng dụng cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp

2.3.3.1. Chỉ định

Theo Hướng dẫn Tokyo (2007):

- VTMC mức độ nhẹ (độ 1): CTMNS sớm là phương pháp tối ưu nhất.
- VTMC mức độ vừa (độ 2): nên cắt TM trong vòng 72 giờ tại những trung tâm ngoại khoa có kinh nghiệm. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân có tình trạng VTM tại chỗ nặng, nên dẫn lưu TM sớm (bằng mổ hoặc dẫn lưu qua da).

2.3.3.2. Thời điểm mổ

- Trước 72 giờ kể từ khi có triệu chứng đầu tiên.
- Từ 72 giờ trở đi.

2.3.3.3. Đánh giá tổn thương trong mổ

- Túi mật
- + TM to, thành dày
- + TM viêm phù nề
- + TM viêm mũ
- + TM hoại tử
- + Sỏi kẹt cổ TM
- + Dịch quanh TM
- + Viêm dính của TM (dính ít, dính nhiều)

Dính ít: chỉ có mạc nối lớn đến bám vào đáy TM, gỡ dính không cần đốt điện.

Dính nhiều: mạc nối lớn và ruột dính khắp TM, dính chặt, gỡ dính phải sử dụng đốt điện.

- Viêm dính vùng tam giác Calot và ống TM. (dính ít, dính nhiều)

Dính ít: còn nhận diện được các thành phần của tam giác Calot.

Dính nhiều: khó nhận diện được các thành phần của tam giác Calot.

- Mức độ khó PT theo P.Schrenck :

+ Khó: 3-5 dấu hiệu

+ *Rất khó: 6-7 dấu hiệu*

2.3.3.4. Kỹ thuật cắt TM

- Cắt TM ngược dòng

- Cắt TM xuôi dòng

- Cắt gần toàn bộ TM

2.3.3.5. Kỹ thuật hỗ trợ

- Chọc hút làm xẹp TM chủ động

- Buộc hay khâu ống cổ TM

- Đặt spongel hoặc surgicel giường TM

2.4. Kết quả cắt túi mật nội soi và một số yếu tố liên quan

2.4.1. Trong mổ

- Chuyển MM

- Thời gian mổ: tính bằng phút.

- Tai biến

+ Chảy máu: nguyên nhân chủ yếu là do tổn thương ĐMTM. Vị trí chảy máu thứ hai hay gặp là ở “giường” TM do quá trình phẫu tích làm tổn thương nhánh tĩnh mạch trên gan ở hạ phân thùy V hoặc những mạch máu nhỏ từ gan đi tới. Xử trí bằng đốt điện, đắp spongel hoặc khâu mũi chữ X hay chữ U bằng chỉ vicryl 3/0 hay prolene 3/0. Khi tiên lượng khả năng cầm máu qua nội soi không đảm bảo an toàn hoặc lượng máu mất trên 200ml thì chuyển sang MM để cầm máu, đảm bảo an toàn cho cuộc PT [21].

+ Thủng TM, dịch mật và sỏi rơi vào trong ổ bụng.

Tai biến này cũng hay gặp khi phẫu tích TM đang trong tình trạng viêm cấp. Đây không phải là tai biến nặng nề, chỗ thủng có thể kẹp bằng clip hay khâu lại, dịch mật chảy ra và sỏi sẽ được lấy hết, rửa sạch, tránh tạo ổ áp xe trong phúc mạc hay tổn thương vào một tổ chức lân cận. Thủng có thể gặp khi cố gắng kéo TM ra khỏi ổ bụng (khi TM còn căng hoặc sỏi quá to).

+ Tổn thương tạng trong ổ bụng.

Các tạng: gan, tá tràng, ruột non, đại tràng nếu bị tổn thương sẽ xử lý ngay trong mổ (qua nội soi hoặc MM), tránh để xảy ra các biến chứng chảy máu, viêm phúc mạc sau mổ.

+ Tổn thương đường mật.

Các tổn thương đường mật bao gồm ống mật chủ, ống gan. Nguyên nhân do tổn thương viêm cấp phù nề dày dính làm cho xác định các thành phần giải phẫu khó khăn, chảy máu nhiều làm hạn chế việc quan sát các mốc giải phẫu, các bất thường giải phẫu của đường mật mà phổ biến nhất là nhận định nhầm OMC, ống gan là ống cổ TM. Đây là biến chứng nặng đáng sợ nhất của CTMNS, đặc biệt trong VTMC nguy cơ này luôn ở mức độ cao.

Stewart và cộng sự đề nghị một phân loại cho chấn thương đường mật trong CTMNS

Dạng 1: cắt đứt 1 phần của OMC hay ống gan chung.

Dạng 2: hẹp ống gan chung có hay không dò mật, nguyên nhân tổn thương do dao điện hay do kẹp clip vào ống gan.

Dạng 3: cắt bỏ 1 đoạn phần trung tâm của ống gan chung, bao gồm cả chỗ đổ của ống TM vào ống gan.

Dạng 4: tổn thương ống gan phải do tắc hay cắt phải.

2.4.2. Sau mổ

- Diễn biến chung

+ Nhiệt độ, huyết áp, mạch.

+ Tình trạng vết mổ: khô, ướt, chảy máu, nhiễm khuẩn,...

+ Tình trạng sau mổ.

Thời gian đau: tính từ khi BN tỉnh tới khi cần thêm thuốc giảm đau.

Thang điểm đau: được tính từ 1 – 10; 0 điểm là không đau, 10 điểm là đau không thể chịu đựng, theo “The book Mayo Clinic Chronic Pain”.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no		little		moderate		quite		severe		unbearable
pain						bad				pain

+ 0 – 1 không đau + 2 – 3 đau nhẹ + 4 – 5 đau trung bình
 + 6 – 7 đau dữ dội + 8 – 9 đau rất dữ dội + 10 đau không thể chịu đựng

+ Thời gian trung tiện.

+ Thời gian hậu phẫu.

- Biến chứng, cách xử trí.

- Giải phẫu bệnh

+ Đại thể

TM căng to, thành TM phù nề, đỏ sáng không đồng nhất, xen lẫn với những mảng đỏ đậm hoặc đen do xuất huyết dưới thanh mạc, đôi khi có vài điểm hoại tử xám đen. Niêm mạc TM màu đỏ đậm, có những ổ loét, lòng TM có chứa sỏi hoặc chất nhầy giống như mũ.

+ Vi thể

* TM viêm phù nề xung, xuất huyết: TM căng to, thành đỏ rực hoặc có lốm đốm xuất huyết màu đỏ hoặc tím sẫm, nhiều BC đa nhân xâm nhập, có thể có giả mạc bám xung quanh.

* TM viêm mũ: dịch mật đục, nhiều BC đa nhân trung tính thoái hóa, hoặc thành mũ thực sự, thành TM có những đốm vàng, đen rải rác hoặc tập trung thành đám, nhiều giả mạc, mạc nối bám xung quanh.

* Viêm TM hoại tử: thành TM có những đám hoại tử màu xám hoặc xanh đen, có thể có lỗ thủng nhỏ hoặc lớn hoặc hình thành những ổ áp xe nhỏ, nhiều giả mạc và mạc nối lớn viêm dính xung quanh TM.

- Nuôi cấy vi khuẩn: phân lập, xác định chủng vi khuẩn.

- Thời gian nằm viện: là thời gian nằm viện trung bình của cả 2 nhóm nghiên cứu.

2.4.3. Kết quả chung

Đánh giá kết quả PT theo tiêu chuẩn của Văn Tần [98].

- Tốt: BN trung tiện từ 24 – 48 giờ, ít đau; không có biến chứng, ra viện trong vòng 6 ngày.

- Trung bình: BN trung tiện sau 48 giờ, đau nhiều, phải dùng giảm đau trong 3 ngày, có biến chứng nhưng điều trị bảo tồn khỏi; ra viện sau 6 - 10 ngày.

- Xấu: BN trung tiện sau 48 giờ, đau nhiều và phải dùng giảm đau 3 – 5 ngày; có biến chứng phải mổ lại, ra viện sau 10 ngày.

2.4.4. Một số yếu tố liên quan

- Lâm sàng, thời gian mổ và tỷ lệ chuyển MM

- Tổn thương TM và tai biến

- Tổn thương TM và kỹ thuật cắt TM

- Tổn thương TM và kỹ thuật kết hợp

- Nhiễm khuẩn dịch mật và tổn thương TM

2.5. Xử lý số liệu

- Dữ liệu nghiên cứu được thu thập vào một mẫu bệnh án thống nhất.
- Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học, tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, kiểm định chi bình phương,...
- Sử dụng phần mềm SPSS 14.0.
- Các tính toán có ý nghĩa với $p < 0,05$.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin riêng của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng xét duyệt của Trường Đại học Y Hà Nội, Bộ Giáo dục và Đào tạo ra quyết định công nhận. Nghiên cứu được Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh và Đại học Y Hà Nội chấp nhận.

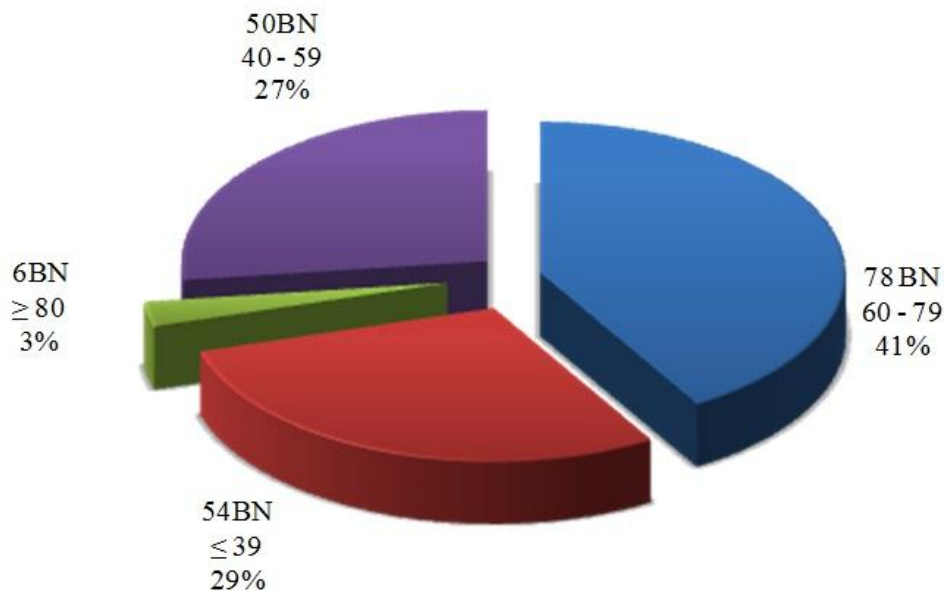
CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 188 TH được CTMNS điều trị VTMC tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh từ tháng 12/2012 đến tháng 12/2014

3.1. Đặc điểm chung

3.1.1 Tuổi

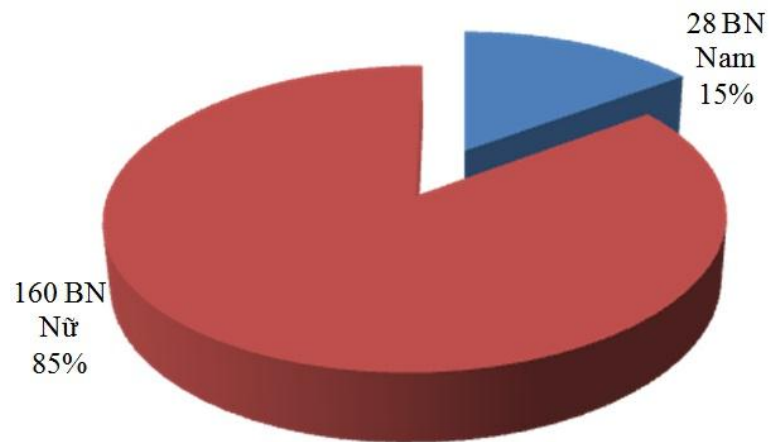


Biểu đồ 3.1. Tuổi

Nhận xét:

+ *Lựa tuổi thường gặp: 60 – 79 tuổi (41%), tuổi thấp nhất là 16, tuổi cao nhất là 84, tuổi trung bình: $56,12 \pm 10,84$.*

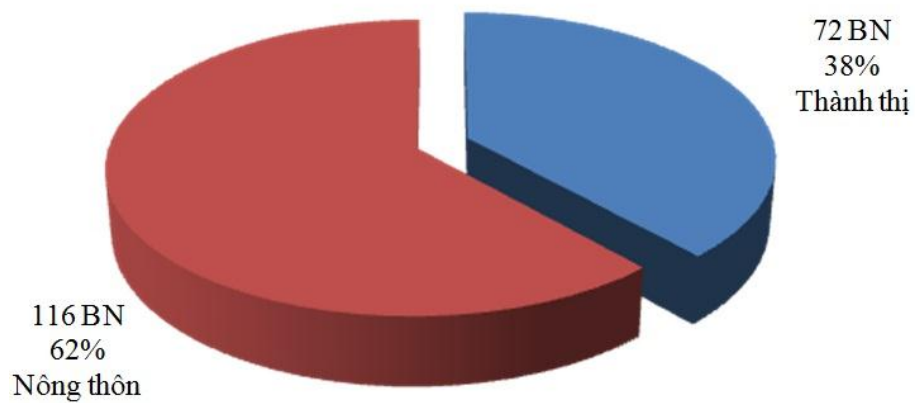
3.1.2. Giới



Biểu đồ 3.2. Giới tính

Nhận xét: nữ gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam là: 5/1.

3.1.3. Địa dư



Biểu đồ 3.3. Địa dư

Nhận xét: BN ở vùng nông thôn nhiều hơn ở thành thị (62% so với 38%)

3.1.4. Tiền sử

Bảng 3.2 Tiền sử

Tiền sử	BN	n	%
Tăng HA		69	36,7%
Viêm phế quản mạn		25	13,3%
Bệnh viêm dạ dày		30	15,9%
Đái tháo đường		32	17,0%
Vết mổ cũ trên rốn		3	1,6
Vết mổ cũ dưới rốn		9	4,8

Nhận xét: BN có tiền sử tăng HA gặp nhiều nhất (36,7%), có một số BN có 2 – 3 bệnh phối hợp đi kèm.

3.1.5. Thời điểm nhập viện từ khi có triệu chứng đầu tiên

Bảng 3.3. Thời điểm nhập viện từ khi có triệu chứng đầu tiên

Thời điểm nhập viện	Số bệnh nhân	%
<72 giờ	139	73,9
≥72 giờ	49	26,1%
Tổng	188	100

Nhận xét:

+ 73,9% TH nhập viện < 72 giờ.

+ 26,1% TH nhập viện ≥ 72 giờ.

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Lâm sàng

3.2.1.1. Toàn thân

Bảng 3.4. Nhiệt độ lúc vào viện

Nhiệt độ	Bệnh nhân			p
	n(188)	Mổ < 72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 59)	
T ⁰ < 37,5 ⁰ C	39(20,7%)	35 (27,1%)	4 (6,8%)	<0,001
T ⁰ : 37,5 ⁰ C - 38 ⁰ C	64 (34%)	50 (38,8%)	14 (23,7%)	0,013
T ⁰ > 38 ⁰ C	85 (45,2%)	44 (34,2%)	41 (69,5%)	<0,001

Nhận xét: 85 TH (45,2%) sốt cao (T⁰ >38⁰C), ở nhóm mổ ≥ 72 giờ gặp 41 TH (69,5%), trong khi nhóm mổ < 72 giờ chỉ gặp 44 TH (34,2%).

3.2.1.2 Triệu chứng đau

Bảng 3.5. Triệu chứng đau

Triệu chứng đau		Bệnh nhân			p
		n	Mổ < 72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 59)	
Vị trí	DSP	60 (31,9%)	55 (42,6%)	5 (8,5%)	0,961
	Thượng vị	24 (12,8%)	14 (10,9%)	10 (16,9%)	0,245
	DSP + thượng vị	104 (55,3%)	60 (46,5%)	44 (74,6%)	<0,001
Tính chất	Âm ỉ	74 (39,4%)	61 (47,3%)	13 (22%)	0,961
	Dữ dội	19 (10.1%)	5 (3.9%)	14 (23,8%)	<0,001
	Thành cơn	95 (50,3%)	63 (48,8%)	32 (54,2%)	<0,001

Nhận xét:

+ Đau bụng âm ỉ gặp 39,4%.

+ Đau bụng dữ dội gặp ở nhóm mổ ≥ 72 giờ cao hơn nhóm mổ < 72 giờ (23,8% so với 3,9%).

3.2.1.3. Thực thể**Bảng 3.6. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng thực thể	Bệnh nhân			p
	n (188)	Mổ < 72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 59)	
Đau điểm TM	85 (45,2%)	72 (55,8%)	13 (20,0%)	
Sờ chạm TM	28 (14,9%)	10 (7,7%)	18 (30,5%)	
Phản ứng DSP	75 (39,8%)	47 (36,5%)	28 (47,5%)	0,013

Nhận xét: dấu hiệu sờ chạm TM, phản ứng DSP xuất hiện ở nhóm BN mổ ≥ 72 giờ nhiều hơn nhóm mổ < 72 giờ, khác biệt có ý nghĩa ($p=0,013$).

3.2.2. Cận lâm sàng**3.2.2.1. Công thức máu****Bảng 3.7. Số lượng bạch cầu**

		Bệnh nhân			p
		n	Mổ < 72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 59)	
SLBC	< 10 G/L	52 (27,7%)	46 (35,6 %)	6 (10,2%)	$< 0,001$
	$\geq 10 - 15$ G/l	90 (47,9%)	63 (48,8%)	27 (45,7%)	
	> 15 G/l	46 (24,5%)	20 (15,5%)	26 (44,1%)	
	BCTT $\geq 80\%$	158 (84,0%)	99 (76,7%)	59 (100%)	$< 0,001$

SLBC: số lượng bạch cầu; BCTT: bạch cầu trung tính.

Nhận xét: nhóm mổ ≥ 72 giờ có 44,1% BC > 15 G/l, 100% có tỉ lệ BCTT $\geq 80\%$, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

3.2.2.2. Sinh hóa máu

Bảng 3.8 . Sinh hóa máu

Chỉ số xét nghiệm	Bệnh nhân			p
	n	Mổ < 72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 59)	
Đường huyết >7 mmol/l	45 (23,9%)	35 (27,1%)	10 (16,9%)	0,245
Bilirubin > 19 mmol/l	60 (31,9%)	35 (27,1%)	25 (42,4%)	0,013
GOT, GPT > 60 U/l	65 (34,6%)	41 (31,8%)	24 (40,7%)	0,013

Nhận xét: trên 50% TH mổ ≥ 72 giờ có men gan và bilirubin máu tăng, khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,013$).

3.2.2.3. Siêu âm bụng

Bảng 3.9. Siêu âm bụng

Siêu âm	Bệnh nhân			p
	n	Mổ < 72 giờ (n=129)	Mổ ≥ 72 giờ (n=59)	
TM to	188 (100%)	129 (100%)	59 (100%)	-
Thành TM dày ≥ 4-6mm	40 (21,3%)	30 (23,2%)	10 (17,0%)	<0,001
>6-8mm	96 (51,1%)	78 (60,5%)	18 (30,5%)	
>8mm	52 (27,7%)	21 (16,3%)	31 (52,5%)	
TM có sỏi	172 (91,5%)	123 (95,3%)	49 (83,0%)	<0,001
TM không có sỏi	12 (6,4%)	4 (3,1%)	8 (13,5%)	
TM có polyp	4 (2,1%)	2 (1,5%)	2 (3,4%)	
Sỏi kẹt cổ TM	29 (15,4%)	26 (20,1%)	3 (5,1%)	0,008
Dịch quanh TM	72 (38,3%)	13 (10,1%)	59 (100%)	<0,001

Nhận xét:

+ 100% có TM to và thành dày, trong đó thành dày > 8mm gặp ở nhóm mổ ≥ 72 giờ: 52,5% cao hơn nhóm mổ < 72 giờ: 16,3%.

+ Nhóm mô < 72 giờ gặp 20,1% có sỏi kẹt cổ TM.



Hình 3.10. Hình ảnh dịch xung quanh TM, TM thành dày của VTM cấp do sỏi.

(Thạch Thị H. 65T, MHS: 10167)

3.2.3. Chẩn đoán

3.2.3.1. Nguyên nhân

Bảng 3.10. Nguyên nhân

Nhóm BN \ Nguyên nhân	VTMC do sỏi (n= 172)	VTMC không sỏi (n=12)	VTMC/BN có polyp (n=4)
Mô < 72 giờ (n=129;68,6%)	126 (73,3%)	1(8,3%)	2 (50%)
Mô ≥ 72 giờ (n=59;31,4%)	46 (26,7%)	11(91,7%)	2 (50%)

Nhận xét: 172 TH (91,5%) VTMC do sỏi, trong đó có 68,6% TH mổ < 72 giờ.

3.2.3.2. Phân loại bệnh nhân theo ASA

Bảng 3.11. Phân loại bệnh nhân theo ASA

Phân loại bệnh nhân		Thời điểm mổ		p
		Mổ <72 giờ (n=129)	Mổ ≥ 72 giờ (n=59)	
Điểm ASA	ASA1 (n=98; 52,1%)	74(57,4%)	24 (40,7%)	0,031
	ASA2 (n=90; 47,9%)	55(42,6%)	35(59,3%)	

Nhận xét: 52,1% bệnh nhân có điểm ASA: 1.

3.3. Ứng dụng CTMNS điều trị VTMC

3.3.1. Chỉ định mổ: Dựa theo mức độ viêm của TM

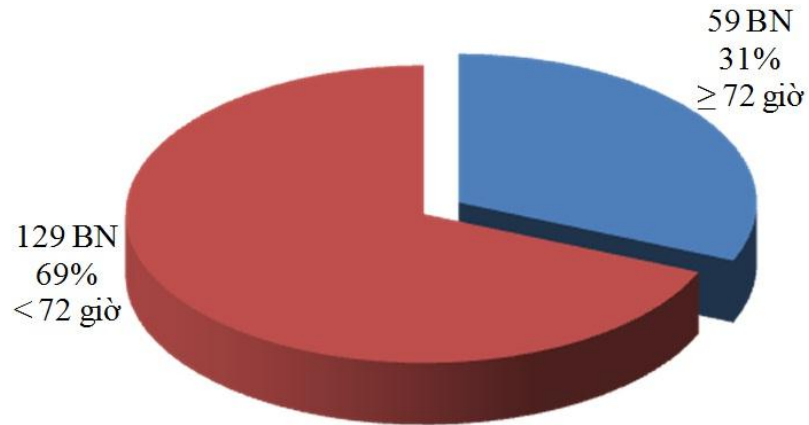
Bảng 3.12. Mức độ viêm của TM

Mức độ viêm TM	Mổ < 72 giờ	Mổ ≥ 72 giờ
Viêm TM nhẹ (n = 98)	88 (89,8%)	10 (10,2%)
Viêm TM vừa (n = 90)	41 (45,6%)	49 (54,4%)
Tổng (n =188)	129 (68,6%)	59 (31,4%)

Nhận xét:

- + 89,8% VTMC mức độ nhẹ được PT < 72 giờ.
- + 54,4% VTMC mức độ vừa được PT ≥ 72 giờ.

