

DOI: 10.59715/pntjmp.1.2.12

So sánh kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật cấp cứu và phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật trong viêm túi mật cấp do sỏi độ II tại Bệnh viện Bình Dân

Nguyễn Anh Dũng¹, Nguyễn Cao Cường², Trần Hoàng Nhựt³

¹Phó Giám đốc Sở y tế TPHCM.

²Bệnh viện Bình Dân.

³Bác sĩ khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện An Bình.

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhóm bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi phân độ II theo Hướng dẫn Tokyo năm 2018 chưa có sự thống nhất ở các tác giả cho việc chỉ định phẫu thuật nội soi cắt túi mật cấp cứu hoặc dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da. PTNS cắt túi mật cấp cứu có gì khác biệt với PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật (DLTM) về tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng, thời gian nằm viện...?

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh kết quả sau mổ giữa phẫu thuật nội soi cấp cứu cắt túi mật và phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật trong viêm túi mật cấp do sỏi độ II.

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: Gồm những bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi phân độ II được PTNS cắt túi mật trong cấp cứu hay PTNS trì hoãn sau DLTM, tại bệnh viện Bình Dân. Nghiên cứu cắt ngang. Cỡ mẫu tối thiểu cho nhóm mổ cấp cứu (nhóm 2) và mổ trì hoãn sau DLTM (nhóm 1) là 32 bệnh nhân cho mỗi nhóm. Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn thuần được: 36 bệnh nhân (BN) thuộc nhóm 1 và 35 BN thuộc nhóm 2.

Kết quả:

	Nhóm 1	Nhóm 2
Thời điểm phẫu thuật	6,81 ± 3,25 ngày	13 ± 11,03 giờ
Thời gian phẫu thuật	104,58 ± 23,40 phút	82,57 ± 33,68 phút
Tai biến trong mổ	38,89%	17,14%
Biến chứng sớm sau mổ	30,56%	11,43%
Thời gian hậu phẫu	5,5 ± 2,06 ngày	4,43 ± 2,15 ngày
Kết quả phẫu thuật	Tốt: 33,33% Trung bình: 63,89% Xấu: 2,78%	Tốt: 62,86% Trung bình: 37,14% Xấu: 0%

Kết luận: Nhóm PTNS cấp cứu có kết quả phẫu thuật tốt hơn nhóm PTNS trì hoãn sau dẫn lưu túi mật trên BN viêm túi mật cấp độ II ($p = 0,023$). Tuy nhiên, phương pháp PTGBD phối hợp với PTNS trì hoãn là cần thiết trên những BN có nhiều bệnh nền, tiền căn phẫu thuật ổ bụng, ASA ≥ 3 hoặc CCI ≥ 6 .

Từ khóa: Viêm túi mật cấp, sỏi túi mật, độ II, Hướng dẫn Tokyo, dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da, PTNS cắt túi mật.

Ngày nhận bài:

15/02/2022

Ngày phản biện:

20/3/2022

Ngày đăng bài:

20/4/2022

Tác giả liên hệ:

Trần Hoàng Nhựt

Email:

bs.tranhoangnhut@gmail.com

ĐT: 0764637283

Abstract

Comparison of postoperative outcomes between emergency laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy after ptgbd in acute gallstone cholecystitis grade ii at Binh Dan Hospital

Background: In the group of patients with acute gallstone cholecystitis grade II according to the 2018 Tokyo Guidelines, there was no consensus among the authors for the indications for emergency laparoscopic cholecystectomy or percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGBD). What are the differences between emergency laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy after PTGBD in terms of success rate, complications, hospital stay...?

Objective: Comparison of postoperative outcomes between emergency laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy after PTGBD in acute gallstone cholecystitis grade II.

Methods: Cross - sectional study. We observed 36 patients underwent laparoscopic cholecystectomy after PTGBD and 35 patients underwent emergency laparoscopic cholecystectomy from 01/2020 to 01/2021 at Binh Dan Hospital.