3.3.2. Thời điểm mổ



Biểu đồ 3.4. Thời điểm mổ

3.3.3. Đánh giá tổn thương trong mổ

3.3.3.1. Túi mật

Bảng 3.13. Túi mật

Tổn thương TM	Nhóm bệnh nhân			p
	n	Mổ <72 giờ (n=129)	Mổ ≥ 72 giờ (n=59)	
TM to, thành dày	188 (100%)	129 (100%)	59 (100%)	-
TM viêm phù nề	98 (52,1%)	91 (70,5%)	7 (11,9%)	<0,001
TM viêm mủ	21 (11,2%)	8 (6,2%)	13 (22,0%)	0,059
TM hoại tử	69 (36,7%)	30 (23,2%)	39 (66,1%)	<0,001
Dịch quanh TM	72 (38,3%)	13 (10,1%)	59 (100%)	<0,001
Sỏi kẹt cổ TM	32 (17%)	28 (21,7%)	4(6,8%)	0,002

Nhận xét:

+ 100% TM to thành dày.

+ TM viêm phù nề gặp chủ yếu ở nhóm mổ < 72 giờ: 70,5%, TM hoại tử gặp ở nhóm mổ \geq 72 giờ: 66,1%.

3.3.3.2 Viêm dính TM**Bảng 3.14. Viêm dính TM**

Viêm dính TM		Nhóm bệnh nhân			p
		(n = 188)	Mổ <72 giờ (n=129)	Mổ \geq 72 giờ (n=59)	
TM viêm dính	ít	103 (54,8%)	89 (69,0%)	14 (23,7%)	0,009
	nhiều	85 (45,2%)	40(31,0%)	45 (76,3%)	<0,001

Nhận xét: TM viêm dính nhiều gặp chủ yếu ở nhóm mổ \geq 72 giờ: 59,3%, tỷ lệ này ở nhóm mổ < 72 giờ: 38,8%.

3.3.3.3. Viêm dính tam giác Calot và ống TM**Bảng 3.15. Viêm dính tam giác Calot và ống TM**

Mức độ viêm dính		Nhóm bệnh nhân			p
		(n = 188)	Mổ <72 giờ (n=129)	Mổ \geq 72 giờ (n=59)	
Tam giác Calot	Dính ít	88 (46,8%)	78 (60,5%)	10 (16,9%)	<0,001
	Dính nhiều	100 (53,2%)	51 (39,5%)	49 (83,1%)	
Ống TM	Dính ít	76 (40,4%)	66(51,2%)	10 (16,9%)	<0,001
	Dính nhiều	112 (59,6%)	63 (48,8%)	49 (83,1%)	

Nhận xét: 100% có viêm dính ở vùng tam giác Calot và ống TM.

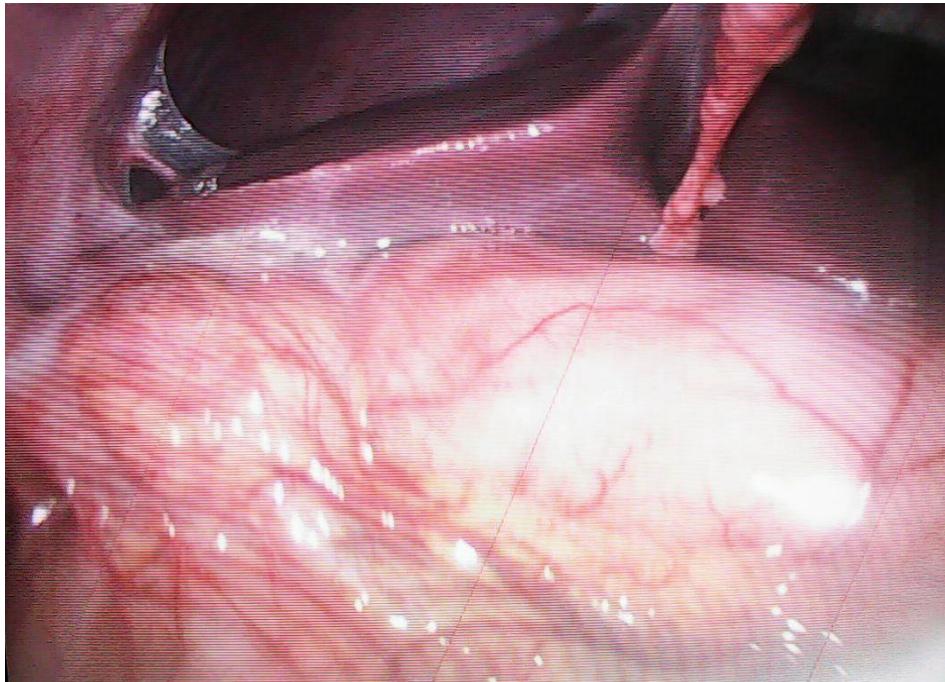
3.3.3.4. Mức độ PT khó theo P.Schrenck

Bảng 3.16. Mức độ PT khó theo P.Schrenck

Mức độ	(%)	Khó	Rất khó	p
Mổ <72 giờ	129 (68,6%)	99 (76,7%)	30(23,3%)	<0,001
Mổ ≥ 72giờ	59 (31,4%)	19 (32,2%)	40 (67,8%)	
Tổng số	188(100%)	118 (62,8%)	70 (37,2%)	

Nhận xét:

- + 100% PT ở mức độ khó và rất khó
- + PT ở mức độ rất khó gặp 67,8% nhóm mổ ≥ 72 giờ, tỉ lệ này ở nhóm mổ < 72 giờ là 23,3% . Khác biệt có ý nghĩa $p < 0,001$.



Hình 3.11. VTMC, mạc nối bao quanh TM

(Kim Thị H. 42T, MHS: 15297)



Hình 3.12. Viêm TM hoại tử, có dịch quanh TM
(Sơn Thị D. 54T, MHS: 352)



Hình 3.13. VTMC, thành phù nề
(Kiên M. 70T, MHS: 44024)

3.3.4. Kỹ thuật cắt TM

Bảng 3.17. Kỹ thuật cắt TM

Kỹ thuật	(n=188)	Mổ <72 giờ (n=129)	Mổ ≥ 72 giờ (n=59)	P
Cắt TM ngược dòng	168 (89,4%)	127 (98,4%)	41 (69,5%)	<0,001
Cắt TM xuôi dòng	5 (2,6%)	1 (0,8%)	4 (6,8%)	
Cắt gần toàn bộ TM	15 (8,0%)	1 (0,8%)	14 (23,7%)	

Nhận xét:

+ Cắt TM ngược dòng: 89,4%.

+ Cắt TM xuôi dòng và cắt gần toàn bộ TM ở nhóm mổ ≥ 72 giờ 6,8% và 23,7%, nhiều hơn ở nhóm mổ < 72 giờ là 0,8% và 0,8%, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

3.3.5. Kỹ thuật hỗ trợ

Bảng 3.18. Kỹ thuật hỗ trợ

Kỹ thuật hỗ trợ	Nhóm bệnh nhân			P
	(n = 188)	Mổ <72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 59)	
Chọc hút dịch TM	53 (39,9%)	20 (15,5%)	33 (55,9%)	<0,001
Khâu cột ống cổ TM	10 (5,3%)	4 (3,1%)	6 (10,2%)	0,045
Đặt spongel giường TM	9 (4,8%)	3 (2,3%)	6 (10,2%)	0,019
Tổng	72	27	45	

Nhận xét:

+ 55,9% TH mổ ≥ 72 giờ phải chọc hút TM trong mổ trước khi cắt TM.

+ 10,2% TH mổ ≥ 72 giờ phải hỗ trợ khâu cột ống cổ TM.

3.4. Kết quả CTMNS điều trị VTMC và một số yếu tố liên quan

3.4.1. Trong mổ

3.4.1.1. Chuyển MM

Bảng 3.19. Nguyên nhân chuyển MM

Nguyên nhân	Nhóm bệnh nhân			p
	(n = 188)	Mổ <72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 59)	
Khó khăn về kỹ thuật	20 (10,6%)	11 (8,5%)	9 (15,2%)	0,03
+ Không nhận rõ được giải phẫu	5 (2,6%)	2 (1,5%)	3 (5,1%)	
+ TM dính nhiều hoặc hoại tử	15 (8,0%)	6 (4,7%)	9 (15,3%)	
Tai biến	8 (4,2%)	4 (3,1%)	4 (6,8%)	0,02
+ Chảy máu	7 (3,7%)	2 (1,6%)	5 (8,8%)	
+ Tổn thương tá tràng	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (1,7%)	
Tổng	28 (14,9%)	15 (11,6%)	13 (22,0%)	0,043

Nhận xét:

Tỷ lệ chuyển MM giữa hai nhóm < 72 giờ và ≥ 72 giờ: 11,6% so với 22%, khác biệt có ý nghĩa ($p=0,043$).

Chuyển MM do chảy máu ở nhóm mổ ≥ 72 giờ là 8,8% và nhóm mổ < 72 giờ là 1,6%, khác biệt có ý nghĩa ($p=0,02$).



Hình 3.14. Chọc hút dịch TM bằng kim qua thành bụng
(Lâm Thị H. 62T, MHS: 54553)

3.4.1.2. Thời gian mổ

Bảng 3.20. Thời gian mổ

Thời gian mổ (phút)	Nhóm bệnh nhân			p
	(n =160)	Mổ <72 giờ (n=114)	Mổ ≥ 72 giờ (n=46)	
≤ 90	118 (73,8%)	99 (86,8%)	19 (41,3%)	<0,001
> 90	42 (26,2%)	15 (13,2%)	27 (58,7%)	
Thời gian mổ TB	71,56±13,21	56,11±13	95,45±11	0,034

Nhận xét:

73,8% TH có thời gian mổ trong vòng 90 phút, nhóm mổ < 72 giờ chiếm 86,8%, nhóm mổ ≥ 72 giờ chiếm 41,3%, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Thời gian mổ trung bình của nhóm mổ ≥ 72 giờ là $95,45 \pm 11$ phút dài hơn nhóm mổ < 72 giờ $56,11 \pm 13$ phút, khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,034$).

3.4.1.3. Tai biến

Bảng 3.21. Tai biến

Tai biến	Nhóm bệnh nhân			P
	(n = 160)	Mổ <72 giờ (n = 114)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 46)	
Thủng TM + rơi sỏi	18 (11,3%)	7 (6,1%)	11 (23,9%)	0,001
Chảy máu	7 (4,4%)	3 (2,6%)	4 (8,7%)	0,089
Tổn thương tá tràng	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (2,2%)	0,114
Tai biến khác	5 (3,1%)	2 (1,8%)	3 (6,5%)	0,117
Tổng	31 (19,4%)	12 (10,5%)	19 (41,3%)	<0,001

Nhận xét:

Tai biến chung trong PT gặp 19,4%, nhóm mổ ≥ 72 giờ gặp 41,3%, nhóm mổ < 72 giờ gặp 10,5%, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Tai biến khác 5 TH (3 TH rách bao gan, 2 TH rách mạc nối lớn).

3.4.2. Sau mổ

3.4.2.1. Diễn biến chung

Bảng 3.22. Diễn biến chung

Diễn biến chung		Nhóm bệnh nhân			p
		(n = 160)	Mổ <72giờ (n = 114)	Mổ ≥ 72giờ (n = 46)	
Sốt		19 (11,9%)	12 (10,5%)	7 (15,2%)	<0,001
Đau sau mổ	Đau ít	118 (73,7%)	92 (80,7%)	26 (56,5%)	<0,001
	Đau vừa	22 (13,7%)	18 (15,8%)	4 (8,7%)	
	Đau nhiều	20 (12,5%)	4 (3,5%)	16 (34,8%)	
Thời gian trung tiện	Trước 24giờ	115 (71,9%)	97 (85,1%)	18 (39,1%)	<0,001
	24-48 giờ	35 (21,9%)	15 (13,1%)	20 (43,5%)	
	Sau 48 giờ	10 (6,2%)	2 (1,7%)	8 (17,4%)	
Kháng sinh	2 kháng sinh	124 (77,5%)	105 (92,1%)	19 (41,3%)	<0,001
	3 kháng sinh	36 (22,5%)	9 (7,9%)	27 (58,7%)	

Nhận xét:

Có sự khác biệt về sốt sau mổ giữa hai nhóm mổ < 72 giờ và ≥ 72 giờ ($p < 0,001$).

Nhóm mổ ≥ 72 giờ, đau sau mổ nhiều hơn nhóm mổ < 72 giờ: 34,8% và 3,5%, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

3.4.2.2. *Biến chứng***Bảng 3.23. Biến chứng**

Biến chứng	Nhóm bệnh nhân			p
	(n = 160)	Mổ <72 giờ (n = 114)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 46)	
Nhiễm khuẩn vết mổ	6 (3,7%)	3 (2,6%)	3 (6,5%)	0,241
Tụ dịch dưới gan	9 (5,6%)	4 (3,5%)	5 (10,9%)	0,067
Chảy máu qua dẫn lưu	1 (0,6%)	1 (0,9%)	0 (0%)	0,524
Rò mật	6 (3,7%)	3 (2,6%)	3 (6,5%)	0,241
Tổng	22 (13,7%)	11 (9,6%)	11 (23,9%)	0,018

Nhận xét: biến chứng sau mổ: 13,7%.

3.4.2.3. *Xử trí biến chứng***Bảng 3.24. Xử trí biến chứng**

Xử trí	n = 160	%
Thay băng vết mổ	9	5,6%
Tăng kháng sinh	10	6,2%
Nội soi mật tụy đặt stent	3	1,9%
Tổng cộng	22	13,7%

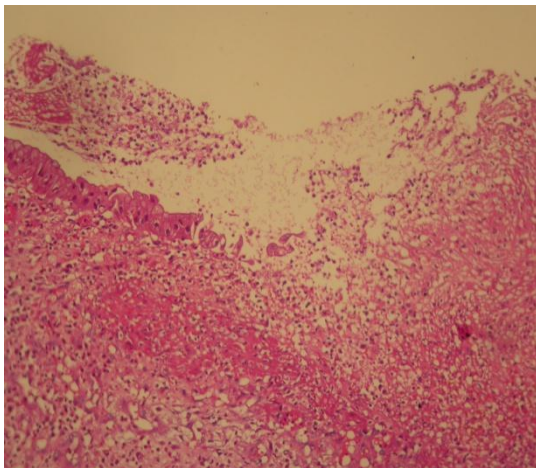
Nhận xét:

Hầu hết các biến chứng sau mổ được điều trị bảo tồn đạt kết quả tốt.

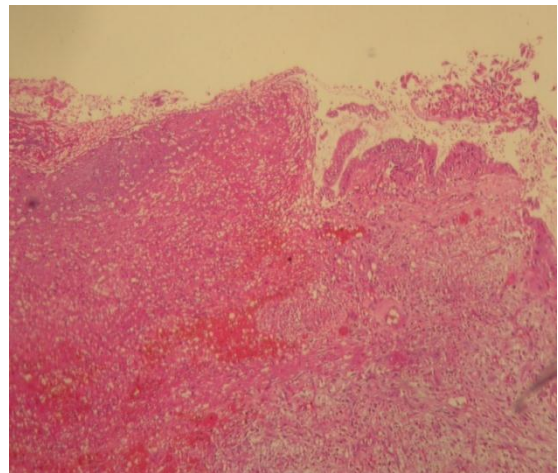
3.4.2.4. Giải phẫu bệnh.

Bảng 3.25. Giải phẫu bệnh

Vi thể	Nhóm bệnh nhân			p
	(n=188)	Mổ < 72 giờ (n = 129)	Mổ ≥ 72 giờ (n =59)	
Viêm phù nề	102 (54,2%)	95 (73,6%)	7 (11,9%)	<0,001
Viêm mủ	21 (11,2%)	14 (10,9%)	7 (11,9%)	
Viêm hoại tử	65 (34,6%)	20 (15,5%)	45(76,3%)	

**Hình 3.15. Vi thể viêm TM mủ****(Kiên M. 70 T, MHS: 44024)**

- Loét mất lớp liên bào phủ
- Xâm nhập BC đa nhân dày đặc và thoái hoá mủ.
- Chảy máu lan toả.

**Hình 3.16. Vi thể viêm TM hoại tử****(Son Thị D. 54 T, MHS: 352)**

- Niêm mạc mất hết cấu trúc, thay vào là tổ chức hoại tử và tế bào mủ.
- Tế bào mủ xâm nhập lan toả dày đặc.
- Chảy máu lan toả toàn bộ

3.4.2.5. Nuôi cấy vi khuẩn

Bảng 3.26. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn

Kết quả nuôi cấy		n	%
Không cấy vi khuẩn		20	10,6 %
Cấy	Có vi khuẩn	114	60,6 %
	Không có vi khuẩn	54	28,8 %
Tổng số		188	100%

Nhận xét: có vi khuẩn trong dịch mật: 60,6%.

3.4.2.6. Loại vi khuẩn

Bảng 3.27. Loại vi khuẩn

Tên vi khuẩn	n	%
<i>E. coli</i>	54	47,4%
<i>Klebsiella</i>	17	14,9%
<i>Trực khuẩn mủ xanh</i>	11	9,6%
<i>Enterococci</i>	32	28,1%
Tổng số	114	100%

Nhận xét: Loại vi khuẩn thường gặp là *E.coli* chiếm 47,4% tiếp đến là *Enterococci* chiếm 28,1%.

3.4.2.7. Thời gian nằm viện

Bảng 3.28. Thời gian nằm viện

Ngày nằm viện	Nhóm bệnh nhân			p
	(n =160)	Mổ < 72 giờ (n = 114)	Mổ ≥ 72 giờ (n = 46)	
4-6	138(86,3%)	110(96,5%)	28(60,9%)	<0,001
7-10	12(7,5%)	2(1,7%)	10(21,7%)	
> 10	10(6,3%)	2(1,7%)	8(17,4%)	
Ngày trung bình	8,2 ± 3,4	7,1 ± 1,4	9,3 ± 2,6	0,04

Nhận xét:

Ngày nằm viện trung bình của 2 nhóm là 8,2 ± 3,4 ngày, nhóm mổ < 72 giờ là 7,1 ± 1,4 ngày, nhóm mổ ≥ 72 giờ là 9,3 ± 2,6 ngày, khác biệt có ý nghĩa (p=0,04)

3.4.3. Kết quả chung

Bảng 3.29.. Kết quả chung

Kết quả chung		Nhóm bệnh nhân			p
		(n=188)	Mổ <72giờ (n=129)	Mổ ≥ 72giờ (n=59)	
Mổ nội soi (n = 160)	Tốt	131(81,9%)	104(91,2%)	27 (58,7%)	<0,001
	Trung bình	29(18,1%)	10(8,8%)	19(41,3%)	
	Xấu	0	0	0	
Chuyển MM (n = 28)	Tốt	15(53,5%)	12(42,9%)	3(10,7%)	<0,001
	Trung bình	13(46,5%)	3(10,7%)	10(35,7%)	
	Xấu	0	0	0	

Nhận xét:

Kết quả PTNS: tốt 81,9%, trung bình 18,1%.

3.4. 4. Một số yếu tố liên quan

3.4.4.1. Lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian mổ và chuyển MM.

Bảng 3.30. Lâm sàng, CLS, thời gian mổ và chuyển MM

Yếu tố liên quan	Thời gian mổ (phút)		Chuyển MM (n=28)	p
	≤ 90 phút (n=118)	> 90 phút (n=42)		
Phản ứng DSP	28(23,7%)	30(71,4%)	25(89,3%)	<0,001
BC >15G/l	19(16,1%)	22(52,4%)	22(78,6%)	
Thành TM >8mm	25(21,2%)	26(61,9%)	20(71,4%)	
Dịch quanh TM	20(16,9%)	25(59,5%)	24(85,7%)	

Nhận xét:

Tỷ lệ phản ứng thành bụng DSP, BC > 15G/l, thành TM > 8mm và dịch quanh TM gặp ở TH có thời gian mổ kéo dài > 90 phút cao hơn các TH có thời gian mổ ≤ 90 phút, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

3.4.4.2. Tổn thương TM và tai biến trong mổ

Bảng 3.31. Tổn thương TM và tai biến trong mổ

Tai biến \ Tổn thương TM	VTM phù nề	VTM mũ	VTM hoại tử	p
Chảy máu (n = 7)	1 (14,3%)	2(28,6%)	4(57,1%)	0,075
Thủng túi mật (n = 18)	3(16,7%)	3(16,7%)	12(66,7%)	0,003
Tổn thương tá tràng (n = 1)	0	0	1 (100%)	
Tai biến khác (n = 5)	1(20%)	1(20%)	3(60%)	0,297

Nhận xét:

Tỷ lệ thủng TM gặp ở bệnh nhân VTM hoại tử 66,7% nhiều hơn VTM phù nề và VTM mũ, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,003$)

3 TH rách bao gan, 2 TH rách mạc nối lớn: xử trí đốt cầm máu.

1 TH tổn thương tá tràng (100%) gặp ở nhóm VTM hoại tử.

3.4.4.3. Tổn thương TM và phương pháp cắt TM**Bảng 3.32. Tổn thương TM và phương pháp CTM**

Tổn thương TM		VTM phù nề (n=102)	VTM mũ (n=21)	VTM hoại tử (n=65)	p
PP cắt TM	Cắt ngược dòng (n=168)	100 (59,5%)	19(11,3%)	49(29,1%)	<0,001
	Cắt xuôi dòng (n=5)	1(20%)	1 (20%)	3(60%)	
	Cắt gần toàn bộ (n=15)	1(6,7%)	1(6,7%)	13(86,6%)	

Nhận xét:

Tỷ lệ cắt TM xuôi dòng và cắt TM gần toàn bộ ở nhóm VTM hoại tử cao hơn nhóm VTM phù nề và VTM mũ, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

3.4.4.4. *Tổn thương TM và kỹ thuật kết hợp***Bảng 3.33. Tổn thương TM và kỹ thuật kết hợp**

Kỹ thuật		Tổn thương TM	VTM phù nề (n = 102)	VTM mũ (n = 21)	VTM hoại tử (n = 65)	p
		Kỹ thuật kết hợp (n = 188)	Chọc hút TM (n=53; 28,2%)		13 (24,5%)	8 (15,1%)
Khâu cột cổ TM (n = 10; 5,3%)			1(10%)	2(20%)	7(70%)	<0,001
Dẫn lưu dưới gan (n =92; 48,9%)			24 (23,5%)	10(10,8%)	58 (89,2%)	<0,001

Nhận xét:

+ Chọc hút làm xẹp TM áp dụng ở bệnh nhân VTM hoại tử 60,4% nhiều hơn VTM phù nề 24,5% và VTM mũ 15,1%, khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

3.4.4.5. *Nhiễm khuẩn và tình trạng tổn thương TM***Bảng 3.34. Nhiễm khuẩn và tình trạng tổn thương TM**

Nuôi cấy	VTM phù nề	VTM mũ	VTM hoại tử	p
Có vi khuẩn (n = 114; 60,6%)	42 (41,2%)	20(95,2%)	52 (80%)	<0,001
Không có vi khuẩn (n = 54; 28,8%)	43 (42,1%)	1 (4,8%)	10(15,4%)	

Nhận xét:

VTM mũ và viêm TM hoại tử cấy có vi khuẩn là :95,2% và 80%

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

4.1.1. Tuổi

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của BN là $56,12 \pm 10,84$, tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, tuổi cao nhất là 84 tuổi. Độ tuổi từ 60 - 79 gặp nhiều nhất chiếm 41% (biểu đồ 3.1). Kết quả thu được tương tự như số liệu của một số nghiên cứu trong nước [10], [35], [83], [85]. Theo Đỗ Kim Sơn và cộng sự [26] tuổi trung bình là 56,6 tuổi hay gặp từ 50-80, theo Lê Quang Minh [97] tuổi trung bình là 61, tuổi thấp nhất là 18 tuổi, tuổi cao nhất là 95. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải [83] với 66 TH tuổi trung bình là 55,8 (31-87 tuổi), Đặng Thành Đông [101] tuổi trung bình là $56,2 \pm 16,7$ (27-90 tuổi).