Result: 36 patients underwent laparoscopic cholecystectomy after PTGBD had an average admission time before surgery of 6.81 ± 3.25 days, an average surgical time of 104.58 ± 23.40 minutes; the rate of intraoperative complications (bleeding, perforation of the gallbladder) was 38.89%; early complications after surgery (infectious fluid collection) was 30.56%; the mean postoperative stay was 5.5 ± 2.06 days. 35 patients underwent emergency laparoscopic cholecystectomy had an average admission time before surgery of 13 ± 11.03 hours, an average surgical time of 82.57 ± 33.68 minutes; the rate of intraoperative complications (bleeding, perforation of the gallbladder) was 17.14%; early complications after surgery (infectious fluid collection) was 11.43%; the mean postoperative stay was 4.43 ± 2.15 days.

Conclusion: The emergency laparoscopic group had better surgical results than the delayed laparoscopic after PTGBD group ($p = 0.023$). However, the method of PTGBD combined with delayed laparoscopy is necessary in patients with multiple diseases, a history of abdominal surgery, $ASA \geq 3$ or $CCI \geq 6$.

Keywords: Acute cholecystitis, cholelithiasis, grade II, Tokyo Guidelines, percutaneous transhepatic gallbladder drainage, laparoscopic cholecystectomy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp (VTMC) là tình trạng nhiễm khuẩn cấp ở túi mật (TM). Nguyên nhân gây viêm túi mật cấp hầu hết do sỏi túi mật, số còn lại có thể do chấn thương, bồng, sau phẫu thuật, suy đa tạng...[13]. 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 mũ, áp xe túi mật, thủng mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật...[7], [10], [14].

Theo Hướng dẫn Tokyo 2018, đối với viêm túi mật cấp do sỏi phân độ I, phẫu thuật nội soi cắt túi mật là lựa chọn điều trị ưu tiên hàng đầu. Đối với bệnh nhân thuộc phân độ III (những bệnh nhân nặng, nhiều bệnh lý nền kết hợp, nguy cơ phẫu thuật cao) thì dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da được thực hiện trước tiên, sau khi tình trạng bệnh nhân ổn định sẽ tiến hành cắt túi mật nội soi. Chỉ có nhóm bệnh nhân thuộc phân độ II là chưa có sự thống nhất ở các tác giả cho việc chỉ định phẫu thuật nội soi cắt

túi mật cấp cứu hoặc dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da. Việc áp dụng phương pháp nào, đôi lúc vẫn là sự lựa chọn có phần chủ quan của phẫu thuật viên (PTV). Hơn nữa vẫn còn những ý kiến khác nhau về chỉ định dẫn lưu, thời điểm can thiệp phẫu thuật sau dẫn lưu, tỉ lệ tai biến biến chứng khi mổ cắt túi mật sau dẫn lưu.

Tại bệnh viện Bình Dân, trong những năm qua, số lượng bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi được PTNS cắt túi mật cấp cứu hay trì hoãn sau DLTM khá lớn. Tuy nhiên vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá và so sánh kết quả điều trị của hai nhóm bệnh nhân này. Như vậy, PTNS cắt túi mật cấp cứu có gì khác biệt với PTNS cắt túi mật sau DLTM về tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng, thời gian nằm viện...? Xuất phát từ thực tế trên, đề tài “SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI PHÂN ĐỘ II THEO HƯỚNG DẪN TOKYO NĂM 2018 TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN” được chúng tôi thực hiện nhằm đóng góp vào việc xác định chứng cứ cho việc lựa chọn phương pháp điều trị tốt nhất.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật trong viêm túi mật cấp do sỏi phân độ II.

2. Xác định tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng của phẫu thuật nội soi cấp cứu cắt túi mật trong viêm túi mật cấp do sỏi phân độ II.

3. So sánh kết quả sau mổ giữa phẫu thuật nội soi cấp cứu cắt túi mật và phẫu thuật nội soi cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật trong viêm túi mật cấp do sỏi phân độ II.

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi phân độ II theo Hướng dẫn Tokyo 2018 được PTNS cắt túi mật trong cấp cứu, hay được DLTM (cấp cứu) trước khi được PTNS cắt túi mật chương trình, tại bệnh viện Bình Dân.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Chúng tôi sẽ chọn ra hai nhóm bệnh nhân riêng biệt:

Nhóm 1: Bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi

phân độ II theo Hướng dẫn Tokyo 2018 được dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da và phẫu thuật cắt túi mật nội soi sau đó.