Chúng tôi thống nhất với ý kiến của các tác giả Salameh (2004) [103], Yi.N.J, Han, Min (2006) [69], Nguyễn Thành Lam (2007) [104], Hoàng Việt Dũng (2006) [105], Salam (2012) [14] trước những BN lớn tuổi bị VTMC phải cân nhắc kỹ để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp nhất. Saraki, Obuchi [106], Weber [107] cho rằng tuổi cao không phải là yếu tố quyết định mức độ nặng của bệnh nhưng đó là yếu tố cần phải lưu ý khi chỉ định PT và tiên lượng bệnh.

4.1.2. Giới

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 160 TH (85%) nữ và 28 TH (15%) nam, tỷ lệ nam trên nữ là 1/5 (biểu đồ 3.2). Nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải [79] tỷ lệ nam trên nữ là 1/3, Lê Quang Minh [97] tỷ lệ nam trên nữ là 1,7/1, Vũ Bích Hạnh [35] (nam 55%, nữ 45%), nghiên cứu của Trần Văn Phơi [36] tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ nữ trên nam là 4/1.

Bảng 4.35. Phân bố giới tính theo các tác giả

Tác giả	Nam	Nữ
Hoàng Mạnh An (n=65) (2009) [85]	53,8%	46,2%
Vũ Bích Hạnh (n=60) (2010) [35]	55,0%	45,0%
Nguyễn Tấn Đạt (n=106) (2009) [10]	36,8%	63,2%
Lê Quang Minh (n=158) (2013) [97]	62,7%	37,3%
Chúng tôi (n=188)	15%	85%

4.1.3. Địa dư

Đỗ Trọng Hải [79] nghiên cứu 115 TH VTMC do sỏi thấy tỷ lệ mắc bệnh của BN sống ở vùng nông thôn là 63,5%, khu vực thành thị là 36,5%; ngược lại, thống kê của Nguyễn Văn Nghĩa [108] cho thấy tỷ lệ mắc bệnh của BN sống ở thành thị là 58,27%, BN sống ở vùng nông thôn là 41,73%. Biểu đồ 3.3 cho thấy 62% TH sống ở vùng nông thôn, và 38% TH sống ở thành thị, sự khác biệt tỷ lệ mắc bệnh giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Theo chúng tôi sự khác biệt này do dân số ở Trà Vinh sống bằng nghề nông là chủ yếu, điều kiện sinh sống còn gặp nhiều khó khăn, mặt khác ăn uống không đảm bảo vệ sinh (thói quen dùng nước ao hồ để nấu ăn và sinh hoạt) nên dễ bị nhiễm các ký sinh trùng đường ruột đưa đến bệnh sỏi mật tăng cao.

4.1.4. Tiền sử

Trong nghiên cứu độ tuổi từ 60 trở lên chiếm 44%, chính vì vậy tỷ lệ các bệnh mạn tính kèm theo là khá cao (bảng 3.2). Ở người lớn tuổi có các bệnh nội khoa đi kèm là vấn đề trở ngại cho việc lựa chọn để mổ nội soi.

Bệnh tăng huyết áp gặp 69 TH (36,7%) so sánh thấy kết quả này cao hơn của Lê Quang Minh [97] tác giả chỉ gặp 22,1%; viêm phế quản mạn tính gặp ở 25 TH chiếm 13,3%, thống kê của Vũ Bích Hạnh [35] gặp 8,33%. Viêm phế quản mạn trên BN lớn tuổi mổ cấp cứu phải gây mê nội khí quản là một vấn đề khó khăn và nguy

cơ suy hô hấp sau mổ rất cao. Do vậy đối với các bệnh nhân VTMC kèm viêm phế quản mạn cần có biện pháp điều trị hỗ trợ thích hợp trước và sau mổ. Kết quả thống kê gặp 15,9% bệnh dạ dày tá tràng, tỷ lệ này thấp hơn thống kê của Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn (2005) [83] là 20,9%; trong thống kê gặp 32 TH (17%) đái tháo đường type II. Tỷ lệ đái tháo đường theo nghiên cứu của Vũ Bích Hạnh [35] 15% tương tự kết quả thu được; thống kê của Nguyễn Văn Nghĩa [108] gặp 20,8% cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 3.2 cho thấy 12 TH (6,4%) có tiền sử mổ bụng cũ (3 TH sẹo mổ trên rốn, 9 TH sẹo mổ dưới rốn), trong đó có 3 TH khâu thủng dạ dày tá tràng, 2 TH mổ sản, 7 TH mổ cắt ruột thừa. Viêm dính thường gặp ngay phía dưới vết mổ cũ do đó khi đặt trocar đầu tiên ngoài việc áp dụng phương pháp mở, các tác giả khuyên nên lựa chọn vị trí xa vết mổ cũ [8], [80], [109], [110].

4.1.5. Thời điểm nhập viện

Kết quả của bảng 3.3 cho thấy có 139 TH (73,9%) nhập viện ở thời điểm < 72 giờ sau khi có triệu chứng đầu tiên, 49 TH (26,1%) nhập viện \geq 72 giờ. Tất cả BN được chẩn đoán và cho làm xét nghiệm để chuẩn bị tiến hành PT. Trong số 188 TH được chẩn đoán VTMC có 129 TH được mổ < 72 giờ, có 10 TH nhập viện < 72 giờ và đã hoàn thành các xét nghiệm cần thiết, song lại được tiến hành mổ \geq 72 giờ vì có các bệnh lý kèm theo cần điều trị nội khoa trước mổ. Đối với VTMC thời điểm vào viện ảnh hưởng nhiều đến kết quả PT vì bệnh tiến triển cấp tính, mức độ tổn thương của TM có thể thay đổi theo giờ.

Lê Quang Minh [97] nghiên cứu 158 TH CTMNS điều trị VTMC có 125 TH (79,1%) nhập viện < 72 giờ và 33 TH (20,9%) nhập viện \geq 72 giờ. Phan Khánh Việt [84] thống kê 229 TH CTMNS điều trị VTMC: có 147 TH (64,4%) nhập viện < 72 giờ và 82 TH (35,6%) nhập viện \geq 72 giờ. Hoàng Mạnh An [85] thống kê 65 TH CTMNS điều trị VTMC thấy có 44 TH (68,8%) nhập viện < 72 giờ, 21 TH (31,2%) nhập viện \geq 72 giờ, kết quả của chúng tôi tương tự với các tác giả trên. Nghiên cứu của Vũ Bích Hạnh [35] qua 60 TH CTMNS điều trị VTMC thấy có 17 TH (28,3%)

nhập viện < 72 giờ và 43 TH (71,6%) nhập viện \geq 72 giờ. Cho thấy số BN mổ < 72 giờ thấp hơn nhiều so với BN mổ \geq 72 giờ.

4.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng

4.2.1. Lâm sàng

4.2.1.1. Toàn thân: Sốt

VTMC là một tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính do đó dấu hiệu sốt có liên quan đến thời gian mắc bệnh của BN. Bảng 3.4 cho thấy: 100% TH có sốt; 85 TH (45,2%) sốt cao ($T^0 > 38^0C$), ở nhóm mổ \geq 72 giờ gặp 41 TH (69,5%), trong khi nhóm mổ < 72 giờ chỉ gặp 44 TH (34,2%), khác biệt có ý nghĩa với $P < 0,001$. Nghiên cứu của các tác giả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sốt qua các nghiên cứu rất khác nhau: Nguyễn Văn Nghĩa [108] gặp 56,8% , Nguyễn Văn Hải [83]: 57,6%, Phạm Văn Năng [75]: 26,2%, Văn Tần [98]: 28%, Nguyễn Cường Thịnh [90]: 56,8%. Hoàng Mạnh An [85], Vũ Bích Hạnh [35] ghi nhận tất cả BN nhập viện đều có sốt.

Shiong – Wen Low (2009) [9] nhận xét một số bệnh nhân VTMC nhưng không sốt, tác giả cho rằng do sự đáp ứng của cơ thể với tình trạng VTMC không giống nhau dù thời gian mắc bệnh như nhau, Kim Jeong (2008) [111], Kok Ren Lim (2007) [78] cũng thống nhất như vậy.

4.2.1.2. Cơ năng

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân đau bụng, đây là lý do chính làm bệnh nhân phải vào viện (bảng 3.5), 104 TH đau DSP kèm thượng vị , 60 TH đau DSP, 24 TH đau thượng vị. Thống kê của Vũ Bích Hạnh [35], Nguyễn Văn Hải [83], Nguyễn Tấn Cường [16] , Nguyễn Tấn Đạt [10] cũng thấy kết quả tương tự .

Thống kê tính chất đau cho thấy đau âm ỉ: 39,4%, đau thành con: 50,3%, có 19 TH (10,1%) đau dữ dội. Con đau dữ dội thường gặp trong các trường hợp VTM hoại tử.

4.2.1.3. Thực thể

- Đau điểm túi mật

Điểm TM ấn đau là một dấu hiệu quan trọng cần chú ý khi thăm khám bệnh nhân, vì điểm TM chỉ đau khi TM bị viêm, cường độ đau phụ thuộc vào mức độ tổn thương của TM. Bảng 3.6 cho thấy có 85 TH (45,2%) điểm TM đau. So sánh thống kê của Lê Quang Minh [97], Nguyễn Văn Hải [83], Văn Tần [98], Nguyễn Cường Thịnh [90], Jun Nakajima Akira Sasaki [113] thấy điểm TM ấn đau gặp: 87,1%-100%, thì tỷ lệ gặp đau điểm TM của chúng tôi thấp hơn các tác giả trên.

- Túi mật to

TM to không phải lúc nào cũng sờ thấy trên lâm sàng, khi TM căng to trong VTMC có thể sờ chạm dưới bờ sườn phải, di động theo nhịp thở, ấn tay vào bệnh nhân rất đau, khối này có thể to xuống quá ngang rốn. Bảng 3.6 cho thấy có 28 TH (14,9%) TM to được phát hiện qua thăm khám lâm sàng, tỷ lệ này tương đương tác giả Đỗ Trọng Hải [79] là 13,2% nhưng thấp hơn so với Lê Quang Minh [97] 65,2%, Hoàng Mạnh An [85] 84,6%.

Tỷ lệ sờ thấy TM to trên lâm sàng khác nhau tùy từng nghiên cứu do phụ thuộc nhiều yếu tố như: thành bụng của BN dày hay mỏng, mức độ to của TM và kinh nghiệm thăm khám của thầy thuốc. Tuy nhiên, khi đo kích thước trên SA thì kết quả 100% TH trong nghiên cứu có TM to (bảng 3.9). Kết quả này cũng được nhiều tác giả khác khẳng định trong nghiên cứu của mình [2], [11], [48], [112].

Bảng 4.36. Triệu chứng thực thể VTMC theo một số tác giả

Tác giả	Triệu chứng thực thể				
	Sốt	Đau DSP	Sờ thấy TM to	DSP có P/U'	Điểm TM ấn đau
Nguyễn Văn Hải (n = 66)[83]	38 (57,6%)	66 (100%)	14 (21,2%)	9 (13,6%)	13 (19,7%)
Phan Khánh Việt (n = 229) [84]	229 (100%)	229 (100)	198 (86%)	67 (29%)	
Hoàng Mạnh An (n = 65) [85]	65 (100%)	32 (49,2%)	55 (84,6%)	40 (61,5%)	65 (100%)
Vũ Bích Hạnh (n = 60) [35]	60 (100%)	60 (100%)	18 (30%)	10 (16,6%)	30 (50%)
Lê Quang Minh (n = 158) [97]	132 (83,6%)	154 (97,5%)	103 (65,2%)	97 (61,4%)	151 (95,6%)
Chúng tôi (n = 188)	154 (81,9%)	60 (31,9%)	28 (14,9%)	75 (39,8%)	85 (45,2%)

4.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

4.2.2.1. Công thức máu

- Số lượng bạch cầu (SLBC)

Một số TH nhập viện muộn (≥ 72 giờ) hoặc BN đã sử dụng các thuốc kháng sinh, kháng viêm nên quá trình viêm có phần nào bị ngăn chặn và do đó số lượng bạch cầu trong máu không tăng cao. Kết quả bảng 3.7 cho thấy: có 136 TH (72,4%) có SLBC tăng, trong đó tăng $\geq 10G/L$: 90 TH (47,9%), tăng $> 15G/L$: 46 TH (24,5%). Tỷ lệ BC trung tính $\geq 80\%$ gặp 158 TH (84,0%). Thống kê cho thấy ở nhóm mổ ≥ 72 giờ: bệnh nhân có số lượng bạch cầu trên 15G/L và tỷ lệ BC trung tính $\geq 80\%$, cao hơn rất nhiều so với nhóm mổ < 72 giờ (44,1% và 100% so với 15,5% và 76,7%).

Theo thống kê của Constantinos Simopoulos [86] theo dõi 315 TH VTMC được CTMNS nhận xét: SLBC $\geq 12\text{G/L}$, GPT, GOT tăng gấp nhiều ở nhóm bệnh nhân VTM mũ, nghiên cứu của Vũ Bích Hạnh [35] cho thấy BC $\geq 10\text{G/l}$ chiếm 88,3% (53 TH), Nguyễn Thành Lam [104] BC tăng chủ yếu trong các tổn thương viêm cấp tính của TM chiếm 73,0%, Nguyễn Cường Thịnh, Diêm Đăng Bình [73], Lê Lộc, Phạm Như Hiệp [100] đều ghi nhận tỷ lệ BC trung tính tăng cao ở các TH VTMC. Nguyễn Văn Nghĩa [108] BC tăng $\geq 10\text{G/l}$ chiếm 57,5% (80 TH), Nguyễn Văn Hải [83] 66 TH có BC tăng $> 10\text{G/l}$ là 59,1% (39 TH).

4.2.2.2. Sinh hóa máu

- Bilirubin, GOT, GPT, đường máu

Bảng 3.8 cho thấy 60 TH tăng bilirubin máu (31,9%). Trong đó có 11 TH có dẫn nhẹ đường mật qua SA, khi tiến hành chụp cắt lớp vi tính ở 11 TH trên không thấy sỏi OMC đi kèm. GOT, GPT tăng $> 60\text{UI/l}$ gặp ở 65 TH (34,6%).

Các TH thấy tăng bilirubin, GOT, GPT, đường máu thường đến viện muộn ≥ 72 giờ kể từ khi có triệu chứng đến lúc mổ và thường với tổn thương VTM hoại tử, sự khác biệt có ý nghĩa ($P < 0,001$). Theo Hà Văn Quyết [102], tỷ lệ bệnh nhân VTMC có bilirubin máu tăng là 8,4%, Đặng Thành Đông [101] gặp 36,4%, Nguyễn Văn Nghĩa [108]: 33%.

Theo Constantinos Simopoulos (2009) [96], Guseppe (2008) [57], Juan, Rodriguer Sanjuan (2012) [66], Jun Nakajima (2009) [113] khi số lượng BC tăng $> 12\text{G/L}$, GOT, GPT tăng có ảnh hưởng đáng kể đến việc tiên lượng TM bị viêm mũ hoặc hoại tử làm PT CTMNS khó khăn hơn và tỷ lệ phải để lại một phần TM lúc PT hoặc chuyển MM là cao hơn đáng kể và thời gian nằm viện cũng kéo dài hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy bilirubin máu tăng: 31,9% (60 TH). Tất cả các TH có tăng bilirubin máu trước PT, sau PT chúng tôi đều kiểm tra lại bilirubin máu trở về bình thường. Như vậy, những TH này bilirubin máu tăng do sỏi TM ảnh hưởng đường mật chính ngoài gan (hội chứng Mirrizi) gây khó khăn cho PT và nguy cơ làm tổn thương đường mật.

4.2.2.3 Siêu âm bụng

Hà Văn Quyết [102] và nhiều tác giả nhận xét: SA là phương tiện chẩn đoán rất tốt trong VTMC do sỏi. SA có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (trên 85%) trong chẩn đoán VTMC. Salam (2012) [45] tổng hợp trên 30 nghiên cứu về vai trò của SA trong chẩn đoán VTMC cho thấy độ đặc hiệu và độ nhạy đạt 88% và 80%.

Tất cả BN trong nghiên cứu đều được làm SA ổ bụng 2 lần trước khi mổ để chẩn đoán xác định VTMC cũng như loại trừ các bệnh lý khác trong ổ bụng như : sỏi OMC, sỏi trong gan, u đầu tụy. Bảng 3.9 cho thấy 100% TH có TM to và thành dày, trong đó TM thành dày > 6 mm gặp 148 TH (78,7%), 52,5% ở nhóm BN mổ \geq 72 giờ có thành TM dày > 8 mm. Dịch quanh TM gặp ở 72 TH (38,3%), trong đó nhóm mổ \geq 72 giờ gặp 100% TH. Thành TM dày và dịch quanh TM liên quan trực tiếp đến tổn thương của TM, khác biệt có ý nghĩa với $P < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.9 cho thấy có 172 TH (91,5%) VTMC do sỏi, 12 TH (6,4%) VTMC không do sỏi và 4 TH (2,1%) VTMC có polyp, kết quả này tương tự các nghiên cứu của nhiều y văn trong và ngoài nước đã công bố [10], [42], [43], [61], [93].

Thống kê cho thấy có 4 TH có polyp trong TM (2,1%) đều được chẩn đoán trước mổ và sau mổ, kết quả xét nghiệm tế bào không có tổn thương ung thư. Nguyễn Hồng Việt (2010) [114] CTMNS cho 79 TH polyp TM ghi nhận: có 16 TH (20,2%) thành TM dày, trong đó có 12 TH (15,2%) trong tình trạng viêm cấp (thành dày > 5mm, viêm dính nhiều vùng cổ). Nguyễn Tăng Miên, Lê Văn Tâm [115] hồi cứu 120 TH polyp TM được mổ CTMNS ghi nhận có 18 TH (15%) có sỏi TM kết hợp, 33 TH (27,5%) TM đang ở trong tình trạng viêm cấp, thành dày, viêm dính.

Thống kê của Nguyễn Văn Nghĩa [108] về VTMC cho thấy siêu âm phát hiện sỏi TM là 125/139 TH, có 37 TH (26,6%) sỏi kẹt cổ TM, 48 TH (34,5%) có dịch quanh TM hoặc vùng dưới gan, 67 TH (48,2%) có dấu Murphy (+) trên siêu âm, thành TM dày \geq 5mm có 83 TH (59,7%).

Bảng 4.37. Kết quả siêu âm VTMC theo một số tác giả

Tác giả	Kết quả siêu âm		
	TM to	Thành TM dày	Dịch quanh TM
Nguyễn Văn Hải (n = 66) [83]	66(100%)	45(68,2%)	18(17%)
Phan Khánh Việt (n = 229) [84]	198(86%)	229(100%)	229(100%)
Hoàng Mạnh An (n = 65) [85]	55(84,6%)	64(98,5%)	20(30,8%)
Vũ Bích Hạnh (n = 60) [35]	56(93,3%)	60(100%)	28(46,6%)
Lê Quang Minh (n = 158) [97]	158(100%)	158(100%)	66(41,8%)
Chúng tôi (n = 188)	188(100%)	188(100%)	72(38,3%)

4.2.3. Chẩn đoán**4.2.3.1. Nguyên nhân**

Trong nghiên cứu có 172 TH (91,5%) VTMC do sỏi và 16 TH (9,5%) VTMC không do sỏi. Theo Lê Quang Minh [97] tỷ lệ VTMC do sỏi chiếm 88% (158 TH)

4.2.3.2. Phân loại bệnh nhân theo ASA.

Tất cả BN trong nghiên cứu được tiến hành đánh giá phân loại trước mổ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ (American Society of Anesthesiologist) (ASA).

Nghiên cứu cho thấy có 98 TH (52,1%) phân loại ASA 1; 90 TH (47,9%) phân loại ASA 2 (bảng 3.11). Đây là một trong những yếu tố thuận lợi để đạt kết quả tốt trong CTMNS điều trị VTMC. Phân loại ASA trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn [83], Vương Thừa Đức [16] cũng ghi nhận kết quả tương tự.

4.2.3.3. *Mức độ viêm của túi mật*

Mức độ viêm của TM phân loại theo Hướng dẫn Tokyo năm 2007 cho thấy: có 98 TH (52,1%) VTMC mức độ nhẹ, 90 TH (47,9%) VTMC mức độ trung bình (bảng 3.12). Nghiên cứu của Lê Quang Minh [97] có 58,9% bệnh nhân VTMC mức độ nhẹ; 41,1% VTMC mức độ vừa. Phần lớn bệnh nhân VTMC mức độ nhẹ đều được chỉ định CTMNS sớm, có 49 TH (54,4%) VTMC mức độ vừa được CTMNS ≥ 72 giờ tức sau khi đã điều trị các bệnh lý nội khoa ổn định (bảng 3.12).

4.3. **Ứng dụng cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp**

4.3.1. *Chỉ định*

Tại hội nghị Tokyo (2007) [70] với chủ đề “Hướng dẫn điều trị ngoại khoa VTMC” có sự đồng thuận cao của các PTV về vấn đề: lựa chọn phương pháp điều trị ngoại khoa VTMC theo mức độ viêm của TM. Theo Hướng dẫn Tokyo (2007), CTMNS cấp cứu được chỉ định cho tất cả các TH VTM mức độ nhẹ.

Những bệnh nhân VTMC mức độ II (vừa), tiến hành CTMNS hoặc cắt TM mở sớm (trong vòng 72 giờ sau khi xuất hiện triệu chứng VTMC). Một số bệnh nhân VTMC mức độ II có thể khó khăn khi cắt TM do tình trạng viêm nhiễm tại chỗ, cần cân nhắc lựa chọn tiếp tục điều trị nội khoa hoặc dẫn lưu TM xuyên gan qua da hoặc PT cắt TM.

Dựa theo Hướng dẫn Tokyo 2007 [70] và điều kiện trang thiết bị, trình độ của PTV của cơ sở tiến hành nghiên cứu, chúng tôi chỉ định CTMNS trước 72 giờ cho 129 TH chiếm 68,6% (bảng 3.12), trong đó 98 TH (52,1%) VTMC mức độ nhẹ và 90 TH (47,9%) VTMC mức độ trung bình; kết quả nghiên cứu thu được tương tự thống kê của Lê Quang Minh [97] qua 158 TH chỉ định CTMNS điều trị VTMC: mức độ nhẹ 93 TH (58,9%), VTMC mức độ trung bình 65 TH (41,1%).

4.3.2. *Thời điểm mổ*

Kết quả nghiên cứu cho thấy 69% bệnh nhân được mổ trước 72 giờ, 41% bệnh nhân mổ từ 72 giờ trở đi (biểu đồ 3.4). Suten Meyer [88] tổng kết kinh nghiệm 10 năm (1/1991-12/1999) qua 1212 TH CTMNS điều trị VTMC, so sánh các nhóm mổ với các thời điểm khác nhau kết luận: CTMNS muộn có 2 khó khăn chính là sự

viêm dính của TM với các tổ chức xung quanh và tình trạng viêm nề vùng cuống gan. Biến chứng nặng của hai nhóm chiếm 4,4%, tương tự kết quả của các nghiên cứu khác, tỷ lệ chuyển MM của nhóm mổ trước 48 giờ (13,1%) ít hơn nhóm mổ sau 48 giờ (24,2%), tăng ở nhóm mổ sau 96 giờ (30%).