Nhóm 2 : Bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi phân độ II theo Hướng dẫn Tokyo 2018 được phẫu thuật cấp cứu cắt túi mật nội soi.

Cả hai nhóm trên phải có chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ: viêm túi mật cấp do sỏi túi mật.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ bệnh án không đầy đủ: thiếu dữ liệu về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của BN; mô tả không đầy đủ các tổn thương trong tường trình phẫu thuật; thiếu dữ liệu về các tai biến, biến chứng trong quá trình hậu phẫu...

2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ 01/01/2020 đến 01/01/2021.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Bình Dân, TP.HCM.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4.2. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu so sánh 2 tỉ lệ, với:

p1: tỉ lệ phẫu thuật thành công của nhóm 1 là 0,97 [8].

p2: tỉ lệ phẫu thuật thành công của nhóm 2 là 0,73 [8].

Hàng số C = 7,85 với $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,20$ (Power = 80%).

$$\Leftrightarrow N = \frac{C \alpha \beta}{(ES.ES)} = 32$$

Vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần cho mỗi nhóm là: 32 bệnh nhân.

2.4.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn thuần.

Lập danh sách I gồm những BN thuộc nhóm 1 từ ngày 01/01/2020 đến 01/01/2021.

Lập danh sách II gồm những BN thuộc nhóm 2 từ ngày 01/01/2020 đến 01/01/2021.

Sử dụng bảng số ngẫu nhiên để chọn ra ít nhất 32 bệnh nhân từ mỗi danh sách trên.