Nghiên cứu của Kent [121] so sánh qua 253 bệnh nhân được mổ CTMNS điều trị VTMC chia hai nhóm, 132 TH mổ trước 24 giờ và 121 TH mổ sau 24 giờ cho thấy: không có sự khác nhau về tỷ lệ tai biến, thời gian mổ, tỷ lệ chuyển MM giữa hai nhóm, tác giả kết luận: CTMNS sớm trong VTMC là an toàn và đã trở thành PT chuẩn trong thực hành lâm sàng tại cơ sở mình.

Robert, Casillas [122] nghiên cứu CTMNS cho 173 TH VTMC đã kết luận: CTMNS < 72 giờ điều trị VTMC an toàn và hiệu quả, tỷ lệ biến chứng, tử vong thấp, thời gian mổ ngắn hơn, tránh được các biến chứng của mổ muộn: viêm mũ, thủng, hoại tử hay tái nhập viện do tái phát. Condilis, Sikalias [74] đã khảo sát về thời điểm tốt nhất để chỉ định CTMNS điều trị VTMC cho thấy tiến hành PT < 72 giờ đem lại kết quả tốt hơn ≥ 72 giờ. Vũ Bích Hạnh [35] thống kê 60 TH CTMNS cấp cứu điều trị VTMC do sỏi: 27 TH (45%) mổ < 72 giờ và 33 TH (55%) mổ ≥ 72 giờ, nhận diện tam giác Calot khó 26 TH (43,3%): nhóm mổ < 72 giờ 8 TH (29,62%), nhóm mổ ≥ 72 giờ 18 TH (54,5%). Tỷ lệ tai biến chung gặp 13,3%, chuyển MM ở nhóm mổ < 72 giờ 2 TH (7,4%), nhóm mổ ≥ 72 giờ 5 TH, tác giả khuyến cáo nên CTMNS sớm trong vòng 72 giờ để điều trị VTMC.

4.3.3.Đánh giá tổn thương trong mổ

4.3.3.1.Túi mật

TM to là đặc điểm tổn thương luôn gặp trong VTMC. Nghiên cứu cho thấy 100% TH TM to (bảng 3.13), đây là một trong những yếu tố gây nhiều khó khăn cho cuộc PT: TM to làm phẫu trường hẹp lại, thành TM dày gây khó khăn cho kẹp TM đòi hỏi phải thực hiện các kỹ thuật kết hợp như chọc hút làm xẹp TM chủ động, cắt TM xuôi dòng, cắt TM xuôi dòng có mở TM, cắt gần toàn bộ TM (để lại thành sau phần giường TM). Ngoài ra quá trình viêm xung huyết của các mạch máu trong VTMC luôn đe dọa chảy máu rỉ rã trên diện rộng khiến cho PTV mất nhiều thời gian hơn để cầm máu.

Nghiên cứu của Vũ Bích Hạnh [35] gặp 100% TM căng to, viêm dính, mất hình dáng bình thường, Hoàng Mạnh An [85] gặp TM to 84,6%, Nguyễn Cường Thịnh [90] gặp 93,2% TH TM to, tương tự như kết quả thu được trong nghiên cứu.

4.3.3.2. Viêm dính của túi mật

Sự viêm dính của TM trong mổ ít hay nhiều phụ thuộc vào thời gian chỉ định PT sớm hay muộn. Nghiên cứu cho thấy ở nhóm mổ < 72 giờ viêm dính của TM chưa nhiều (thường gặp mạc nối lớn dính vào TM), trong khi nhóm mổ \geq 72 giờ viêm dính nhiều, ngoài mạc nối lớn có thể thấy tá tràng, đại tràng dính vào TM.

Bảng 3.14 cho thấy 85 TH (45,2%) TM viêm dính nhiều, xác định các mốc giải phẫu khó khăn, bóc tách mạch máu, ống TM, TM là một thách thức lớn đối với PTV và có nguy cơ gây ra các tai biến nặng như: chảy máu , gây tổn thương đường mật...Tình trạng viêm dính nhiều có liên quan đến thời điểm chỉ định mổ, nếu nhóm mổ < 72 giờ gặp 40 TH (31%) thì nhóm mổ \geq 72 giờ gặp tới 45 TH (76,3%). Kết quả nghiên cứu cho thấy CTMNS điều trị VTMC nên chỉ định < 72 giờ từ khi có triệu chứng đầu tiên.

4.3.3.3. Viêm dính tam giác Calot và ống túi mật

David, Charles [33] và một số tác giả [116], [117] nghiên cứu CTMNS điều trị VTMC cho rằng nếu PTV nắm rõ cấu trúc giải phẫu của tam giác Calot là chìa khóa thành công của PT. Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt giữa tình trạng viêm dính tam giác Calot và ống TM: mức độ viêm dính của 2 thành phần này có liên quan đến thời gian chỉ định mổ, bảng 3.15 cho thấy viêm dính ít phần lớn thấy ở nhóm mổ < 72 giờ (tam giác Calot: 60,5%, ống TM: 51,2%), ngược lại mức độ viêm dính nhiều gặp phần lớn ở nhóm mổ \geq 72 giờ (tam giác Calot: 83,1%, ống TM: 83,1%), khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Lê Quang Minh [97] thống kê 158 TH CTMNS điều trị VTMC nhận thấy 100% có tình trạng viêm dính vùng tam giác Calot và ống TM, dính nhiều vùng tam giác Calot gặp 64,4% ở nhóm mổ \geq 72 giờ.

Bảng 4.38. Viêm dính tam giác Calot và ống TM theo các tác giả

Tác giả	Tam giác Calot dính nhiều			Ống TM dính nhiều		
	n	Mở <72 giờ	Mở ≥72 giờ	n	Mở <72 giờ	Mở ≥72 giờ
Nguyễn Tấn Đạt [10]	49 (46,2%)	27 (38,5%)	34 (50,7%)	47 (44,3%)	12 (30,8%)	35 (52,2%)
Vũ Bích Hạnh [35]	26 (43,1%)	8 (29,6%)	18 (54,5%)	29 (48,3%)	11 (40,6%)	18 (54,5%)
Lê Quang Minh [97]	82 (51,9%)	53 (46,9%)	29 (64,4%)	89 (56,3%)	54 (47,8%)	35 (77,8%)
Chúng tôi	100 (53,2%)	51 (39,5%)	49 (83,1%)	112 (59,6%)	63 (48,8%)	49 (83,1%)

Kết quả thu được cho thấy nhận diện và phẫu tích tam giác Calot, ống TM ở những bệnh nhân VTMC được mở ≥ 72 giờ thường gặp nhiều khó khăn, dễ tai biến với tỷ lệ chuyển MM cao. Tiến hành CTMNS sớm < 72 giờ đối với VTMC khả năng thành công sẽ cao hơn so với nhóm PT muộn ≥ 72 giờ. Nguyễn Tấn Đạt [14], Vũ Bích Hạnh [35], Atef. Shaheed, Mahmond Sakr [118], A Tul, Madan [75], Gurusamy, Samrai [52], Szabo, Rothe [59] cũng có cùng nhận xét tương tự.

4.3.3.4. Mức độ khó của phẫu thuật theo P. Schrenk

Kết quả nghiên cứu về mức độ khó của PT theo P. Schrenk cho thấy 100% TH ở mức độ khó và rất khó, trong đó mức độ khó 118 TH (62,8%), rất khó 70 TH (37,2%), 67,8% TH ở nhóm mở ≥ 72 giờ ở mức độ rất khó, nhóm mở < 72 giờ là 23,3% thấp hơn với sự khác biệt có ý nghĩa $p < 0,001$ (bảng 3.16). Tác giả Vũ Bích Hạnh [35] gặp 100% TH có mức độ khó và rất khó, trong đó mức độ khó là 58,3%, rất khó là 41,7%. Tác giả Lê Quang Minh [97] 100% TH có mức độ khó và rất khó, mức độ khó là 70,3%, mức độ rất khó là 29,7%.

Nghiên cứu về mức độ khó của PT theo P. Schrenk, Christos, Skouras, Oman [12] gặp 58,3% TH ở mức độ khó và 41,7% TH rất khó, tác giả thống kê thấy: mức độ rất khó ở nhóm mổ ≥ 72 giờ (45,5%) cao hơn nhóm mổ < 72 giờ (37%). Các tác giả Borzellino [52], Chander, Lane Saraki [119], Chung-Maulo [11], Saraki [106] cũng ghi nhận kết quả tương tự.

4.3.4. Kỹ thuật cắt túi mật nội soi

- Cắt túi mật ngược dòng

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp cắt TM ngược dòng được sử dụng nhiều nhất: 168 TH (89,4%) bao gồm 127 TH mổ < 72 giờ (98,4%) và 41 TH mổ ≥ 72 giờ (69,5%), khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. Thống kê của Lê Quang Minh [97] cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ cắt TM ngược dòng của tác giả: 89,4%.

- Cắt túi mật xuôi dòng

Trường hợp VTMC mà tam giác Calot viêm dính nhiều, khó xác định mốc giải phẫu, TM được chọc hút dịch làm xẹp bớt nhưng vẫn dày và khó kẹp giữ, phẫu tích khó khăn, tiến hành cắt TM xuôi dòng. Kỹ thuật này được áp dụng cho 5 TH (2,6%), trong đó 01 TH (0,8%) mổ < 72 giờ, 4 TH (6,8%) mổ ≥ 72 giờ. Như vậy, số TH ở nhóm mổ ≥ 72 giờ phải áp dụng kỹ thuật cắt TM xuôi dòng nhiều hơn mổ < 72 giờ, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$ (bảng 3.17). Thống kê của Lê Quang Minh [97] cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ cắt TM xuôi dòng của tác giả: 2,6%.

- Cắt gần toàn bộ TM qua nội soi (Laparoscopic Subtotal cholecystectomy-LSC)

Kỹ thuật này được áp dụng khi CTMNS truyền thống gặp khó khăn do tam giác Calot viêm dính khó bóc tách, chảy máu nhiều [123]. Jun Nakajima, Akira Sasaki [113] nhận xét qua hơn 1236 TH LSC như sau: việc sử dụng kỹ thuật LSC đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tổn thương ống mật đến mức độ gần như không có vì những tổn thương đường mật trong CTMNS thường là hậu quả của sự nhận dạng nhầm ống mật: LSC có thể làm giảm sai lầm này nhờ đó tránh được tổn thương ống mật hay

các tạng khác, do vậy làm giảm tỷ lệ chuyển MM trong CTMNS. Nghiên cứu của Beldi, Glattli [124], Isidoro Dicarolo [125], Oktar Asoglu [63], Singhai, Balakrishnan [65] cũng cho thấy sử dụng kỹ thuật LSC là thực sự có hiệu quả vì góp phần làm giảm đáng kể tỷ lệ tổn thương đường mật và chuyển MM. Một điểm lưu ý rất quan trọng trong quá trình thực hiện LSC sẽ có dịch mật chảy vào ổ bụng, vì vậy cần loại trừ ung thư TM trước mổ và phải dừng ngay PTNS chuyển sang MM nếu phát hiện TM ung thư.

Chúng tôi thực hiện LSC cho 15 TH (8,0%); 14 TH mổ ≥ 72 giờ đều là VTM hoại tử, 01 TH mổ < 72 giờ (là TH VTM phù nề) bảng 3.17. Đặc biệt là không có tổn thương đường mật trong các trường hợp LSC, theo dõi sau mổ không có hiện tượng động dịch hay áp xe tồn dư.

4.3.5. Kỹ thuật hỗ trợ

- Chọc hút làm xẹp TM chủ động trong mổ

Đây là kỹ thuật được áp dụng trong lúc phẫu thuật, việc chọc hút làm xẹp TM chủ động được thực hiện qua da hoặc trong ổ bụng dưới hướng dẫn của camera nhằm làm TM nhỏ lại, giúp cho việc kẹp giữ đáy TM dễ hơn, mở rộng phẫu trường, tạo thuận lợi cho phẫu tích vùng tam giác Calot (chú ý không cần hút xẹp hoàn toàn sẽ gây khó khăn khi bóc tách ở giương TM) [111], [126]. Low Shiong Wen [96] đưa ra chiến lược thay đổi kỹ thuật mổ trong VTMC nhằm giảm tỷ lệ chuyển MM bao gồm: giảm áp lực TM, thay đổi dụng cụ cầm giữ bằng dụng cụ có răng, sử dụng hệ thống tưới rửa bằng nước, áp dụng LSC nếu cần thiết. Kim [111] đánh giá kết quả PTNS cho VTMC nặng cho thấy nhóm BN được chọc hút TM qua da trước mổ có tỷ lệ chuyển MM thấp hơn nhóm không chọc hút TM (2,7% so với 6,5%, $p < 0,05$).

Thống kê cho thấy có 53 TH (39,9%) được chọc hút làm xẹp TM trước khi phẫu tích, nhóm mổ ≥ 72 giờ thực hiện nhiều hơn gấp 3 lần nhóm mổ < 72 giờ (55,9% so với 15,5%, $P < 0,001$) (bảng 3.18). Nghiên cứu của Lê Quang Minh [97] có 57 TH (36,1%) được chọc hút làm xẹp TM chủ động, trong đó 57,8% ở nhóm mổ < 72 giờ

và 27,4% ở nhóm mổ ≥ 72 giờ, theo Vũ Bích Hạnh [35] có 20 TH (33,3%) được chọc hút làm xẹp TM chủ động chia đều cho cả 2 nhóm mổ < 72 giờ và ≥ 72 giờ với tỷ lệ tương ứng là 37,0% và 30,0%, Phạm Văn Năng [75] số TH được chọc hút TM là 37,1% (15 TH). Tỷ lệ này của Bùi Văn Chính [46] là 47% ở nhóm mổ trước 48 giờ và 55,6% ở nhóm mổ sau 48 giờ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả trên.

- Khâu buộc ống cổ TM

Kết quả nghiên cứu cho thấy 10 TH (5,3%) buộc ống cổ TM bằng chỉ vicryl 1.0 do cổ TM ngắn, dày phù nề kẹp clip lấy không hết ống TM. Theo Trần Bảo Long, Đoàn Thanh Tùng [127] CTMNS không dùng clip mà sử dụng đốt lưỡng cực cầm máu ĐMTM, dùng chỉ tiêu để buộc ống TM có ưu điểm vượt trội, khắc phục các nhược điểm của dùng clip, thời gian mổ chỉ kéo dài hơn vài phút nên áp dụng rộng rãi. Thống kê của Nguyễn Văn Nghĩa (2011) [108] có 12 TH (8,6%) buộc ống cổ TM bằng chỉ vicryl 1.0 do cổ TM ngắn, dùng kẹp clip không lấy hết ống TM. Có 9 TH chảy máu rỉ rả trên diện rộng ở giường TM gặp ở cả 2 nhóm mổ < 72 giờ và ≥ 72 giờ phải cầm máu bằng đốt điện và đặt spongel kết hợp cầm máu mới có kết quả.

4.4. Kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp và một số yếu tố liên quan

4.4.1. Trong mổ

4.4.1.1. Chuyển mổ mở

- Tỷ lệ chuyển MM

Nghiên cứu của Jun Nakajima, Akira Sasaki [113] cho thấy: tình trạng viêm nặng và xơ hóa vùng tam giác Calot, nhận diện giải phẫu không rõ ràng, chảy máu từ ĐMTM và tổn thương đường mật là những lý do chính buộc phải chuyển sang MM. Tỷ lệ chuyển MM của CTMNS điều trị VTMC cao hơn so với các bệnh lý khác của TM được nhiều tác giả ghi nhận [54], [61], [108], [118], [128].

Lúc đầu, khi mới áp dụng CTMNS điều trị VTMC tỷ lệ chuyển MM cao là một trong những yếu tố gây tranh cãi giữa các PTV có nên áp dụng CTMNS điều trị

VTMC hay không ? sau này, thống kê của nhiều nghiên cứu cho thấy CTMNS điều trị VTMC an toàn và hiệu quả, tỷ lệ chuyển MM giảm dần theo thời gian, cùng với việc tích lũy kinh nghiệm và trình độ của các PTV ngày một tốt hơn cũng như sự cải tiến các dụng cụ PTNS [12], [72], [77], [98], [119], [121].

Tỷ lệ chuyển MM của PT CTMNS điều trị VTMC theo một số tác giả trong nước: Đỗ Kim Sơn [87], Nguyễn Cường Thịnh [76], Phạm Văn Năng (2004) [75], Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn [83], Hoàng Việt Dũng [105] dao động từ 5,5% - 25,1%.

Suter [88] theo dõi 10 năm với 268 TH CTMNS điều trị VTMC cho thấy tỷ lệ chuyển MM là 27,6%, tác giả còn cho biết nửa thời gian đầu tỷ lệ chuyển MM cao hơn có ý nghĩa so với nửa thời gian sau. Low [94] đã đề ra chiến lược giảm tỷ lệ chuyển MM của PT CTMNS trong VTMC bao gồm: tiến hành PTNS cắt TM sớm trong vòng 72 giờ sau khi nhập viện được thực hiện bởi các chuyên gia về PT gan mật có chiến thuật thay đổi kỹ thuật thích hợp. Kết quả từ tháng 6/2003 đến tháng 6/2007 tỷ lệ chuyển MM của tác giả giảm từ 29,2% xuống còn 6,7% ($p < 0,001$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chuyển MM ở nhóm mổ < 72 giờ: 11,6%, nhóm mổ \geq 72 giờ: 22,0% (bảng 3.19), khác biệt có ý nghĩa ($P = 0,043$). Tỷ lệ này của Nguyễn Tấn Đạt [14] là 11,3% ở nhóm mổ sớm 7,7%, nhóm mổ trì hoãn 13,4%, Vũ Bích Hạnh [35] 11,6% (nhóm mổ < 72 giờ: 7,4%, nhóm mổ \geq 72 giờ: 15,2%). Lê Quang Minh [97] ở nhóm mổ < 72 giờ: 10,6%, nhóm mổ \geq 72 giờ: 17,8% khác biệt có ý nghĩa với ($P = 0,03$). Kết quả các nghiên cứu khác cho thấy: tỷ lệ chuyển từ PTNS sang MM ở nhóm mổ muộn cao hơn so với nhóm mổ sớm [13], [15], [71], [72] [74], [78], [119].

- Lý do chuyển MM

Nguyên nhân chính phải chuyển từ CTMNS điều trị VTMC sang MM được chia làm 2 nhóm: do tai biến trong mổ và gặp khó khăn về kỹ thuật.

Do tai biến trong mổ

+ Tổn thương đường mật, hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy tỷ lệ tổn thương đường mật trong CTMNS khoảng 0,25-1% [76], [89], [91],

[92]. [95]. Nghiên cứu của Lê Quang Minh [97] gặp 1,2% TH tổn thương đường mật phải chuyển MM (gặp ở nhóm mổ ≥ 72 giờ), 01 TH phát hiện trong lúc mổ có tổn thương ống gan chung, được chuyển sang MM khâu phục hồi ống gan chung và đặt Kehr, 01 TH phát hiện rò mật chảy ra qua dẫn lưu dưới gan, TH này được mổ lại vào ngày thứ sáu của hậu phẫu phát hiện OMC có lỗ thủng trên nền hoại tử, có thể do đốt điện cầm máu, tác giả tiến hành đặt Kehr, rửa ổ bụng, dẫn lưu. Cả 2 TH sau mổ đều ổn định, ra viện sau 10 ngày, kiểm tra lại sau 6 tháng bệnh nhân khỏe mạnh.

Theo Văn Tần (2004) [98] để giảm tỷ lệ tổn thương đường mật cần một phẫu trường đủ rộng và rõ, PTV có kinh nghiệm thám sát và phẫu tích tỷ mỉ trong những TH khó cân nhắc khả năng chuyển sang MM.

Trong nghiên cứu có 01 TH tổn thương tá tràng (đoạn D1) (bảng 3.19) chiếm 0,6% được phát hiện trong lúc mổ, nguyên nhân gây thủng tá tràng: do TM hoại tử được các tạng xung quanh viêm dính nhiều nên trong quá trình phẫu tích tìm ống cổ TM gây thủng. Chúng tôi chuyển MM tiến hành khâu lỗ thủng, lau sạch ổ bụng, dẫn lưu dưới gan, sau mổ BN ổn định và ra viện sau 12 ngày.

+ Chảy máu không kiểm soát được qua nội soi cũng là lý do chính phải chuyển MM. Tác giả Trần Bình Giang [21] khuyến cáo nên chuyển MM khi lượng máu mất từ 100-200ml trở lên, có nguy cơ phải truyền máu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 7 TH (3,7%) chảy máu nhiều phải chuyển MM, trong đó nhóm mổ < 72 giờ gặp 2 TH (1,6%); nhóm mổ ≥ 72 giờ gặp 5 TH (8,8%). Trong 7 TH, có 4 TH chảy máu từ ĐMTM, 3 TH còn lại chảy máu ở vùng cổ TM mặc dù đốt cầm máu nhưng không hiệu quả. Chúng tôi chuyển MM, khâu cầm máu, dẫn lưu dưới gan, tất cả 7 TH sau mổ đều ổn định (bảng 3.19).

+ Do khó khăn về kỹ thuật

Nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh [129] cho thấy chuyển MM do khó khăn về kỹ thuật chiếm 57,1%, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Đỗ Kim Sơn [87] chiếm 64,9% (viêm dính nhiều là lý do chính chiếm 58,3%).

Thống kê cho thấy khó khăn về kỹ thuật phải chuyển MM: 5 TH (bảng 3.19), vì không nhận biết được giải phẫu do tam giác Calot viêm dính nhiều, TM bị che phủ hoàn toàn bởi mạc nối lớn, tá tràng và đại tràng góc gan, gỡ dính không kết quả. 15 TH chuyển MM do TM hoại tử, nhóm mổ < 72 giờ: 6 TH (4,7%), nhóm mổ ≥ 72 giờ: 9 TH (15,3%), khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,03$).

Theo tác giả Lê Quang Minh [97] cho thấy chuyển MM do TM hoại tử gặp 12 TH: nhóm mổ ≥ 72 giờ 4 TH (8,9%); nhóm mổ < 72 giờ 8 TH (7,0%), khác biệt có ý nghĩa ($P=0,004$). Juliane, Melanie [62], Yetkin [128] nghiên cứu các yếu tố tiên lượng và thời điểm quyết định để chuyển MM trong VTMC nhận thấy “Sự viêm dính nặng nề làm mất giải phẫu bình thường vùng tam giác Calot và không kiểm soát được tình trạng chảy máu là nguyên nhân chính phải chuyển MM”.

Hầu hết các PTV nội soi thống nhất với “giới hạn 30 phút”, nghĩa là sau 30 phút mổ nội soi nếu tiên lượng khả năng nội soi không thuận lợi thì nên chuyển sang MM [19], [57], [61], [67], [86], [106].

Bảng 4.39. Lý do chuyển MM theo một số tác giả

Tác giả	n(%)	Lý do
Nguyễn Tấn Đạt (n = 108) [10]	12(11,3%)	Không rõ cấu trúc giải phẫu: 6(5,7%) TM dính: 3(2,8%) TM hoại tử: 1(0,9%) Chảy máu: 1(0,9%) Tổn thương đường mật: 1(0,9%)
Nguyễn Văn Hải (n = 66) [83]	5(7,6%)	TM hoại tử: 4(6,0%) Chảy máu: 1(1,5%)
Vũ Bích hạnh (n = 60) [35]	7(11,6%)	Chảy máu: 1(1,6%) TM hoại tử: 2(3,3%) Dính nhiều: 4(6,6%)
Lê Quang Minh (n = 158) [97]	20(12,7%)	Viêm dính nhiều: 3(1,9%) TM hoại tử: 12(7,6%) Chảy máu: 3(1,8%)

		Tổn thương đường mật: 2(1,3%)
Chúng tôi (n = 188)	28(14,9%)	Viêm dính nhiều: 5(2,6%) TM hoại tử: 10(5,2%) Chảy máu: 7(3,7%) Tổn thương tá tràng: 1(0,5%)

Kết quả CTMNS ở nhóm mổ < 72 giờ so với nhóm mổ \geq 72 giờ: cho thấy ở nhóm mổ < 72 giờ có thuận lợi hơn vì mức độ viêm của TM không quá nặng, viêm dính còn lỏng lẻo và chưa nhiều, bóc tách dễ hơn. Tỷ lệ tai biến thấp hơn (10,5% so với 41,3%) (bảng 3.21) chuyển MM cũng thấp hơn (11,6% so với 22,0%) (bảng 3.19) thời gian mổ ngắn hơn ($56,11 \pm 13$ so với $95,45 \pm 11$ phút), ngày nằm viện ngắn hơn ($7,1 \pm 1,4$ phút so với $9,3 \pm 2,6$ phút) (bảng 3.20), khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,03$).

Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy CTMNS điều trị VTMC là an toàn, có tính khả thi, thời gian nằm viện ngắn, ít biến chứng và tỷ lệ tử vong thấp hơn so với MM [1], [11], [19], [46], [67], [69] [88], [90], [93], [118], tác giả Võ Hồng Sờ (2010) [86] tỷ lệ CTMNS điều trị VTMC thành công là 94,4% (374 TH), Hoàng Mạnh An [85] tỷ lệ thành công là 98,5% (64 TH). Bùi Văn Chinh [46] là 98,8%, tử vong 02 TH (0.8%), Vũ Bích Hạnh [35] kết quả tốt 88,3%, trung bình 11,6%, không có kết quả xấu. Kent [121] tiến hành CTMNS cho 253 TH VTMC đã đưa ra lời khuyên “Hãy CTMNS ngay cho TH VTMC không cần phải chờ đợi”. Kết quả nghiên cứu của Kent cho thấy không có sự khác nhau về thời gian mổ, tỷ lệ chuyển MM và biến chứng giữa 2 nhóm mổ CTMNS trước và sau 24 giờ. Kết quả áp dụng các cải tiến kỹ thuật CTMNS trong VTMC của các tác giả Isidoso [99], Juan [66], Jun NaKajima, Akisa Sasaki [113], Saraki, Obuchi [106], Siughai, Balaksishnan [65] càng cho thấy sự vượt trội của PT CTMNS điều trị VTMC. Nghiên cứu của Lê Quang Minh [97] 119 TH (86,3%) tốt, 18 TH (13%) trung bình và xấu 1 TH (0,7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 131 TH (81,9%) tốt, 29 TH (18,1%) trung bình và không có TH nào xấu (bảng 3.29).

Kết quả nghiên cứu một lần nữa cho thấy PT CTMNS điều trị VTMC là an toàn và hiệu quả cao.

4.4.1.2. Thời gian mổ

Thời gian mổ ≤ 90 phút có 118 TH (73,8%), nhóm mổ < 72 giờ 99 TH (86,8%), nhóm mổ ≥ 72 giờ 19 TH (41,3%). Thời gian mổ > 90 phút có 42 TH (26,2%), nhóm mổ < 72 giờ 15 TH (13,2%), nhóm mổ ≥ 72 giờ 27 TH (58,7%). Nhận xét: phần lớn thời gian mổ ≤ 90 phút là của nhóm mổ < 72 giờ, ngược lại thời gian mổ > 90 phút đa số thuộc nhóm mổ ≥ 72 giờ bảng 3.20, khác biệt có ý nghĩa với $P < 0,001$. Thời gian mổ trung bình $71,56 \pm 13,21$ phút, nhóm mổ < 72 giờ: $56,11 \pm 13$ phút, nhóm mổ ≥ 72 giờ: $95,45 \pm 11$ phút, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,034$.

Qua nghiên cứu chúng tôi rất thống nhất với nhận định của một số tác giả về thời gian mổ trung bình của CTMNS trong VTMC thường dài hơn so với CTMNS nói chung. TH mổ < 72 giờ có thời gian mổ ngắn hơn TH mổ ≥ 72 giờ có thể do tổn thương của TM chưa quá nặng mức độ viêm dính chưa nhiều, bóc tách dễ hơn, nên thời gian mổ rút ngắn đáng kể [15], [46], [118], [122]. Tuy nhiên thời gian mổ cũng thay đổi tùy theo các tác giả: Lê Trường Chiến và Nguyễn Tấn Cường [53] qua 686 TH CTMNS trong VTMC nhận xét thời gian mổ dài hay ngắn không phản ánh chính xác mức độ khó của cuộc mổ.

Có nhiều lý do làm cho thời gian mổ kéo dài hơn bình thường như: kinh nghiệm của PTV, tổn thương TM phức tạp, xảy ra tai biến, có tổn thương phối hợp kèm theo, sự cố máy móc... Thống kê của Phan Khánh Việt, Phạm Như Hiệp [84] tổng kết 229 TH VTMC được tiến hành CTMNS cũng có nhận xét tương tự.

Theo tác giả Lê Quang Minh [97] thời gian mổ trung bình $56,81 \pm 19,35$ phút, nhóm mổ < 72 giờ: $52,17 \pm 11$ phút, nhóm mổ ≥ 72 giờ: $69,46 \pm 13$ phút, khác biệt có ý nghĩa với $P < 0,001$. Tác giả nhận xét: phần lớn thời gian mổ ≤ 60 phút là của nhóm mổ < 72 giờ, ngược lại thời gian mổ > 60 phút đa số thuộc nhóm mổ ≥ 72 giờ, khác biệt có ý nghĩa với $P < 0,001$.

4.4.1.3. Tai biến

Các tai biến chung trong PT gặp 19,4%, nhóm mổ < 72 giờ chiếm 10,5% (12 TH), nhóm mổ \geq 72 giờ chiếm 41,3% (19 TH) (10,5% so với 41,3%, với $P < 0,001$) (bảng 3.21). Theo nghiên cứu của chúng tôi, nếu TH VTMC được chẩn đoán sớm và chỉ định PT sớm < 72 giờ sẽ giảm thiểu được nhiều nguy cơ tai biến và rút ngắn thời gian mổ.

Để tránh làm tổn thương đường mật trong CTMNS đặc biệt là trong VTMC cần có đội ngũ PTV nội soi có kinh nghiệm, bởi tổn thương đường mật thường là kết quả của một sự nhận định sai về giải phẫu.

Cần hạn chế sử dụng đốt điện nếu không cần thiết, nhất là vùng cạnh đường mật chính, không nên quá vội vàng trong phẫu tích mà phải thật cẩn thận, không nên đặt mục tiêu thời gian mổ để phán đoán, mặc khác cần nắm vững giải phẫu một cách chắc chắn. nên chuyển MM khi cần mặc dù khi mổ nội soi có khó khăn thì MM cũng không phải đơn giản nhưng việc nhận định qua không gian 3 chiều trực tiếp bằng tay sẽ dễ dàng hơn.

- Chảy máu

Chảy máu là tai biến đứng hàng đầu trong CTMNS. Tai biến này thường gây áp lực cho PTV và đây là một trong các nguyên nhân chính phải chuyển MM. Nguồn chảy có thể từ ĐMTM, giương TM hay từ nhánh (P) của ĐM gan và tĩnh mạch cửa, có thể xử trí qua nội soi nếu như nhìn rõ vị trí chảy máu nhưng cũng không nên cố gắng cầm máu nếu không nhìn rõ nhằm tránh nguy cơ tổn thương tạng.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Nghĩa [108] ở 139 TH, có 26 TH chảy máu khó cầm nhưng không phải truyền máu. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn [73] ở 66 TH có 4 TH chảy máu nhiều trong mổ nhưng không phải truyền máu. Nghiên cứu của Đỗ Kim Sơn [87] có 8 TH chảy máu (2,1%) trong đó 6 TH chảy máu trong mổ xảy ra ở TH VTMC, do nhận diện và phẫu tích tam giác Calot gặp khó khăn. Tai biến chảy máu trong nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh [90] 15 TH (1,2%). Theo Văn Tàn [98] tỷ lệ chảy máu từ 100-250ml là 4,7%, nghiên cứu

của Hoàng Mạnh An [85] 43,1%, Từ Đức Hiền, Nguyễn Hoàng Bắc [109] 9,36% chảy máu trong mổ phải can thiệp, Phan Khánh Việt [84] 3,0%, Nguyễn Tấn Đạt [10] 0,9%.

Chúng tôi gặp 7 TH bị chảy máu (4,4%), nhóm mổ < 72 giờ 3 TH (2,6%) nhóm mổ \geq 72 giờ 4 TH (8,7%), sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa $P=0,089$ bảng 3.21.

- Thủng túi mật

Tai biến này làm thời gian mổ kéo dài và có thể gây động dịch, áp xe tồn dư trong ổ bụng... gây lo lắng cho thầy thuốc . Tuy nhiên nếu TM chứa nhiều sỏi nhỏ khi rơi ra ngoài cần thật cẩn thận và phải xử lý ngay nếu không sẽ rất dễ bỏ sót. Tỷ lệ thủng TM của Văn Tần [98] 15%, rơi sỏi 6%, Hoàng Mạnh An [85] 16,9%, Phan Khánh Việt [84] 6,5%, Nguyễn Tấn Đạt [10] 13,2%, Vũ Bích Hạnh [35] 11,6%, In Woong Han [126] (2012) báo cáo tỷ lệ thủng TM, rơi sỏi 10% - 30%, 6 TH biến chứng: 03 áp xe dưới cơ hoành, 01 áp xe gan, 01 có mũ lỗ trocar gây điều trị khó khăn và tổn kém. Để tránh và khắc phục tai biến này các tác giả đưa ra giải pháp chủ động chọc hút, mở TM lấy sỏi trước khi cắt. Hoàng Mạnh An [85], Nguyễn Cường Thịnh [90], Lê Trung Hải [1], Phạm Như Hiệp [80], Lê Quang Minh [97] có 8 TH (5,8%) thủng TM, nhóm mổ \geq 72 giờ (16,2%) cao hơn nhóm mổ < 72 giờ (2%).

Chúng tôi có 18 TH (11,3%) thủng TM bảng 3.21, nhóm mổ \geq 72 giờ (23,9%) cao hơn nhóm mổ < 72 giờ (6,1%), tỷ lệ này tương đương với y văn đã thông báo [10], [85], [100]. Có nhiều nguyên nhân làm thủng TM: tổn thương viêm cấp của TM, viêm dính nặng gây khó khăn trong quá trình bóc tách, nguyên nhân từ PTV do thiếu kinh nghiệm.

- Tổn thương tá tràng

Trong nghiên cứu có 01 TH (0,6%) tổn thương tá tràng, ở nhóm mổ \geq 72 giờ, nguyên nhân gây thủng là do viêm dính nhiều vùng cuống gan và tam giác Calot trong quá trình phẫu tích chảy máu nhiều, không kiểm soát tốt các tạng xung quanh

nên bóc tách gây thủng đoạn D1 tá tràng, chúng tôi chuyển MM khâu lại tá tràng, rửa bụng, dẫn lưu dưới gan, sau 12 ngày điều trị BN ổn định ra viện.

- *Tai biến khác*

Có 3 TH rách bao gan, 2 TH rách mạc nối lớn gây chảy máu đều được đốt cầm máu qua nội soi. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ tai biến trong CTMNS phụ thuộc nhiều vào trình độ và kinh nghiệm của PTV [14], [19], [68], [81]. Tác giả Văn Tần [98] nhận xét: đối với tổn thương đường mật thì 60% xảy ra với các bác sĩ còn ít kinh nghiệm chưa được đào tạo chuẩn mực, 40% còn lại là của các bác sĩ có kinh nghiệm do họ thường mổ những TH khó như: VTMC, TM xơ teo, viêm mũ, hoại tử, Theo Đỗ Kim Sơn [87] khi PTV đã CTMNS trên 25 TH thì tai biến giảm hơn một nửa so với khi mổ dưới 25 TH.

4.4.2. Sau mổ

4.4.2.1. Diễn biến chung

Có 19 TH sốt sau mổ, chiếm 11,9% phần lớn $T^0 \leq 38^0C$, sốt thường tự hết sau 1-2 ngày, có sự khác biệt giữa 2 nhóm mổ < 72 giờ và nhóm mổ ≥ 72 giờ (10,5% so với 15,2% với $P < 0,001$). Giải thích cho các TH sốt sau mổ, có thể là do tác dụng phụ của kháng sinh. Hầu hết TH chỉ đau ít sau mổ 118 TH (73,7%), có 20 TH (12,5%) đau nhiều sau mổ, nhóm mổ < 72 giờ 3,5%, nhóm mổ ≥ 72 giờ 34,8%, khác biệt có ý nghĩa ($P < 0,001$). Có 115 TH (71,9%) trung tiện sớm trong vòng 24 giờ, 35 TH (21,9%) từ 24 – 48 giờ, 10 TH (6,2%) trung tiện ≥ 72 giờ.

Thời gian hậu phẫu từ 24 - 48 giờ có 104 TH (65%), 16 TH cần theo dõi hậu phẫu >72 giờ là do trong lúc mổ có tai biến hoặc các bệnh kết hợp tăng lên.

Thời gian trung tiện và hậu phẫu ở nhóm mổ < 72 giờ ngắn hơn nhóm mổ ≥ 72 giờ, khác biệt có ý nghĩa ($P < 0,001$) bảng 3.22.

Phần lớn BN sau mổ (77,5%) chỉ dùng 2 loại kháng sinh, 36 TH dùng tăng 3 kháng sinh (nhóm mổ ≥ 72 giờ 58,7%, nhóm mổ < 72 giờ 7,9%). Nghiên cứu cho thấy các TH mổ ≥ 72 giờ tổn thương TM viêm mũ, hoại tử hoặc chuyển MM thường phải dùng tăng cường 3 kháng sinh sau mổ ($P < 0,001$).

4.4.2.2. *Biến chứng và xử trí*

Biến chứng

Bảng 3.23 cho thấy tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 22 TH (13,7%), nhóm mổ ≥ 72 giờ 23,9%, nhóm mổ < 72 giờ 9,6%, khác biệt có ý nghĩa ($P=0,018$). Tất cả TH được phát hiện và xử trí kịp thời bằng bảng 3.24. Tỷ lệ biến chứng chung của một số tác giả như: Lê Quang Minh [97] 7,2%, nhóm mổ ≥ 72 giờ 10,8%, nhóm mổ < 72 giờ 6%, Đỗ Kim Sơn [24] 4,1%.

Nguyễn Cường Thịnh [90] 5,5%, Văn Tàn [98] 3,0%, Nguyễn Văn Nghĩa [108] có 27 TH (19,4%) trong đó có 15 TH tụ dịch dưới gan, 9 TH nhiễm trùng lỗ trocar rốn và 3 TH rò mật sau mổ. Rò mật sau mổ là một biến chứng nặng và thường phải mổ lại, nguyên nhân do tụt clip hoặc hoại tử mồm cắt ống TM, tổn thương đường mật chính, bỏ sót ống mật phụ cắt phải trong mổ (dị dạng không biết trước) và tổn thương vi quản mật ở giương TM (có thể do bóc tách trong lúc mổ).

Hoàng Mạnh An [85] gặp 3 TH (4,6%) chảy máu sau mổ, Nguyễn Cường Thịnh [90] gặp 01 TH (0,96%) chảy máu đường mật sau mổ, Nguyễn Văn Hải [83] gặp 01 TH (1,4%) chảy máu giương TM. Trần Thiện Trung và Võ Hồng Sở [86] gặp 4,3% (16 TH) tụ dịch dưới gan, Nguyễn Văn Nghĩa [108] gặp 15 TH (10,8%) tụ dịch dưới gan phát hiện qua SA kiểm tra, tất cả đều đáp ứng điều trị nội khoa không cần chọc hút hay can thiệp lại, Vũ Bích Hạnh [35] gặp 3 TH (5%), Nguyễn Văn Hải [83] gặp 2 TH (3,0%) tụ dịch dưới gan, Phan Khánh Việt [84] có 2 TH (0,9%) tụ dịch ổ bụng, Hoàng Mạnh An [85] ghi nhận 4 TH (6,2%) áp xe dưới hoành, Lê Quang Minh [97] có 3 TH (2,2%) phát hiện ổ đọng dịch dưới gan, tất cả đều được chọc hút dưới hướng dẫn của SA. Kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều với các nghiên cứu trước đây.

Chúng tôi gặp 6 TH rò mật sau mổ (3,7%) nhóm mổ < 72 giờ 3 TH (2,6%), nhóm mổ ≥ 72 giờ 3 TH (6,5%), khác biệt không có ý nghĩa ($P= 0,241$), cả 6 TH rò mật đều xảy ra ở BN có đặt dẫn lưu, 1 TH chảy máu sau mổ qua dẫn lưu dưới gan, nguyên nhân do BN có tăng huyết áp và kèm rối loạn nhẹ chức năng đông máu

trước mổ do bệnh lý viêm gan mạn, 09 TH (5,6%) phát hiện ổ động dịch dưới gan qua SA kiểm tra sau mổ, 6 TH (3,7%) nhiễm khuẩn lỗ trocar.

Xử trí

Trong 6 TH rò mật sau mổ, có 3 TH điều trị nội khoa thành công sau từ 5 – 7 ngày hậu phẫu, 3 TH còn lại rò mật với số lượng nhiều khoảng 200 – 300ml trong ngày kéo dài trên 7 ngày sau mổ, cả 3 TH này được nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent sau đó BN ổn định và xuất viện, được tái khám định kỳ 3 tháng, 6 tháng không thấy biểu hiện của hẹp đường mật. 1 TH chảy máu qua dẫn lưu sau mổ, xử trí TH này truyền 2 đơn vị máu tươi cùng nhóm sau đó BN ổn định (TH này trước mổ BN có tăng huyết áp kèm theo tăng men gan), 6 TH nhiễm khuẩn lỗ trocar: xử trí chăm sóc vết thương tại chỗ, thay băng hàng ngày vết mổ tốt dần.

Tác giả Nguyễn Văn Nghĩa [108] có 3 TH rò mật sau mổ được điều trị nội khoa thành công, Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn (2005) cũng có 2 TH rò mật sau PT CTMNS do viêm cấp cũng tự khỏi sau 01 tuần theo dõi, Nguyễn Tấn Cường [16] rò mật thường từ móm cắt ống TM hoặc từ giường TM, nơi có một số nhánh mật phụ nhỏ, biến chứng rò mật làm thời gian nằm viện kéo dài làm tăng chi phí điều trị.

4.4.2.3. Tổn thương giải phẫu bệnh

Tổn thương bệnh lý của VTMC trong nghiên cứu được chia 03 mức độ: VTM thể phù nề, VTM mũ và VTM hoại tử. Thống kê cho thấy có 102 TH VTM thể phù nề, tỷ lệ gặp ở nhóm mổ < 72 giờ: 95 TH (73,6%), nhiều hơn nhóm mổ ≥ 72 giờ: 7 TH (11,9%). Tỷ lệ gặp tổn thương VTM mũ ở nhóm mổ < 72 giờ thấp hơn nhóm mổ ≥ 72 giờ (10,9% so với 11,9%), tương tự tổn thương VTM hoại tử chiếm 76,3% TH mổ ≥ 72 giờ, nhóm mổ < 72 giờ chỉ gặp 15,5%, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$ bảng 3.25.

Theo tác giả Lê Quang Minh [97] gặp 69 TH VTM phù nề ở nhóm mổ < 72 giờ 66 TH (58,4%), nhiều hơn nhóm mổ ≥ 72 giờ 3 TH (6,7%), tổn thương VTM mũ ở nhóm mổ < 72 giờ nhiều hơn nhóm mổ ≥ 72 giờ (19,5% so với 11,1%).

Ngược lại tổn thương VTM hoại tử chiếm 82,2% TH mổ ≥ 72 giờ, nhóm mổ < 72 giờ chỉ gặp 22% TH, khác biệt có ý nghĩa $p < 0,001$. Tác giả Nguyễn Văn Nghĩa [108] có 47 TH (33,8%) kết quả giải phẫu bệnh lý là VTM hoại tử, 92 TH (66,1%) là VTM mổ.

4.4.2.4. Nuôi cấy vi khuẩn

Bảng 3.26 tỷ lệ có vi khuẩn chiếm 60,6%. Loại vi khuẩn tìm thấy chủ yếu là *E.Coli* (47,4%), *Enterococci* (28,1%), *Klebsiella* (14,9%) và trực khuẩn mủ xanh (9,6%) (bảng 3.27). Theo nghiên cứu của Hà Văn Quyết, Hoàng Việt Dũng (2006) [105] tỷ lệ nuôi cấy có vi khuẩn chiếm 31,9%.

4.4.2.5. Thời gian nằm viện

Nghiên cứu của chúng tôi thời gian điều trị sau mổ trung bình $8,2 \pm 3,4$ ngày, có 138 TH (86,3%) nằm viện từ 4 – 6 ngày, 12 TH (7,5%) nằm viện từ 7 – 10 ngày và 10 TH (6,3%) nằm viện trên 10 ngày. Có 104 TH (91,2%) mổ < 72 giờ thời gian nằm viện 4 - 6 ngày, có 8 TH (17,4%) nằm viện trên 10 ngày ở nhóm mổ ≥ 72 giờ. So sánh thời gian nằm viện giữa 2 nhóm BN cho thấy ngày nằm viện trung bình của nhóm mổ ≥ 72 giờ dài hơn nhóm mổ < 72 giờ ($9,3 \pm 2,6$ ngày so với $7,1 \pm 1,4$ ngày), khác biệt có ý nghĩa với $P = 0,03$ (bảng 3.28).

Bảng 4.40. Thời gian nằm viện trung bình của một số tác giả

Tác giả	Thời gian nằm viện	Ghi chú
Nguyễn Văn Hải [83]	$4 \pm 1,8$ ngày	2 - 11 ngày
Phan Khánh Việt [84]	$5,3 \pm 1,2$ ngày	
Hoàng Mạnh An [85]	$6,9 \pm 3,6$ ngày	3 - 26 ngày
Lê Quang Minh [97]	$7,1 \pm 2,3$ ngày	3 - 15 ngày
Chúng tôi	$8,2 \pm 3,4$ ngày	4 - 22 ngày

4.4.3. Kết quả chung

Thống kê cho thấy kết quả chung của PTNS : tốt:81,9%, trung bình: 18,1% (bảng 3.29), trong đó nhóm mổ trước 72 giờ có kết quả tốt và trung là: 91,2% và 8,8% so với nhóm mổ từ 72 giờ trở ra có kết quả tốt và trung bình : 58,7% và 41,3% . Số liệu thu được qua nghiên cứu thấy tương tự kết quả của Vũ Bích Hạnh [35], Lê Quang Minh [97] tốt: 81,9 - 83,3%, trung bình 11,6%- 18,1%.

Hầu hết các nghiên cứu trong và ngoài nước [11],[12],[15],[19],[35],[53] về CTMNS điều trị VTMC đều khẳng định CTMNS điều trị VTMC là phương pháp an toàn, hiệu quả với thời gian nằm viện ngắn, giảm các tai biến, biến chứng và tỷ lệ tử vong.

4.4.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật

4.4.4.1. Lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian mổ và chuyển MM

Bảng 3.30 cho thấy tỷ lệ phản ứng thành bụng DSP, BC > 15G/l, thành túi mật dày > 8mm và dịch quanh TM gặp ở TH có thời gian mổ kéo dài ≥ 90 phút cao hơn các TH có thời gian mổ < 90 phút.