3. KẾT QUẢ

Đặc điểm của phẫu thuật nội soi cắt túi mật

3.1. Trong mổ

3.1.1. Chuyển mổ mở

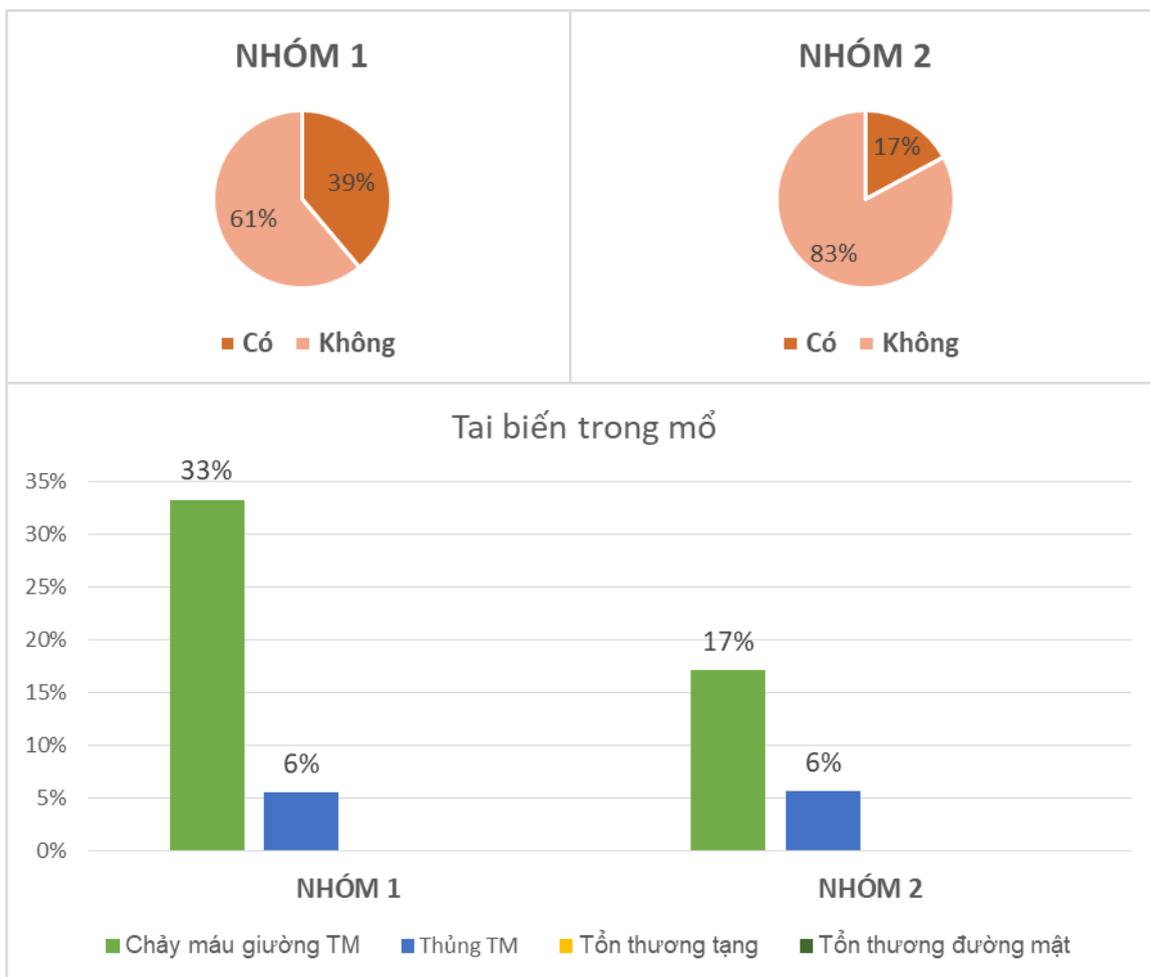
Mỗi nhóm nghiên cứu có 1 trường hợp

phẫu thuật nội soi thất bại phải chuyển mổ mở, chiếm tỉ lệ lần lượt là 2,78% và 2,86%. Trường hợp ở nhóm 1 chuyển mổ mở vì ổ bụng viêm dính nhiều do vết mổ cũ. Trường hợp ở nhóm 2 chuyển mổ mở vì chảy máu nhiều (đứt ĐM túi mật), cầm máu bằng PTNS không an toàn.

3.1.3. Tai biến trong mổ

3.1.2. Thời gian phẫu thuật

Nhóm 1 có thời gian mổ trung bình là $104,58 \pm 23,40$ phút. Ca mổ nhanh nhất là 60 phút, ca mổ dài nhất là 180 phút. Nhóm 2 có thời gian mổ trung bình là $82,57 \pm 33,68$ phút. Ca mổ nhanh nhất là 30 phút, ca mổ dài nhất là 165 phút. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (kiểm định T, $p = 0,002$).



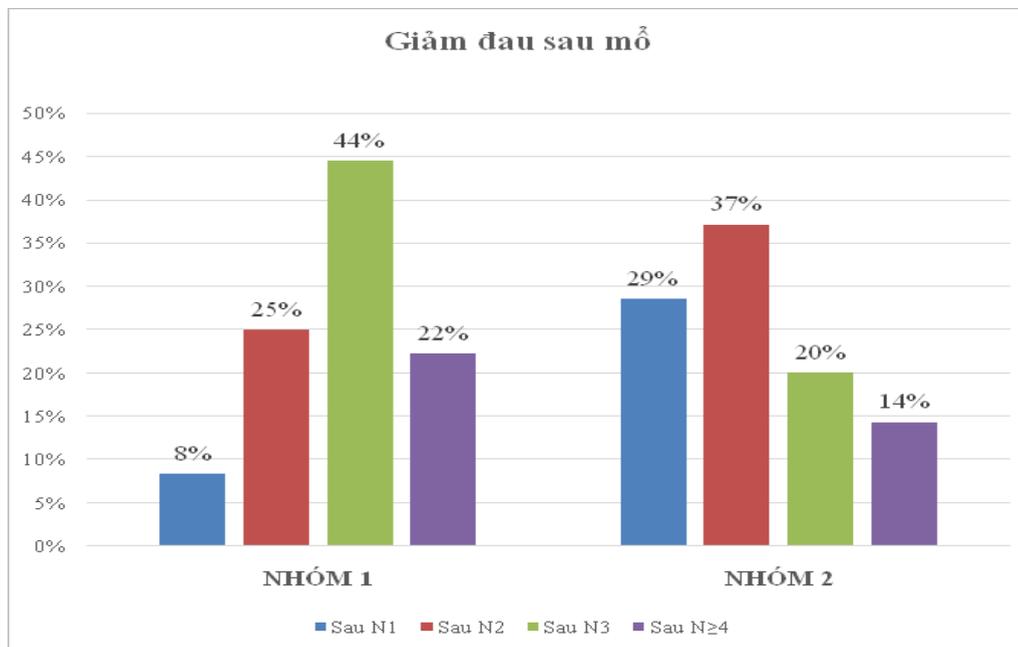
Biểu đồ 1: Tai biến trong mổ.