Nghiên cứu cho thấy 42 TH thời gian mổ kéo dài trên 90 phút: 71,4% có phản ứng thành bụng; 52,4% BC ≥ 15 G/L; 61,9% thành TM > 8mm và dịch quanh TM (59,5%) (bảng 3.30) , tỷ lệ này ở 118 TH có thời gian mổ ≤ 90 phút là 23,7%; 16,1%; 21,2% và 16,9% theo thứ tự. Có sự liên quan giữa các dấu hiệu trên với thời gian mổ kéo dài (P<0,001).

Phản ứng thành bụng vùng DSP, BC > 15G/L, thành TM dày > 8mm và dịch quanh TM là các yếu tố liên quan đến thời gian PT và tỷ lệ chuyển MM.

4.4.4.2. Tổn thương túi mật và tai biến trong mổ

Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ tai biến trong mổ ở tổn thương VTM hoại tử nhiều hơn VTM phù nề và VTM mũ: 57,1% chảy máu trong mổ so với 14,3% và 28,6% (bảng 3.31). Tổn thương VTM hoại tử thường kèm theo viêm dính nhiều, TM căng to, phù nề rất dễ chảy máu, phẫu tích gặp nhiều khó khăn. Vì thế nên tiến hành mổ CTMNS sớm < 72 giờ, khi đó quá trình viêm chưa hình thành những dải

xơ chắc, các tạng dính vào TM còn lỏng lẻo, giường TM nề nhẹ, giải phóng TM thuận lợi hơn, do vậy giảm được các tai biến, biến chứng so với mổ ≥ 72 giờ .

4.4.4.3. *Tổn thương túi mật và phương pháp cắt túi mật*

Phương pháp cắt TM có những thay đổi khi tổn thương VTM nặng hơn vì bóc tách, giải phóng TM khó khăn hơn. Đối với VTMC hoại tử: 60% phải thực hiện cắt TM xuôi dòng; 86,6% cắt gần toàn bộ TM, trong khi tỷ lệ tương ứng ở nhóm VTM phù nề là: 20% và 6,7% (bảng 3.32), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Kết quả thu được qua nghiên cứu thấy tương tự như thống kê của Lê Quang Minh [97].

4.4.4.4. *Tổn thương túi mật và kỹ thuật kết hợp*

Bảng 3.33 cho thấy tỷ lệ chọc hút làm xẹp TM áp dụng ở nhóm bệnh nhân VTM hoại tử cao hơn nhiều so với VTM phù nề (60,4% so với 24,5%), khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$). Tỷ lệ đặt dẫn lưu dưới gan ở nhóm bệnh nhân VTM hoại tử cũng cao hơn bệnh nhân VTM phù nề (89,2% so với 23,5%), khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$). Nghiên cứu của Lê Quang Minh [97] về CTMNS điều trị VTMC, tỷ lệ chọc hút làm xẹp TM: 50,9%.

Theo chúng tôi nên chủ động áp dụng sớm kỹ thuật chọc hút làm xẹp TM trong TH TM viêm cấp nặng to nhằm dễ cầm nắm và phẫu tích để rút ngắn thời gian mổ, giảm tỷ lệ tai biến và MM, đảm bảo an toàn cho tính mạng của BN.

4.4.4.5. *Nhiễm khuẩn và tình trạng tổn thương túi mật*

Bảng 3.34 cho thấy tỷ lệ cấy dịch mật có vi khuẩn: 114 TH (60,6%), trong nghiên cứu VTM hoại tử cấy có vi khuẩn 52 TH (80%), VTM phù nề 42 TH (41,2%), VTM mũ 20 TH (95,2%) sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,001$).

Theo Hoàng Việt Dũng [102] tỷ lệ thấy vi khuẩn trong VTMC : 33,2%, tác giả nhận xét tỷ lệ có vi khuẩn hay gặp trong VTMC không do sỏi.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu qua 188 trường hợp viêm túi mật cấp được cắt túi mật nội soi tại BVĐK Trà Vinh, từ tháng 12/2012 đến tháng 12/2014, tôi có một số kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VTMC được mổ cắt túi mật nội soi

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp của viêm túi mật cấp được mổ cắt túi mật nội soi: đau dưới sườn phải: 87,2%; ấn điểm túi mật đau: 45,2%; sốt: 81,9%. Các dấu hiệu cận lâm sàng của viêm túi mật cấp thấy: bạch cầu tăng: 72,4%; siêu âm túi mật to, thành dày $\geq 4\text{mm}$: 100%; túi mật có sỏi: 91,5%; dịch quanh túi mật: 38,3%; kết quả giải phẫu bệnh lý gặp: viêm phù nề: 54,2%; viêm túi mật hoại tử: 34,6%. Nuôi cấy dịch túi mật: 60,6% có vi khuẩn.

2. Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp

Chỉ định cắt túi mật nội soi cấp cứu cho viêm túi mật cấp mức độ nhẹ: 52,1%, viêm túi mật cấp mức độ vừa: 47,9%. Thời điểm mổ: < 72 giờ: 68,6%, từ 72 giờ trở đi: 31,4%. Kỹ thuật cắt túi mật nội soi: cắt ngược dòng 89,4%; cắt xuôi dòng 2,6%; cắt gần toàn bộ 8%; Các kỹ thuật kết hợp: chọc hút dịch túi mật 39,3%; đắp spongel giường túi mật 4,8%; khâu ống cổ túi mật 5,3%.

3. Kết quả cắt túi mật nội soi điều trị VTMC và một số yếu tố liên quan

Tỷ lệ cắt túi mật nội soi thành công: 85,1% (< 72 giờ: 91,2%; ≥ 72 giờ: 58,7%). Thời gian mổ trung bình $71,56 \pm 13,51$ phút (< 72 giờ $56,11 \pm 13$ phút; ≥ 72 giờ: $95,45 \pm 11$ phút). Tai biến trong mổ: 19,4%. Biến chứng sớm sau mổ: 12,2%. Thời gian nằm viện trung bình $8,2 \pm 3,4$ ngày (< 72 giờ: $7,1 \pm 1,4$ ngày; ≥ 72 giờ $9,3 \pm 2,6$ ngày). Kết quả phẫu thuật nội soi: tốt 81,9%, trung bình: 18,1%.

Một số yếu tố liên quan tới kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp: Phản ứng thành bụng dưới sườn phải, bạch cầu máu ngoại vi $> 15\text{G/L}$, thành túi mật dày $> 8\text{mm}$ và siêu âm thấy dịch quanh túi mật liên quan có ý nghĩa đến thời gian mổ kéo dài trên 90 phút ($P < 0,001$). Thành túi mật dày $> 8\text{mm}$, bạch cầu máu ngoại vi $> 15\text{G/L}$, liên quan có ý nghĩa đến tỉ lệ chuyển mổ mở ($p < 0,001$).

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi hiệu quả và an toàn trong điều trị viêm túi mật cấp.

KIẾN NGHỊ

Từ những kết quả thu được qua nghiên cứu, chúng tôi có một số khuyến cáo sau:

1. Cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp là phẫu thuật an toàn, hiệu quả có thể triển khai tại Bệnh viện tuyến tỉnh.
2. Thời điểm chỉ định cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp nên thực hiện < 72 giờ từ khi có triệu chứng đầu tiên.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Trần Kiến Vũ (2013). Kết quả bước đầu PT CTMNS điều trị VTMC tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. *PT nội soi và nội soi Việt Nam*, tập 3, số 4, 40-44.
2. Trần Kiến Vũ (2014). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả CTMNS điều trị VTMC tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. *Y học thực hành* số 944 – 2014, 108-110.
3. Trần Kiến Vũ (2014). Đánh giá kết quả PT nội soi điều trị VTMC tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*. Tập 18, số 1, 351-354.
4. Trần Kiến Vũ (2015). Nghiên cứu chỉ định, thời điểm mổ và kết quả CTMNS điều trị VTMC tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 19, số 1, 203-207.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trung Hải (2010), *CTMNS trong VTMC*, PT nội soi cắt TM các kỹ thuật và tiên bộ mới, nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 48-55.
2. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2003), *VTMC*, nhà xuất bản Y học, 113-119.
3. Phạm Thị Thu Hồ (2000). *Điều trị VTMC tính*, Điều trị học nội khoa, tập I, Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản y học 160-162.
4. Shou-Wu Lee, Chi-Sen Chang. (2010), The role of the Tokyo guidelines in diagnosis of acute calculous cholecystitis, *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2010, 17, 879-884.
5. Nguyễn Dương Quang (2003), *VTMC*, Bách khoa thư bệnh học, tập 3, NXB Y học, 523-527.
6. Ersan Altun, Richard C. (2010), Acute cholecystitis: MR findings and differentiation from chronic cholecystitis, *Pud Med*, 224(1), 174-183.
7. Ronald S, Chamberlain (2003), Surgical techniques of open cholecystectomy, *Hepatobiliary Surgery*, 146-148.
8. Nicholas G, Crikesz (2008), Trend in surgical management for acute cholecystitis, *Annal Surgery*, 144, 283-289.
9. Shiong-Wen Low. (2009), Laparoscopic cholecyctomy for acute cholecystitis: Safe implementation of successful strategies to reduce conversion rate, *Surgery Endoscopic*, DOI 10.1007/s00464-009-0374-x.
10. Nguyễn Tấn Đạt (2009), *Đánh giá kết quả điều trị VTMC giữa CTMNS sớm và trì hoãn*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Học viên Quân y, Thành phố Hồ Chí Minh.

11. Chung – Mau Lo. (1998), Propective Randomized Sruudy of early versus delayed Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis, *Annals of Surgery*, Vol.227, No.4, 461-467.
12. Christos Skouras, Omar J. (2012), Is early Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis preferabale to delayed surgery? Best evidence topic (BET), *International J of Surgery*, (10).250-258.
13. Gurusamy K.S., Samrai K. (2006), Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis, *Pubmed.gov*, 18(4), 54-58.
14. Salam F.Z., Nezam H.A. (2012), Treatment of acute cholecystitis, *Arch Surg*, 168(8), 133-137.
15. Tadahiro Takada et al (2013), TG13 Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitissss and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, (20), 1-7.
16. Nguyễn Tấn Cường (2003), *Điều trị sỏi TM bằng PT cắt TM qua nội soi ổ bụng*, Luận án phó tiến sĩ khoa học Y dược, Thành phố Hồ Chí Minh.
17. Trần Bình Giang, Đỗ Mạnh Hùng, Đỗ Tuấn Anh và cs (1998), PT CTMNS tại Bệnh viện Việt Đức, *Ngoại khoa tập 33, số 6*, tr 7-10.
18. Atmad F, Soomroo, I., Maher M. (2007), Role of laparoscopic Cholecystectomy in the Management of acute cholecystitis, *Annals of Surgery Vol 13. (4)*, 238-241.
19. Naves, B., Mutter D. (2001), Safety of laparoscopic apparoach for acute cholecystitis: retropective study of 609 cases, *World journal of Surgery*, (25), 1352-1356.
20. Yosgiro Fujji, Jiro Ohuchida (2012), Verification of Tokyo Guidelines for diagnosis and management of acute cholescystitis, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, (19), 487-491.

21. Trần Bình Giang (2003), *PT CTMNS*, nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 309-327.
22. Nguyễn Đình Hôi, Tôn Thất Bách (2005), *Nghiên cứu ứng dụng tiến bộ khoa học công nghệ trong chẩn đoán và điều trị sớm bệnh sỏi mật*. Đề tài khoa học cấp nhà nước, 148-169.
23. Nguyễn Khánh Trạch (2000), *Điều trị sỏi mật*, I, Đại học y Hà Nội NXB Y học, 157-160.
24. Đỗ Kim Sơn, Trần Gia Khánh (1995). *PT sỏi đường mật tại Bệnh viện Việt Đức trong 10 năm (1976-1985)* 1139 TH, *công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Việt Đức*, 188-195.
25. Nguyễn Song Anh, Nguyễn Lược, Nguyễn Nam Dương (1982), “Vấn đề chẩn đoán viêm TM hoại tử qua 40 TH đã PT”. *Nội khoa*, tập 3, tr 16, 19.
26. Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Mạnh Cường (1993), *Điều trị VTMC tính đơn thuần*. *Ngoại khoa*, tập 23, số 5 9-13.
27. Nguyễn Văn Bằng (2001). *Đổi chiếu lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh qua 233 TH cắt TM tại Bệnh viện Hữu Nghị*. *công trình nghiên cứu khoa học 1998-2001*, nhà xuất bản y học, tr 422-425.
28. Nguyễn Văn Mạnh (2001), “*Nghiên cứu kết quả PT CTMNS tại Bệnh viện Việt Đức. (1995-2000)*”, Luận văn thạc sĩ y học.
29. Nguyễn Quang Quyền (1997), *TM và các đường dẫn mật ngoài gan*, NXB y học, 293-298.
30. Frank H, Netter M. (2004), *Atlas D’Anatomie Humaine-2^{ème} edition*, pp.298-299.
31. Trịnh Văn Minh (2007), *Giải phẫu người*, tập 2, Đại học Y Hà Nội, tr.402-405.

32. Trần Thị Chính (2002), Sinh lý bệnh quá trình viêm, Sinh lý bệnh học, NXB Y học, Hà Nội, tr.202-218.
33. David W.R, Charles Ferguson. (2003), Factors associated with successful Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis, *Annal of Surgery*, Vol.217(3), 233-236.
34. Moeller T.B, Reif E. (2007), *Pocket Atlas of Sectional Anatomy CT and MRI*, 132-137.
35. Vũ Bích Hạnh (2010), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả PT nội soi cắt TM trong điều trị VTMC do sỏi*, Học viện Quân y.
36. Trần Văn Phoi, Nguyễn Hoàng Bắc (2003), Thủng TM trong CTMNS, 7(1), 39-42.
37. Netter (2007), *Atlas D'Anatomie Humaine-2^{eme} edition*, 211-225.
38. Micheal J, Stanley W. (2009), *Maingot's Adominal Operations, 11th*. 117-121.
39. Torsten B, Moeller, Emil Reif (2007), *Pocket Atlas of Sectional Anatomy, Thieme Stuttgart-New York*, 112-117.
40. Lê Quan Anh Tuấn, Nguyễn Hoàng Bắc (2003), Các dạng của động mạch TM khảo sát qua CTMNS, *Y học Thành phố Hồ Chí Chinh*, 7(1), 14-19.
41. Hugh T.B. (1992), Laparoscopic anatomy of the cystic artery, *The American journal Surgery*, (193), 593-595.
42. Adrian A.I., Ian J.B. (2002), Acute cholecystitis, *British Medical Journal*, 325 (7365), 639-643.
43. Steven M, Strasberg (2008), Acute calculous cholecystitis, *N Eng J Med*, 358, 2804-2811.

44. Toshihiko Mayumi, Tadahiro Takada. (2007), Result of the Tokyo Consensus Meeting Tokyo guidelines, *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007, 14, 114-121.
45. Salam F.Z, Nezam H.A. (2012), Pathogenesis, clinical features, and diagnosis of acute cholecystitis, *Arch Surg*, 163(5), 33-39.
46. Bùi Văn Chinh (2011), Đánh giá kết quả PT nội soi điều trị sỏi VTMC, *Tạp chí Y học thực hành*, (775+776), 286-288.
47. Trần Phương Hạnh, Nguyễn Sào Trung (2009), Giải phẫu Bệnh học, NXB Giáo dục, 377-379.
48. Soper N.J. (1997), The utility of ultrasonography for screening the common bile duct during laparoscopic cholecystectomy, *J laparoendosc Adv Surg Tech A* (7), 271-276.
49. Nguyễn Duy Huệ (2005), Chẩn đoán siêu âm sỏi mật, PT gan mật, NXB Y học, 75-86.
50. Stenberg B, Simon E (2010), Diagnosis of gallbladder problems using three-dimensional ultrasound. *Eur Radiol*, 20, 908-914.
51. Fabio Cesare Campanile et al. (2012), Acute cholecystitis, *The Role of Laparoscopic in Emergency Abdominal Surgery*, Springer-Verlag Italia, 142-146.
52. Borzellino G. (2008), Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results, *Surg Endoscopy*, (22), 8-15.
53. Lê Trường Chiến, Nguyễn Tấn Cường và cs (2010), PT nội soi điều trị VTMC: Đánh giá lại kết quả qua 686 ca, *Ngoại khoa* 60 (4,5,6), 61-67.
54. Balazs I. Lengyel. (2012), Laparoscopic Cholecystectomy: What is the price of conversion, *Journal of Surgery*, (152), 173-178.
55. Nguyễn Văn Tường (2009), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả PT CTMNS tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh*, Đại học Y Hà Nội.

56. Đoàn Thanh Tùng (2005), “Viêm TM”. Cấp cứu ngoại khoa tiêu hóa, NXB Y học, 158-164.
57. Giuseppe B, Stefan S. (2008), Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results, *Surg Endosc*, (22), 8-15.
58. Fabio Cesare Campanile. (2011), The need for new patient-related “guidelines for the treatment of acute cholecystitis, *Journal of Emergency Surgery*, (70), 106-109.
59. Szabo K, Rothe A. (2012), Laparoscopic cholecystectomy review over 20 year with attention on acute cholecystitis and conversion, *Eur Surg*, 44/1, 28-32.
60. Gordon A.G, Magos A.L. (1989), The development of laparoscopic Surgery, *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, (3), 429-449.
61. Dobis F. (1996), Laparoscopic cholecystectomy technique and complication, experience of 2636 cases, *Surgical Endoscopy American*, (8), 857-858.
62. Juliane B.C, Melaine M. (2002), Reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy: A year Review, *The society for Surgery of the Alimentary Tract, Inc*, 6(6), 800-805.
63. Oktar Asoglu (2004), Does of complication rate increase in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis?, *Journal of laparoscopic & Advanced Surgical techniques*. 4(2), 81-88.
64. Paulo César Galvão do A. (2006), Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients, *JSLs Oct-Dec*, 10(4), 479-483.
65. Singhai, Balakrishnan (2009), Laparoscopic subtotal cholecystectomy: Initial experience with laparoscopic management of difficult cholecystitis, *The Surgeon*, Vol 7 Issue 5, 263-268.

66. Juan C, Rodriguez-Sanjuan. (2012), Acute cholecystitis in high surgical risk patients: percutaneous cholecystectomy or emergency cholecystectomy, *The American Journal of Surgery*, (204), 54-59.
67. Kristhtein, Boris. (2008), Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the Elderly: Is it safe?, *Surgical laparoscopy, Endoscopy et percutaneous Techniques*, Vol.18(4), 334-339.
68. Kindras M. (2007), Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis, *Pol Merkur Lekarski*, 23(134), 92-94.
69. Yi N.J, Han H.S, Min S.K, (2006), The safety of a laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in high – risk patients older than sixty with stratification based on ASA score, *Minim Invasive* , 15(3), 159-164.
70. Yuichi Ymashita (2007), Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines, *J hepatobiliary pancreat Surgery*, (14), 91-97.
71. Lo C.M, Liu C.I, Fan S.T, Lai E.C, Wong J. (1998), Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis, *Annal Surgery*, 227(4), 461-467.
72. Yadav R.P, Adhikary S. (2009), A comparative study of early vs. delayed laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Vol 7, No, 1, Issue 25, 16-20.
73. Diêm Đăng Bình, Nguyễn Cường Thịnh (2008), PT nội soi cắt TM ở người cao tuổi, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(4), 7-10.
74. Condilis N, Sikalias N. et al. (2008), Acute cholecystitis: is the best time for laparoscopic cholecystectomy?, *Ann Ital Chir*, 79(1), 23-27.
75. Phạm Văn Năng, Nguyễn Minh Hoàng (2004), CTMNS điều trị VTMC, *Y học thực hành*, (491), 241-243.

76. Nguyễn Cường Thịnh (2006), Tởn thương đường mật trong CTMNS, *Y học Việt Nam*, 319, 208-213.
77. Chau C.H., Tang C.N. (2002), Laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy in elderly patients with acute cholecystitis: retrospective study, *Hong Kong medicin*, (8), 394-399.
78. Kok-Ren Lim (2007), Risk factors for conversion to open surgery in patients with acute cholecystitis undergoing interval laparoscopic cholecystectomy, *Ann Acad Med Singapore*, (36), 637-635.
79. Đỗ trọng Hải (2004), CTMNS trong VTMC do sỏi, *Kỷ yếu các đề tài khoa học*. Đại hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ XI, 20-21.
80. Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2006), Tình hình điều trị PT VTMC tại Bệnh viện Trung ương Huế, *Y học thực hành*, 532, 237-239.
81. Nezam H.A, Charles M. (2012), Complication of laparoscopic cholecystectomy, *J Gastrointest Surg*, 13(3), 498-502.
82. Atul K, Madan. (2002), How early is early Laparoscopic treatment of acute cholecystitis, *The American journal of Surgery*, (183), 232-236.
83. Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn (2005), Kết quả CTMNS trong VTMC, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 9(2), 109-113.
84. Phan Khánh Việt, Phạm Như Hiệp (2009), CTMNS trong VTMC do sỏi, *Tạp chí Y học thực hành*, (690+691), 144-149.
85. Hoàng Mạnh An (2009), Đánh giá kết quả điều trị VTMC do sỏi bằng PT CTMNS, *Tạp chí Y Dược học quân sự* 34(4), 81-85.
86. Trần Thiện Trung, Võ Hồng Sở (2010), Kết quả PT nội soi điều trị VTMC do sỏi, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(4), 96-101.a
87. Đỗ Kim Sơn (2003), Nghiên cứu nguyên nhân và phương pháp xử lý tai biến và biến chứng của PT CTMNS tại Bệnh viện Việt Đức, *Ngoại khoa số II*, 9-13.

88. Suter M. (2001, A 10 year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis, *Surg End*, (1.5), 1187-119.
89. Phan Đình Tuấn Dũng, Lê Mạnh Hà (2002), Tồn thương đường mật trong CTMNS: chẩn đoán và chiến thuật điều trị, *Tạp chí Y học thực hành*, (690+691), 115-121.
90. Nguyễn Cường Thịnh (2006), CTMNS điều trị VTMC, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 10(4), 53-56.
91. Kenneth J.M. (2008), Iatrogenic biliary injuries: Clasification, identification, and managemet, *Surgical clinics of North American*, (88), 1329-1343.
92. Micheal Miroshnik, Ahmed SaaFan. (2002), Biliary tract injury in Laparoscopic cholecystectomy: Results of a single unit, *Journal Surgery*, (72), 867-870.
93. Phạm Như Hiệp, Lê Lộc (2004), PT nội soi cắt TM trên bệnh nhân có vết mổ cũ, *Y học Việt Nam* 304(11), 123-130.
94. Low S.W, Iyer S.G. (2009), Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: Safe implementation of successful strategies to reduce conversion rates, *Surg Endose*, 23(11), 2424-2435.
95. Benjanmin N, Thomson J. (2003), Recognition and Management of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy, *Journal Surg*, (73), 183-188.
96. Constantinos S.(2009), Laparoscopic cholecystectomy in patients with empyematous cholecystitis: an outcome analysis, *Indian J Surgery*, (71), 258-264.
97. Lê Quang Minh (2013), *Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả điều trị VTMC bằng PT CTMNS*. Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.