Tỉ lệ tai biến trong mổ của 2 nhóm lần lượt là 14 (38,89%) và 13 (17,14%) trường hợp. Ở nhóm 1, tai biến chảy máu giường TM chiếm tỉ lệ cao nhất 33,33% với 12 BN, kể đến là thủng túi mật với 2 ca (5,56%). Hai tỉ lệ này ở nhóm 2 lần lượt là 17,14% (6 ca) và 5,71% (2 ca). Trong nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào xảy ra tai biến tổn thương tạng

trong ổ bụng và tổn thương đường mật. Tất cả trường hợp chảy máu giường TM đều được đốt cầm máu thành công qua nội soi, trừ 1 ca phải chuyển mổ mở do đứt ĐM túi mật, cầm máu qua nội soi không an toàn (thuộc nhóm 2). Sự khác biệt về tỉ lệ tai biến trong mổ giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi-square, $p = 0,042$).

3.2. Sau mổ

3.2.1. Đau sau mổ



Biểu đồ 2: Giảm đau sau mổ.

Ở nhóm 1: BN giảm đau sau mổ 3 ngày đạt tỉ lệ cao nhất 44,44% với 16 trường hợp. Chỉ có 3 BN giảm đau sau 1 ngày, tỉ lệ 8,33% là thấp nhất. Ở nhóm 2: BN giảm đau sau mổ 2 ngày có tỉ lệ cao nhất 37,14% với 13 ca. Có 10 BN giảm đau sau 1 ngày, chiếm tỉ lệ 28,57%. BN giảm đau sau ≥ 4 ngày có tỉ lệ thấp nhất 14,29%. Sự khác biệt về mức độ đau sau phẫu thuật của BN giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi - square, $p = 0,034$).

3.2.2. Thời gian trung tiện

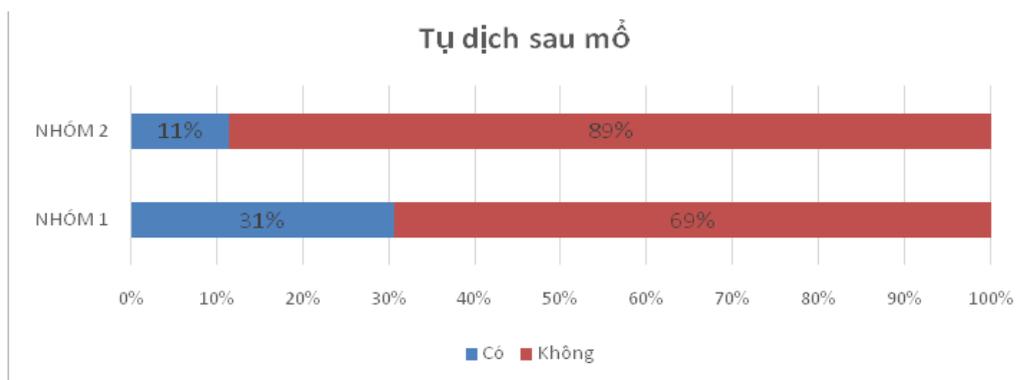
Nhóm 1 có thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $2,56 \pm 0,91$ ngày, BN có thời gian trung tiện sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 5 ngày.

3.2.4. Biến chứng sau mổ

Nhóm 2 có thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $1,74 \pm 0,66$ ngày, BN có thời gian trung tiện sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 3 ngày. Sự khác biệt về thời gian xuất hiện trung tiện sau mổ giữa 2 nhóm BN có ý nghĩa thống kê (kiểm định T, $p = 0,0001$).

3.2.3. Thời gian nằm hậu phẫu

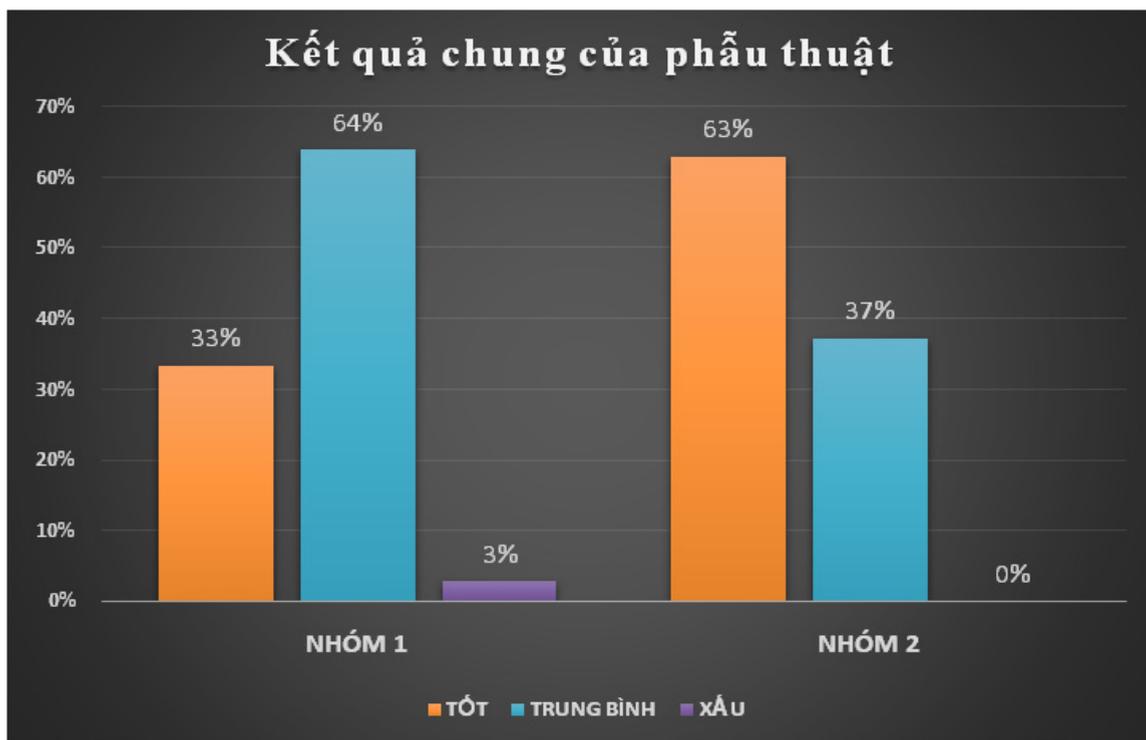
Nhóm 1: Thời gian BN nằm hậu phẫu trung bình là $5,5 \pm 2,06$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 9 ngày. Nhóm 2: Thời gian BN nằm hậu phẫu trung bình là $4,43 \pm 2,15$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 11 ngày. Sự khác biệt về thời gian nằm hậu phẫu giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (kiểm định T, $p = 0,036$).



Biểu đồ 3: Tụ dịch sau mổ.

Nhóm 1 và nhóm 2 có tỉ lệ tụ dịch sau mổ lần lượt là 30,56% (11 ca) và 11,43% (4 ca). Các biến chứng khác như chảy máu giường túi mật, áp xe tồn lưu, rò mật, tắc ruột sớm sau mổ... không ghi nhận. Sự khác biệt về tỉ lệ tụ dịch sau mổ giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (kiểm định Chi - square, $p = 0,048$).

3.3. Kết quả chung của phẫu thuật



Biểu đồ 4: Kết quả chung của phẫu thuật.

Nhóm 1 có kết quả phẫu thuật trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất - 63,89% với 23 trường hợp. Trong khi đó, nhóm 2 có kết quả phẫu thuật tốt chiếm tỉ lệ cao nhất - 62,86% với 22 trường hợp. Sự khác biệt về kết quả chung của phẫu thuật nội soi cắt túi mật giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê (kiểm định Fisher exact, $p = 0,023$).

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm của phẫu thuật nội soi cắt túi mật

4.1. Trong mổ

4.1.1. Chuyển mổ mở

Toàn bộ nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN phẫu thuật nội soi thất bại, cần chuyển mổ mở chia đều cho 2 nhóm, mỗi nhóm 1 trường hợp. Tỉ lệ chuyển mổ mở chung là 2,82% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm BN PTGBD và nhóm BN không PTGBD ($p = 1,000$). Tỉ lệ này ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số tác giả khác như Trần Kiến Vũ [6], Nguyễn Thanh Sáng [3] dao động từ 3,3% - 25,1%.