98. Văn Tần (2006), Tiến bộ trong cắt TM qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Bình Dân, *Y học Việt Nam*, 319 (Số đặc biệt về PTNS), 163-178.
99. Nguyễn Xuân Phách (1995), *Toán thông kê và tin học ứng dụng trong y-sinh-dược*, học viện quân y, NXB QĐND, 24-55.
100. Lê Lộc, Phạm Như Hiệp (2004), CTMNS: kinh nghiệm qua 436 TH, *Kỷ yếu các đề tài khoa học*, Đại hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ XI, 29-39.
101. Đặng Thành Đông (2010), *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả PT nội soi cắt TM cấp cứu do VTMC*. Đại học Y Hà Nội.
102. Hà Văn Quyết, Hoàng Việt Dũng (2007), “Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và kết quả điều trị PT viêm TM ở người cao tuổi”, *Ngoại khoa số 4*, 40-44.
103. Salameh J.R, Franklin M.E. Jr. (2004), Acute cholecystitis and severe ischemic cardiac disease in laparoscopic indicated, *JSLs*. 8 (1). 61-64.
104. Nguyễn Thành Lam (2007), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương giải phẫu bệnh lý và kết quả điều trị PT nội soi viêm TM tại bệnh viện Việt Đức. *Luận văn thạc sĩ y học*.
105. Hoàng Việt Dũng (2006). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị PT viêm TM ở người cao tuổi. *Luận văn thạc sĩ y học*.
106. Saraki A, Obuchi. (2009), Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis, *Surgery today*, 39(10), 870-875.
107. Weber DM. (2003). Laparoscopic surgery: an excellent approach in elderly patients, *Arch Surg*, 138(10), 1083-1988.
108. Nguyễn Văn Nghĩa (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị PT nội soi VTMC do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. Đại học Y Hà Nội.

109. Từ Đức Hiền, Nguyễn Hoàng Bắc (2006), PT nội soi cắt TM trên bệnh nhân có vết mổ bụng cũ, *Y học Việt Nam*, 319 (số đặc biệt chuyên đề PT nội soi và nội soi can thiệp), 191-195.
110. Daniak C.M. (2008), Factors associated with time to Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *World Journal Gastroenterol*, 14(7), 1084-1090.
111. Kim J.H, Jeong I.H. ((2008), Surgical outcomes of laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis, *Journal of gastrointestinal surgery*, 12(5), 829-835.
112. Juliane Bingener. (2004), Dose the correlation of acute cholecystitis on ultrasound and at surgery reflect a mirror image?, *The American Journal of Surgery*, (188), 703-707.
113. Jun Nakajima, Akira Sasaki. (2009), Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis, *Surgery Today*, (39), 870-875.
114. Nguyễn Hồng Việt (2010), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Polyp TM bằng CTMNS*, Học viện Quân y.
115. Nguyễn Tăng Miên, Lê Văn Tâm (2008), CTMNS điều trị polyp TM, *Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(4), 225-229.
116. Vanessa L, Wills. (2000), A Randomized controlled trial comparing cholecystocholangiography with cystic duct cholangiography during laparoscopic cholecystectomy, *Journal surgery*, (70), 573-577.
117. Gepta P.C, Singh G. (2000), Role of selective intra-operative cholangiography during cholecystectomy, *Journal Surgery*, (70), 106-109.
118. Atef Shaheed, Mahmoud Sakr. (2004), Early Laparoscopic cholecyctomy for acute versus chronic cholecystitis: A Prospective Comparative Study, *Kuwait Medical Journal*, 36(4), 281-284.

119. Chander C.F, Lane J.S. (2000), Prospective evaluation of early versus delayed; Laparoscopic cholecystectomy for the treatment of acute cholecystitis, *Annal Surgery*, (66), 896-99.
120. Toshio Tsuyuguchi, Tadahiro Takada. (2007), Techniques of biliary drainage for acute cholecystitis: Tokyo guidelines, *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007, 14, 46-51.
121. Kent A.S. (2006), Immediate laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: no need to wait, *The American journal Surgery* (192), 756-761.
122. Robert A. Casillas. (2008), Early laparoscopic cholecystectomy is the preferred management of acute cholecystitis, *Arch Surg*, 143(6), 533-537.
123. Jean louis Dulucq (2003), Tips and Techniques in Laparoscopic Surgery, *Spriger-Verlag France-Paris*, 3-22.
124. Beldi G., Glattli A. (2003), Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis, *Surg Endosc*, (17), 1437-1439.
125. Isidoro Di Carlo . (2009), Modified subtotal cholecystectomy: Results of laparotomy procedure during the laparoscopic Era. *World journal of Surgery*, (33), 520-525.
126. In Woong Han (2012), Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage, *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, (19), 327-375.
127. Trần Bảo Long, Đoàn Thanh Tùng (2006), Nghiên cứu PT CTMNS không dùng clip, *Y học Việt Nam* số 9; 25–31.
128. Yetkin G., Uludag M, Citger B, Akgun I, Karakoc S. (2009), Predictive factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis, *Bratisl Lek Listy*, 110(11), 688-691.

129. Nguyễn Cường Thịnh, Diêm Đăng Bình và cs (2008), Đánh giá kết quả CTMNS qua 1231 TH, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 12(4), 11-15.

Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh
Khoa ngoại tổng hợp

Số bệnh án
Số lưu trữ

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I. Hành chính

Họ và tên Tuổi

Giới Nam/ Nữ Dân tộc

Địa chỉ :

Điện thoại :

Nghề nghiệp :

Ngày vào : h..... / / 201.....

Ngày mổ: / / 201...

Ngày ra : / / 201...

Số ngày nằm viện :

II. Bệnh sử

Không đau

Có đau

Vị trí đau: HSP Thượng vị Đau HSP và thượng vị

Mức độ đau : Âm ỉ Dữ dội Đau con

Hướng lan:

Thân nhiệt: không sốt Có sốt < 38 độ > 38 độ Rét run

Xuất hiện trước đau Sau đau Không rõ

Vàng mắt vàng da: có Không

Khác

Thời gian phát hiện có sỏi TM đến nay : tháng / năm

Đã được điều trị:

III . Tiền sử

Bản thân

Bệnh nội khoa

.....

.....

Bệnh ngoại khoa

.....

Gia đình

.....
Tiền sử PT ổ bụng và cách thức PT
.....
.....

IV . Khám vào viện :

Nhiệt độ : C Mạch : lần / phút Huyết áp : mmHg

Tình trạng bụng :

Trướng : có không

Phản ứng HSP : có không Blumbreg

TM căng to : có không Dấu hiệu Murphy

Điểm đau TM : có không

Không có triệu chứng

dấu hiệu khác:

Bệnh kèm theo :

Tăng huyết áp độ : Suy tim giai đoạn

Thiếu năng mạch vành : có không

Viêm phế quản mạn Hen phế quản

Tâm phế mạn Lao phổi cũ

COPD Đái tháo đường : týp1 týp 2 Basedow

Tăng cholesterol máu Gút Xơ gan Viêm gan vi rút

Viêm tụy cấp mãn Viêm đại tràng Sỏi tiết niệu

Viêm loét dạ dày tá tràng Suy thận độ U xơ tiền liệt tuyến

Di chứng tai biến mạch máu não Động kinh Tâm thần

Phân loại bệnh nhân tiêu chuẩn A.S.A :

A.S.A1 A.S.A2 A.S.A3

Đã điều trị :

.....
Kết quả :

V . Cận lâm sàng :

Huyết học:

Số lượng hồng cầu : T/l Tỷ lệ huyết sắc tố.....g/l

MC : phút MĐ : phút Nhóm máu :

Số lượng bạch cầu : G/l Công thức bạch cầu :N%
L %

Số lượng tiểu cầu : G/l

Tốc độ máu lắng

CRP (nếu có)

Sinh hóa

Glucose :..... mmol Cholesterol:..... mmol SGOT : U/L

Ure:mmol/l Triglycerid:mmol/l SGPT U/l

Creatinin : μ mol/l Bilirubin TP : μ mol/l

Amylase:U/l

Protit máu : g/l Bilirubin TT : μ mol/l

Anti HIV : HbsAg :

Prothrombin :% Howell:/.....

Nước tiểu : Glucose :..... Protein :..... Bilirubin:.....

Chẩn đoán hình ảnh lúc vào viện

X quang tim phổi :

Điện tim : Bình thường Block nhĩ – thất cấp

Dày thất trái Suy tim Thiếu máu cơ tim

Thiếu năng mạch vành Dấu hiệu khác :

Siêu âm gan mật:

Lần I :

Gan KT : P..... \times cm Nhu mô : Đều Không đều

Đường mật trong gan :Đường mật ngoài gan

TM:

Kích thước TM \timesCm Độ dày thành túimm

Số lượng sỏi viên Kích thước sỏi: \times cm Sỏi bùn

Hình ảnh “ thành TM hai bờ “ : Có Không

Dịch quanh TM : Có Không

Khác (khí, áp xe, dấu hiệu Murphy trên siêu âm ...):
.....
.....

Lần II :

Gan KT : P..... \times cm Nhu mô : Đều Không đều

Đường mật trong gan :Đường mật ngoài gan

TM:

Kích thước TMx.....Cm Độ dày thành túimm

Số lượng sỏi viên Kích thước sỏi :.....x.....cm Sỏi bùn

Hình ảnh “ thành TM hai bờ “ : Có Không

Dịch quanh TM : Có Không

Khác (khí, áp xe , dấu hiệu Murphy trên siêu âm ...):

.....
.....

VI . Chẩn đoán :

Chẩn đoán lúc vào viện :

.....
.....

Chẩn đoán trong mổ :

.....
.....

VII . Điều trị trước mổ :

.....
.....

Kết quả :

VIII . Chỉ định PT :

Theo chương trình Bán cấp Cấp cứu

Thời gian từ lúc đau đến lúc mổ: (giờ)

IX . PT :

1.Gây mê NKQ BS

2. Kíp PT

.....
3.Chẩn đoán sau mổ

4. Biên bản PT :

Đặt trocar đầu tiên: kín Hassan

Bơm CO₂ ổ bụng áp lực :.....mmHg.

Tốc độ bơm :

Tình trạng ổ bụng

Ổ bụng: có dịch dưới gan khắp ổ bụng
Tính chất dịch: trong mủ mật
Gan : Lách :
Dạ dày : Ruột OMC :cm
TM : KT × cm . Độ bóng : To Teo nhỏ
Ứ nước Hoại tử Viêm mủ
TM dính các tạng lân cận : Không dính
Viêm dính tam giác Calot :
Thành TM : Dày Mỏng . Ống TM: cm
Tam giác Calot :
Giải phẫu : TM OTM ĐMTM OMC
Khác

Thì kỹ thuật :

Kẹp bộc lộ ống cổ TM: thuận lợi Khó khăn
Chọc làm xẹp TM Đặt thêm trocar Số trocar đặt thêm
Vị trí đặt
Gỡ dính: không Có : Thuận lợi Khó khăn
Tai biến nếu có

Bộc lộ ống cổ TM và động mạch TM:

Thuận lợi Khó khăn
Tai biến (nếu có) và xử trí

Chảy máu : ĐM TM Giương TM Khác

Thùng TM rơi sỏi vào ổ bụng

Tổn thương đường mật chính : Không Có

Mức độ tổn thương

Tôn thương tạng khác

.....
.....

Xử trí tai biến

.....
.....

Kết quả

.....
.....

Xử trí ống cổ TM: Kẹp clip Buộc Khác

Xử trí động mạch TM: Kẹp clip Buộc Khác

Cắt TM ngược dòng Xuôi dòng

Đề lại 1 phần giường TM

Phẫu tích giường TM: Thuận lợi Khó khăn Lý do :

.....
.....

Cầm máu khi giải phóng TM: Thuận lợi Khó khăn Lý do:

.....
.....

Lau ổ bụng

Hút rửa ổ bụng

Lấy TM: trực tiếp

Trong túi chất dẻo hay cao su

Cắt nhỏ bệnh phẩm

Mở rộng lỗ trocar

Đặt dẫn lưu: Không

Có

Dưới gan

Douglas

Khác

Kỹ thuật khâu lỗ Trocar:

Lỗ 5 mm

Lỗ 10 mm:

Chuyển MM : Không Có

Lý do chuyển mở :

.....
.....

Xử trí sau chuyển mở:

.....
.....

Thời gian từ lúc đặt trocar đầu tiên đến lúc chuyển mở: phút

Thời gian PT (từ lúc rạch da đến lúc rút trocar): phút

X. Sau mổ :

1. Thuốc sử dụng :

- Số lượng dịch truyền/ ngàyml × ngày

- Kháng sinh

1...../ ngày × ngày

2...../ ngày × ngày

3...../ ngày × ngày

- Giảm đau:

1. / ngày × ngày

2. / ngày × ngày

- Thuốc khác

1. / ngày × ngày

2. / ngày × ngày

3. / ngày × ngày

4. / ngày × ngày

2. Diễn biến sau mổ

Nhiệt độ : không sốt Có sốt

Thời gian hết sốt : (ngày).

Huyết động: ổn định Không ổn định

Lý do :
.....

Đau sau mổ : Đau nhiều Đau trung bình Đau ít

Không đau

Thời gian trung tiện : giờ

Thời gian rút dẫn lưu sau mổ: giờ

3. Biến chứng :

Không Có

Chảy máu Nhiễm trùng vết mổ Tràn khí dưới da Rò mật

Viêm phúc mạc Tắc mật

Tắc ruột sau mổ Viêm phổi

Viêm đường tiết niệu

Khác

.....

Xử trí biến chứng:

Điều trị nội khoa

.....
.....

Kết quả :

Điều trị ngoại khoa

.....
.....

Kết quả :

4. Tái phát các bệnh mạn tính hay bệnh phối hợp tiến triển :

Không

Có

Bệnh :

Xử trí :

.....
.....

Kết quả :

XI . Kết quả giải phẫu bệnh , vi sinh :

+ Giải phẫu bệnh lý

Viêm hoại tử

Viêm mủ

Viêm cấp

+ Vi Sinh :

Dịch TM : không có vi khuẩn có vi khuẩn

.....
(Kháng sinh đồ))

XII. Tình trạng khi ra viện :

Ổn định

Chuyển tuyến chuyên khoa điều trị

Lý do chuyển :

Ngày ra viện :/...../ 201.....

Thời gian hậu phẫu : ngày

XIII .Khám lại sau mổ :

+ Sau 1 tháng :

Đau bụng : không có

Phải điều trị giảm đau không phải điều trị giảm đau

Rối loạn tiêu hoá : không có phải điều trị giảm thuốc

DANH SÁCH BỆNH NHÂN

Stt	Họ và tên	Tuổi	Giới	Ngày vào	Ngày ra	MHS
1	Hồng Thị B	62	Nữ	4/12/2012	18/12/2012	522
2	Thạch H	55	Nam	13/12/2012	21/12/2012	1976
3	Triệu Kim A	68	Nữ	2/1/2013	9/1/2013	4878
4	Phạm Thị L	62	Nữ	13/1/2013	29/1/2013	6234
5	Nguyễn Thị Bích L	23	Nữ	13/1/2013	18/1/2013	6321
6	Nguyễn Thị M	16	Nữ	15/1/2013	22/1/2013	6587
7	Mai Văn L	68	Nam	17/1/2013	25/1/2013	6832
8	Son Thị Ph	75	Nữ	23/1/2013	7/2/2013	7626
9	Lâm Văn Ph	72	Nam	24/1/2013	4/12/2013	7808
10	Thạch Thị H	65	Nữ	12/2/2013	25/2/2013	10167
11	Mạch Thị Thanh T	38	Nữ	6/3/2013	14/3/2013	13252
12	Nguyễn Văn B	62	Nam	13/3/2013	21/3/2013	14101
13	Giang Thị Sa R	44	Nữ	20/3/2013	3/4/2013	15057
14	Lê Thị K	60	Nữ	22/3/2013	1/4/2013	15384
15	Kim Thị H	42	Nữ	22/3/2013	1/4/2013	15297
16	Nguyễn Văn U	58	Nam	23/3/2013	29/3/2013	15414
17	Thạch Thị H	23	Nữ	24/4/2013	4/5/2013	19803
18	Phạm Thị Lài	45	Nữ	2/4/2013	8/4/2013	16868
19	Đặng Thị L	58	Nữ	1/5/2013	9/5/2013	20801
20	Thái Thị Bé T	50	Nữ	7/5/2013	13/5/2013	21550
21	Thạch Thị Sô Kh	37	Nữ	13/5/2013	17/5/2013	22421
22	Thạch Thị Si D	58	Nữ	16/5/2013	25/5/2013	22870
23	Vô Thị Th	50	Nữ	21/5/2013	28/5/2013	23585
24	Huỳnh Thị S	65	Nữ	2/6/2013	17/6/2013	25867

Stt	Họ và tên	Tuổi	Giới	Ngày vào	Ngày ra	MHS
25	Lê Thị N	63	Nữ	4/6/2013	11/6/2013	26109
26	Nguyễn Thị Kim Q	24	Nữ	4/6/2013	12/6/2013	26171
27	Phạm Thị Tr	62	Nữ	5/6/2013	13/6/2013	26343
28	Nguyễn Thị Nh	35	Nữ	10/6/2013	20/6/2013	27064
29	Nguyễn Thị Tr	62	Nữ	13/6/2013	24/6/2013	27477
30	Thạch Thị H	32	Nữ	13/6/2013	25/6/2013	77501
31	Thạch Thị R	24	Nữ	14/6/2013	28/6/2013	27636
32	Thạch Thị V	61	Nữ	17/6/2013	25/6/2013	27972
33	Nguyễn Văn T	19	Nam	25/6/2013	4/7/2013	29220
34	Thạch Thị Sa R	36	Nữ	25/6/2013	10/7/2013	29143
35	Thái Thị Đ	74	Nữ	30/6/2013	15/7/2013	29891
36	Nguyễn Thị L	64	Nữ	30/6/2013	15/7/2013	29878
37	Nguyễn Thị T	30	Nữ	1/7/2013	8/7/2013	29985
38	Nguyễn Thị Tr	74	Nữ	2/7/2013	16/7/2013	30206
39	Võ Thị C	49	Nữ	2/7/2013	9/7/2013	30133
40	Dương Thị Th	69	Nữ	3/7/2013	15/7/2013	35350
41	Kim Thị Sa H	71	Nữ	14/7/2013	26/7/2013	31843
42	Thạch Thị L	59	Nữ	17/7/2013	31/7/2013	32257
43	Nguyễn Thị Đ	84	Nữ	19/7/2013	31/7/2013	32540
44	Dương Thị L	42	Nữ	22/7/2013	30/7/2013	32948
45	Thạch R	64	Nam	23/7/2013	30/7/2013	33058
46	Thạch S	50	Nam	24/7/2013	2/8/2013	33212
47	Đỗ Thị Hồng H	72	Nữ	25/7/2013	2/8/2013	33341
48	Nguyễn Thị H	61	Nữ	27/7/2013	7/8/2013	33621
49	Nguyễn Thị B	37	Nữ	29/7/2013	5/8/2013	33854
50	Nguyễn Thị D	64	Nữ	2/8/2013	13/8/2013	34453

Stt	Họ và tên	Tuổi	Giới	Ngày vào	Ngày ra	MHS
51	Phước Thị H	55	Nữ	5/8/2013	13/8/2013	34820
52	Nguyễn Thị T	56	Nữ	5/8/2013	13/8/2013	34895
53	Nguyễn Bạch C	63	Nữ	6/8/2013	14/8/2013	35031
54	Nguyễn Thị Th	39	Nữ	6/8/2013	14/8/2013	35033
55	Nguyễn Thị Bạch C	40	Nữ	7/8/2013	15/8/2013	35185
56	Thạch Thị Nh	45	Nữ	9/8/2013	20/8/2013	35449
57	Nguyễn Thị R	63	Nữ	27/8/2013	4/9/2013	37982
58	Kim Thị Ngọc Tr	29	Nữ	27/8/2013	4/9/2013	37981
59	Nguyễn Thị S	71	Nữ	2/9/2013	10/9/2013	38892
60	Thạch Ngọc H	74	Nam	2/9/2013	16/9/2013	38781
61	Thạch Thị S	68	Nữ	3/9/2013	13/9/2013	39052
62	Lê Văn L	59	Nam	3/9/2013	17/9/2013	39030
63	Huỳnh Thị T	50	Nữ	13/9/2013	21/9/2013	40446
64	Thạch Thị M	48	Nữ	15/9/2013	23/9/2013	40813
65	Võ Văn S	56	Nam	16/9/2013	24/9/2013	40823
66	Lê Thị Thúy Ng	52	Nữ	17/9/2013	24/9/2013	41075
67	Kim Thị D	51	Nữ	26/9/2013	8/10/2013	42339
68	Nguyễn Thị Ph	59	Nữ	1/10/2013	8/10/2013	43124
69	Phan Thị Tuyết M	24	Nữ	2/10/2013	12/10/2013	43330
70	Huỳnh Thị Th	27	Nữ	4/10/2013	13/10/2013	43588
71	Dương Thị H	58	Nữ	22/10/2013	6/11/2013	46636
72	Kim Thị L	56	Nữ	22/10/2013	1/11/2013	46510
73	Viên S	68	Nam	22/10/2013	11/11/2013	46585
74	Phạm Thị Ngọc L	59	Nữ	22/10/2013	11/11/2013	46530
75	Thạch Thị Ph	49	Nữ	31/10/2013	11/11/2013	47962
76	Thạch Thị L	44	Nữ	2/11/2013	15/11/2013	48149

Stt	Họ và tên	Tuổi	Giới	Ngày vào	Ngày ra	MHS
77	Nguyễn thị V	56	Nữ	12/11/2013	20/11/2013	49595
78	Đào Thị Đ	63	Nữ	19/11/2013	9/12/2013	50713
79	Nguyễn Thị U	66	Nữ	26/11/2013	2/12/2013	51769
80	Ngô Thị E	80	Nữ	26/11/2013	13/12/2013	51764
81	Kim Ch	61	Nam	26/11/2013	3/12/2013	51784
82	Cao Thị B	37	Nữ	26/11/2013	6/12/2013	51801
83	Kim Thị Thây Đ	37	Nữ	3/12/2013	11/12/2013	368
84	Son Thị D	54	Nữ	3/12/2013	20/12/2013	352
85	Trần Thị S	49	Nữ	4/12/2013	20/12/2013	629
86	Thạch Thị Van Đ	32	Nữ	10/12/2013	18/12/2013	1459
87	Thạch Thị D	27	Nữ	10/12/2013	19/12/2013	1427
88	Thạch Thị Sa Ng	58	Nữ	11/12/2013	20/12/2013	1655
89	Thạch Thị K	60	Nữ	17/12/2013	24/12/2013	2528
90	Phan Thị M	68	Nữ	17/12/2013	30/12/2013	2522
91	Thạch Thị H	39	Nữ	24/12/2013	3/1/2014	3573
92	Nguyễn Văn T	48	Nam	1/1/2014	9/1/2014	4851
93	Lê ngọc Ng	36	Nữ	15/1/2014	21/1/2014	6845
94	Lê Thị Đ	55	Nữ	11/2/2014	28/2/2014	10832
95	Trần Văn Nh	77	Nam	14/2/2014	24/2/2014	11192
96	Nguyễn Thị D	63	Nữ	15/2/2014	6/3/2014	11375
97	Thị Đ	31	Nữ	18/2/2014	25/2/2014	11746
98	Kim Thị D	50	Nữ	25/2/2014	8/3/2014	12728
99	Nguyễn Thị Ng	45	Nữ	3/3/2014	17/3/2014	13525
100	Thạch Thị T	37	Nữ	4/3/2014	17/3/2014	13699
101	Nguyễn Thị Đ	56	Nữ	12/3/2014	18/3/2014	13986
102	Trần Thị Ngh	49	Nữ	14/3/2014	29/3/2014	15153

Stt	Họ và tên	Tuổi	Giới	Ngày vào	Ngày ra	MHS
103	Phạm Thanh Th	61	Nữ	18/3/2014	29/3/2014	15687
104	Kim Thị N	26	Nữ	24/3/2014	1/4/2014	16493
105	Son Thị H	54	Nữ	24/3/2014	1/4/2014	16486
106	Đinh văn N	59	Nam	26/3/2014	8/4/2014	16894
107	Dương Thị Th	47	Nữ	29/3/2014	8/4/2014	17207
108	Thạch Thị H	37	Nữ	16/4/2014	23/4/2014	19932
109	Trần Thị T	54	Nữ	20/4/2014	5/5/2014	20447
110	Nguyễn Thị V	49	Nữ	21/4/2014	8/5/2014	20506
111	Trần Thị D	28	Nữ	22/4/2014	28/4/2014	20788
112	Hà Thị Kim Y	44	Nữ	4/5/2014	13/5/2014	22339
113	Son Thị A	58	Nữ	5/5/2014	13/5/2014	22503
114	Thạch Thị Út M	61	Nữ	6/5/2014	20/5/2014	22681
115	Bùi Văn Tr	59	Nam	12/5/2014	20/5/2014	23538
116	Đặng Thị L	62	Nữ	19/5/2014	27/5/2014	24565
117	Trần Quốc Th	30	Nam	26/5/2014	3/6/2014	25531
118	Thạch Thị Sa R	44	Nữ	26/5/2014	3/6/2014	25621
119	Nguyễn Thị Ch	78	Nữ	26/5/2014	10/6/2014	25610
120	Nguyễn Thị K	71	Nữ	29/5/2014	15/6/2014	26082
121	Thạch Thị Ma L	23	Nữ	2/6/2014	9/6/2014	26652
122	Thạch Thị Sa Th	46	Nữ	2/6/2014	10/6/2014	26647
123	Ngô Thị U'	50	Nữ	3/6/2014	13/6/2014	26860
124	Huỳnh Thị B	25	Nữ	4/6/2014	11/6/2014	27061
125	Thạch Thị Kim Y	41	Nữ	4/6/2014	16/4/2014	27025
126	Nguyễn Thị L	71	Nữ	11/6/2014	20/6/2014	28175
127	Kim Thị Sa V	55	Nữ	13/6/2014	23/6/2014	28485
128	Nguyễn Thị A	63	Nữ	27/6/2014	7/7/2014	30396

Stt	Họ và tên	Tuổi	Giới	Ngày vào	Ngày ra	MHS
129	Thạch Thị B	46	Nữ	30/6/2014	15/7/2014	30863
130	Son Thị Kim L	48	Nữ	1/7/2014	7/7/2014	31040
131	Kim Thị Pr	63	Nữ	1/7/2014	8/7/2014	31028
132	Trần Thị M	67	Nữ	8/7/2014	15/7/2014	32131
133	Trần Thị H	34	Nữ	8/7/2014	15/7/2014	32139
134	Trần Thị Đ	60	Nữ	14/7/2014	21/7/2014	32997
135	Trần Thị T	37	Nữ	14/7/2014	29/7/2014	32999
136	Nguyễn Tuyền K	34	Nữ	15/7/2014	21/7/2014	33149
137	Nguyễn Thị M ỹ D	48	Nữ	15/7/2014	22/7/2014	33156
138	Trần Thị H	41	Nữ	15/7/2014	24/7/2014	33160
139	Kim Thị M	49	Nữ	16/7/2014	29/7/2014	33274
140	Son Thị Nh	63	Nữ	21/7/2014	31/7/2014	34034
141	Lâm Thị Hồng V	65	Nữ	21/7/2014	6/8/2014	34050
142	Lê Thị Ngọc M	38	Nữ	22/7/2014	29/7/2014	34204
143	Kim Thị H	38	Nữ	22/7/2014	29/7/2014	34212
144	Thạch Thị Kh	81	Nữ	25/7/2014	6/8/2014	34569
145	Thạch Thị P	59	Nữ	28/7/2014	4/8/2014	34993
146	Lê Thị Ch	49	Nữ	28/7/2014	6/8/2014	34929
147	Kim Lan E	49	Nữ	29/7/2014	4/8/2014	35215
148	Trần Thị Đ	37	Nữ	5/8/2014	11/8/2014	36232
149	Phan Ngọc B	43	Nữ	11/8/2014	18/8/2014	37102
150	Lâm Thị Đ	57	Nữ	15/8/2014	25/8/2014	37748
151	Nguyễn Thanh X	36	Nam	18/8/2014	25/8/2014	38213
152	Tạ Thị H	55	Nữ	22/8/2014	31/8/2014	38767
153	Nguyễn Thị K	64	Nữ	25/8/2014	3/9/2014	39212
154	Mai Hoàng K	59	Nam	26/8/2014	5/9/2014	39438

Stt	Họ và tên	Tuổi	Giới	Ngày vào	Ngày ra	MHS
155	Thạch Thị H	34	Nữ	26/8/2014	5/9/2014	39423
156	Hồ Thị Trúc L	20	Nữ	27/8/2014	8/9/2014	39658
157	Thạch Thị Nh	51	Nữ	11/9/2014	26/9/2014	41881
158	Kim T	77	Nam	15/9/2014	30/9/2014	42551
159	Thạch Thị V	69	Nữ	20/9/2014	30/9/2014	43400
160	Nguyễn Thị C	60	Nữ	22/9/2014	29/9/2014	43679
161	Đoàn Thị Ngọc V	25	Nữ	22/9/2014	4/10/2014	43680
162	Kiên M	70	Nam	24/9/2014	14/10/2014	44024
163	Thạch Thị V	45	Nữ	25/9/2014	6/10/2014	44159
164	Thạch Thị Sa R	54	Nữ	25/9/2014	7/10/2014	44207
165	Nguyễn Thị R	62	Nữ	28/9/2014	6/10/2014	44723
166	Âu Thị Kim V	57	Nữ	9/10/2014	24/10/2014	46622
167	Đặng Văn T	45	Nam	11/10/2014	25/10/2014	46948
168	Son Thị L	50	Nữ	13/10/2014	20/10/2014	47273
169	Son kim L	52	Nam	13/10/2014	21/10/2014	47265
170	Nguyễn Thị Kim X	38	Nữ	13/10/2014	23/10/2014	47258
171	Nguyễn Thị M	81	Nữ	13/10/2014	28/10/2014	46572
172	Nguyễn Thị Tr	68	Nữ	15/10/2014	2/11/2014	47667
173	Trần Thị Ch	79	Nữ	17/10/2014	2/11/2014	47887
174	Thạch Thị T	71	Nữ	18/10/2014	29/10/2014	48091
175	Dương Thị Ngh	77	Nữ	21/10/2014	29/10/2014	48676
176	Thạch Thị V	65	Nữ	24/10/2014	11/11/2014	49123
177	Huỳnh Thị X	54	Nữ	29/10/2014	7/11/2014	47631
178	Nguyễn Thị Kim C	42	Nữ	5/11/2014	17/11/2014	51111
179	Trần Thị L	58	Nữ	14/11/2014	27/11/2014	52529
180	Phan Thị L	68	Nữ	16/11/2014	2/12/2014	52786
181	Nguyễn Văn L	60	Nam	21/11/2014	3/12/2014	53569

Stt	Họ và tên	Tuổi	Giới	Ngày vào	Ngày ra	MHS
182	Nguyễn Thị A	62	Nữ	24/11/2014	3/12/2014	54034
183	Huỳnh Thị H	70	Nữ	25/11/2014	8/12/2014	54081
184	Lâm Thị H	62	Nữ	27/11/2014	8/12/2014	54553
185	Lê Thị Thúy L	49	Nữ	4/12/2014	17/12/2014	664
186	Nguyễn Văn C	45	Nam	9/12/2014	26/12/2014	1331
187	Thạch Thị Sa M	50	Nữ	15/12/2014	23/12/2014	2366
188	Kim Thị H	38	Nữ	22/12/2014	30/12/2014	3428

Trà Vinh, ngày tháng năm 2015

Xác nhận của thầy hướng dẫn

Xác nhận của phòng KHTH

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TRẦN KIẾN VŨ

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHÉU THUẬT
NÉI SOI TRONG SIÊU TRỄ VIÊM TÓI
MỆT CẤP T¹I
BÖNH VIÖN SA KHOA TÖNH TRỤ VINH

Chuyên ngành: Ngoại tiêu hóa

Mã số: 62720125

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

ha xme

1. PGS.TS. PHẠM ĐỨC HUẤN

mmu

2. PGS.TS. TRẦN BẢO LONG

PGS.TS. Trần Bảo Long

HÀ NỘI - 2015

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Trần Kiến Vũ**, Nghiên cứu sinh khóa 31, chuyên ngành Ngoại tiêu hóa, Trường Đại học Y Hà Nội xin cam đoan:

3. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của **PGS.TS. Phạm Đức Huấn** và **PGS.TS. Trần Bảo Long**.
2. Công trình nghiên cứu này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp nhận của cơ sở nơi nghiên cứu cho phép lấy số liệu.

Hà Nội, ngày 20 tháng 11 năm 2015

Tác giả luận án

Trần Kiến Vũ

CHỮ VIẾT TẮT

ASA	American Society of Anesthesiologist: Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ
BC	Bạch cầu
BN	Bệnh nhân
CTMNS	Cắt túi mật nội soi
CT	Computed Tomography: chụp cắt lớp vi tính
DSP	Dưới sườn phải
ĐM	Động mạch
GOT	Glutamic Oxaloactic Transaminase
GPT	Glutamic Pyruvic Transaminase
LSC	Laparoscopic Subtotal Cholecystectomy: cắt gần toàn bộ túi mật qua nội soi
MM	Mổ mở
OGC	Ống gan chung
OMC	Ống mật chủ
PT	Phẫu thuật
PTNS	Phẫu thuật nội soi
PTV	Phẫu thuật viên
SA	Siêu âm
TH	Trường hợp
TM	Túi mật
T ⁰	Nhiệt độ
VTMC	Viêm túi mật cấp
VTM	Viêm túi mật

MỤC LỤC

Trang phụ bì	
Lời cam đoan	
Lời cảm ơn	
Danh mục chữ viết tắt	
Mục lục	
Danh mục bảng	
Danh mục biểu đồ	
Danh mục hình ảnh	
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
1.1. Sơ lược lịch sử nghiên cứu bệnh viêm túi mật.....	3
CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN.....	3
1.1.1. Trên thế giới	3
1.1.2. Tại Việt Nam.....	4
1.2. Giải phẫu túi mật, đường mật có liên quan đến cắt túi mật nội soi	4
1.2.1. Giải phẫu túi mật.....	4
1.2.1.1 Túi mật	4
1.2.1.2. Ống cổ túi mật.....	5
1.2.1.3 Mạch máu và thần kinh.....	5
1.2.2. Tam giác gan mật, tam giác Calot.....	6
1.2.3. Đường mật chính.....	7
1.2.3.1. Ống gan chung	7
1.2.3.2. Ống mật chủ	7
1.2.4 Những biến đổi giải phẫu liên quan đến cắt túi mật nội soi.....	8
1.2.4.1. Túi mật	8
1.2.4.2. Ống túi mật.....	9
<i>Hình 1.4. Phương thức ống TM đổ vào ống gan chung [29].....</i>	<i>10</i>
<i>Hình 1.5. Các dạng của ống TM.....</i>	<i>11</i>
1.2.4.3. Động mạch gan, động mạch túi mật	11
<i>Hình 1.6. Các dạng của động mạch TM</i>	<i>13</i>

1.2.4.4. Ống gan phụ	14
1.3. Viêm túi mật cấp	14
1.3.1. Khái niệm	14
1.3.2. Cơ chế bệnh sinh	15
1.3.3. Triệu chứng lâm sàng.....	15
1.3.3.1. Toàn thân.....	15
1.3.3.2. Cơ năng	15
1.3.3.3. Thực thể.....	15
1.3.4. Cận lâm sàng	16
1.3.4.1. Xét nghiệm máu	16
1.3.4.2. Siêu âm.....	16
1.3.4.3. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CT)	17
1.3.5. Chẩn đoán.....	17
1.3.5.1. Xác định	17
1.3.5.2. Thở lâm sàng theo giai đoạn tổn thương giải phẫu bệnh	18
1.3.6. Điều trị	19
1.3.6.1. Nội khoa.....	19
1.3.6.2. Ngoại khoa	19
1.4. Nghiên cứu ứng dụng cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp.....	20
1.4.1. Trên thế giới	20
1.4.2 Tại Việt Nam.....	23
1.5. Nghiên cứu kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp và một số yếu tố liên quan.	24
1.5.1 Trên thế giới	24
1.5.2. Tại Việt Nam.....	25
1.5.3. Nghiên cứu một số yếu tố liên quan.....	26
1.5.3.1. Trên thế giới	27
1.5.3.2. Tại Việt Nam.....	27
CHƯƠNG 2.....	29
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	29
2.1 Đối tượng nghiên cứu	29

2.1.1. Đối tượng	29
2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn	29
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ	29
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	29
2.2.1. Thiết kế.....	29
2.2.1.1. Phương pháp chọn mẫu.....	29
2.2.1.2. Cách tính cỡ mẫu.....	30
2.2.1.3. Sơ đồ nghiên cứu.....	31
2.2.2. Phương tiện	32
2.2.3. Quy trình cắt túi mật nội soi.....	33
2.2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân.....	33
2.2.3.2. Kỹ thuật mổ.....	33
2.3. Các chỉ tiêu.....	38
2.3.1. Đặc điểm chung.....	38
2.3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.....	39
2.3.2.1. Lâm sàng	39
2.3.2.2. Cận lâm sàng	39
2.3.2.3. Chẩn đoán nguyên nhân, phân loại BN và mức độ viêm TM.....	40
2.3.3. Ứng dụng cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp.....	41
2.3.3.1. Chỉ định	41
2.3.3.2. Thời điểm mổ	41
2.3.3.3. Đánh giá tổn thương trong mổ	41
2.3.3.4. Kỹ thuật cắt TM	42
2.3.3.5. Kỹ thuật hỗ trợ	42
2.4. Kết quả cắt túi mật nội soi và một số yếu tố liên quan	42
2.4.1. Trong mổ.....	42
2.4.2. Sau mổ.....	43
2.4.3. Kết quả chung	45
2.4.4. Một số yếu tố liên quan.....	45
2.5. Xử lý số liệu	46
2.6. Đạo đức nghiên cứu	46

CHƯƠNG 3.....	47
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	47
3.1. Đặc điểm chung.....	47
3.1.1 Tuổi	47
3.1.2. Giới.....	48
3.1.3. Địa dư.....	48
3.1.4. Tiền sử.....	49
3.1.5. Thời điểm nhập viện từ khi có triệu chứng đầu tiên	49
3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	50
3.2.1. Lâm sàng	50
3.2.1.1. Toàn thân.....	50
3.2.1.2 Triệu chứng đau	50
3.2.1.3. Thực thể.....	51
3.2.2. Cận lâm sàng	51
3.2.2.1. Công thức máu	51
SLBC: số lượng bạch cầu; BCTT: bạch cầu trung tính.	51
3.2.2.2. Sinh hóa máu.....	52
3.2.2.3. Siêu âm bụng.....	52
3.2.3 Chẩn đoán.....	53
3.2.3.1. Nguyên nhân	53
3.2.3.2. Phân loại bệnh nhân theo ASA	54
3.3. Ứng dụng CTMNS điều trị VTMC.....	54
3.3.1. Chỉ định mổ.....	54
3.3.2. Thời điểm mổ	55
3.3.3. Đánh giá tổn thương trong mổ	55
3.3.3.1. Túi mật	55
3.3.3.2 Viêm dính TM.....	56
3.3.3.3. Viêm dính tam giác Calot và ống TM.....	56
3.3.3.4. Mức độ PT khó theo P.Schrenck.....	57
3.3.4. Kỹ thuật cắt TM	59
3.3.5. Kỹ thuật hỗ trợ	59

3.4. Kết quả CTMNS điều trị VTMC và một số yếu tố liên quan	60
3.4.1. Trong mổ	60
3.4.1.1. Chuyển MM	60
3.4.1.2. Thời gian mổ	61
3.4.1.3. Tai biến.....	62
3.4.2. Sau mổ.....	63
3.4.2.1. Diễn biến chung	63
3.4.2.2. Biến chứng	64
3.4.2.3. Xử trí biến chứng	64
3.4.2.4. Giải phẫu bệnh.	65
3.4.2.5. Nuôi cấy vi khuẩn	66
3.4.2.6. Loại vi khuẩn.....	66
3.4.2.7. Thời gian nằm viện	67
3.4.3. Kết quả chung	67
3.4. 4. Một số yếu tố liên quan.....	68
3.4.4.1. Lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian mổ và chuyển MM.	68
3.4.4.2. Tổn thương TM và tai biến trong mổ.....	68
3.4.4.3. Tổn thương TM và phương pháp cắt TM	69
3.4.4.4. Tổn thương TM và kỹ thuật kết hợp	70
3.4.4.5. Nhiễm khuẩn và tình trạng tổn thương TM	70
CHƯƠNG 4.....	71
BÀN LUẬN	71
4.1. Đặc điểm chung.....	71
4.1.1. Tuổi	71
4.1.2. Giới.....	71
4.1.3. Địa dư.....	72
4.1.4. Tiền sử.....	72
4.1.5. Thời điểm nhập viện	73
4.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng.....	74
4.2.1. Lâm sàng	74
4.2.1.1. Toàn thân.....	74

4.2.1.2. Cơ năng	74
4.2.1.3. Thực thể.....	75
4.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng	76
4.2.2.1. Công thức máu	76
4.2.2.2. Sinh hóa máu.....	77
4.2.2.3 Siêu âm bụng.....	78
4.2.3. Chẩn đoán.....	79
4.2.3.1. Nguyên nhân	79
4.2.3.2. Phân loại bệnh nhân theo ASA.	79
4.2.3.3. Mức độ viêm của túi mật	80
4.3. Ứng dụng cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp.....	80
4.3.1. Chỉ định.....	80
4.3.2. Thời điểm mổ	80
4.3.3.Đánh giá tổn thương trong mổ	81
4.3.3.1.Túi mật	81
4.3.3.2. Viêm dính của túi mật	82
4.3.3.3. Viêm dính tam giác Calot và ống túi mật	82
4.3.3.4. Mức độ khó của phẫu thuật theo P. Schrenk.....	83
4.3.4. Kỹ thuật cắt túi mật nội soi	84
4.3.5. Kỹ thuật hỗ trợ	85
4.4. Kết quả cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp và một số yếu tố liên quan	86
4.4.1. Trong mổ.....	86
4.4.1.1. Chuyển mổ mở	86
4.4.1.2. Thời gian mổ	91
4.4.1.3. Tai biến.....	92
4.4.2. Sau mổ.....	94
4.4.2.1. Diễn biến chung	94
4.4.2.2. Biến chứng và xử trí.....	95
4.4.2.3. Tổn thương giải phẫu bệnh	96
4.4.2.4. Nuôi cấy vi khuẩn	97

4.4.2.5. Thời gian nằm viện	97
4.4.3. Kết quả chung	98
4.4.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.....	98
4.4.4.1. Lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian mổ và chuyển MM	98
4.4.4.2. Tổn thương túi mật và tai biến trong mổ	98
4.4.4.3. Tổn thương túi mật và phương pháp cắt túi mật.....	99
4.4.4.4. Tổn thương túi mật và kỹ thuật kết hợp.....	99
4.4.4.5. Nhiễm khuẩn và tình trạng tổn thương túi mật	99
KẾT LUẬN	100

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CÓ
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN
TÀI LIỆU THAM KHẢO
PHỤ LỤC**

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1 Các yếu tố liên quan đến chuyển MM và tai biến.....	27
Bảng 3.2 Tiền sử.....	49
Bảng 3.3. Thời điểm nhập viện từ khi có triệu chứng đầu tiên.....	49
Bảng 3.4.Nhiệt độ lúc vào viện.....	50
Bảng 3.5. Triệu chứng đau.....	50
Bảng 3.6. Triệu chứng thực thể.....	51
Bảng 3.7. Số lượng bạch cầu.....	51
Bảng 3.8 . Sinh hóa máu.....	52
Bảng 3.9. Siêu âm bụng.....	52
Bảng 3.10. Nguyên nhân.....	53
Bảng 3.11. Phân loại bệnh nhân theo ASA.....	54
Bảng 3.12. Mức độ viêm của TM.....	54
Bảng 3.13. Túi mật.....	55
Bảng 3.14. Viêm dính TM.....	56
Bảng 3.15. Viêm dính tam giác Calot và ống TM.....	56
Bảng 3.16. Mức độ PT khó theo P.Schrenck.....	57
Bảng 3.17. Kỹ thuật cắt TM.....	59
Bảng 3.18. Kỹ thuật hỗ trợ.....	59
Bảng 3.19. Nguyên nhân chuyển MM.....	60

Bảng 3.20. Thời gian mổ.....	61
Bảng 3.21. Tai biến.....	62
Bảng 3.22. Diễn biến chung.....	63
Bảng 3.23. Biến chứng.....	64
Bảng 3.24. Xử trí biến chứng.....	64
Bảng 3.25. Giải phẫu bệnh	65
Bảng 3.26. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn.....	66
Bảng 3.27 loại vi khuẩn.....	66
Bảng 3.28. Thời gian nằm viện.....	67
Bảng 3.29.. Kết quả chung.....	67
Bảng 3.30. Lâm sàng, CLS, thời gian mổ và chuyển MM.....	68
Bảng 3.31. Tồn thương TM và tai biến trong mổ.....	68
Bảng 3.32. Tồn thương TM và phương pháp CTM.....	69
Bảng 3.33. Tồn thương TM và kỹ thuật kết hợp.....	70
Bảng 3.34. Nhiễm khuẩn và tình trạng tồn thương TM.....	70
Bảng 4.35. Phân bố giới tính theo các tác giả.....	72
Bảng 4.36. Triệu chứng thực thể VTMC theo một số tác giả.....	76
Bảng 4.37. Kết quả siêu âm VTMC theo một số tác giả.....	79
Bảng 4.38. Viêm dính tam giác Calot và ống TM theo các tác giả.....	83
Bảng 4.39. Lý do chuyển MM theo một số tác giả.....	89
Bảng 4.40. Thời gian nằm viện trung bình của một số tác giả.....	98

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Tuổi.....	47
Biểu đồ 3.2. Giới tính.....	48
Biểu đồ 3.3. Địa dư	48
Biểu đồ 3.4. Thời điểm mở	55

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Giải phẫu TM và đường mật ngoài gan	5
Hình 1.2. Tam giác Calot, tam giác gan mật	7
Hình 1.3. Bất thường của TM và ống TM	9
Hình 1.4. Phương thức ống TM đổ vào ống gan chung	10
Hình 1.5. Các dạng của ống TM	11
Hình 1.6. Các dạng của động mạch TM	13
Hình 1.7. Các dạng bất thường của ống gan phụ	14
Hình 2.8. Mở thanh mạc mặt trước tam giác Calot (ảnh chụp)	36
Hình 2.9. Phẫu tích vùng cổ TM (ảnh chụp).....	37
Hình 3.10. Hình ảnh dịch xung quanh TM, TM thành dày	53
Hình 3.11. VTMC, mạc nối bao quanh	58
Hình 3.12. Viêm TM hoại tử, có dịch quanh TM	58
Hình 3.13. VTMC, thành phù nề	58
Hình 3.14. Chọc hút dịch TM bằng kim qua thành bụng	61
Hình 3.15. Vi thể viêm TM mũ.....	65
Hình 3.16. Vi thể viêm TM hoại tử.....	65