4.1.2. Thời gian phẫu thuật

Nhóm BN PTGBD có thời gian phẫu thuật trung bình kéo dài hơn nhóm BN được mổ cấp cứu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$). Cụ thể hơn, nhóm BN PTGBD có thời gian phẫu thuật trung bình là $104,58 \pm 23,40$ phút, trong khi đó con số này ở nhóm BN không PTGBD là $82,57 \pm 33,68$ phút. Nghiên cứu của Trần Kiến Vũ cũng có kết quả tương tự chúng tôi khi nhóm mổ < 72 giờ có thời gian mổ trung bình ngắn hơn nhóm mổ ≥ 72 giờ: $56,11 \pm 13$ phút so với $95,45 \pm 11$ phút, khác biệt có ý nghĩa với $p = 0,034$ [6]. Theo tác giả Lê Quang Minh, thời gian mổ trung bình ở nhóm mổ < 72 giờ là $52,17 \pm 11$ phút; nhóm mổ ≥ 72 giờ là $69,46 \pm 13$ phút, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$ [2]. Như vậy, nghiên cứu của Lê Quang Minh cũng có chung nhận xét với chúng tôi.

Tuy nhiên cần lưu ý rằng: trong một số trường hợp, thời gian phẫu thuật ngắn hay dài không phản ánh chính xác mức độ khó của cuộc mổ hay mức độ viêm của túi mật. Có nhiều

nguyên nhân khách quan khiến cuộc mổ kéo dài hơn bình thường như kinh nghiệm, trình độ của phẫu thuật viên, có xảy ra tai biến hay không, có tổn thương phối hợp kèm theo hay không hoặc sự cố máy móc, trang thiết bị... Do vậy, nếu loại trừ được những lý do trên, theo nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp PTNS cấp cứu cắt túi mật thể hiện rõ ưu thế về thời gian phẫu thuật so với phương pháp phối hợp PTGBD với PTNS cắt túi mật sau đó.

4.1.3. Tai biến trong mổ

Nhìn chung, tỉ lệ tai biến trong mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức cao - 28,17% với 20 trường hợp. Trong đó, nhóm BN PTGBD có tỉ lệ tai biến trong mổ cao hơn nhóm BN được mổ cấp cứu (38,89% so với 17,14%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,042$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Trần Kiến Vũ: nhóm mổ < 72 giờ là 10,5%; nhóm mổ ≥ 72 giờ là 41,3% với $p < 0,001$. Như vậy, nếu BN viêm túi mật cấp độ II được chẩn đoán và PTNS cấp cứu cắt túi mật sớm sẽ giảm thiểu được nhiều nguy cơ tai biến trong mổ hơn nhóm BN được phẫu thuật trì hoãn sau PTGBD.

Chảy máu trong mổ đứng hàng đầu với 18 trường hợp, chiếm tỉ lệ 25,35% và đây cũng là một trong những nguyên nhân chính phải chuyển mổ mở. Nguồn chảy có thể xuất phát từ động mạch túi mật (tỉ lệ cao nhất), giường túi mật, động mạch gan (P), thậm chí là tĩnh mạch cửa. Tai biến này có thể tiếp tục xử trí qua phẫu thuật nội soi nếu nhìn rõ vị trí chảy máu, tuy nhiên cần thận trọng nhằm tránh nguy cơ tổn thương đường mật, tổn thương tạng khác. Tỉ lệ xảy ra chảy máu trong mổ khác nhau theo từng tác giả nhưng nhìn chung đều thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Văn Tần [4] là 4,7%; Phan Khánh Việt [5] là 3,0%. Chỉ có nghiên cứu của Hoàng Mạnh An [1] có tỉ lệ này cao hơn chúng tôi với 43,1%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ chảy máu trong mổ của nhóm PTGBD cao hơn nhóm mổ cấp cứu, 33,33% so với 17,14% ($p < 0,05$). Cùng chung nhận xét với chúng tôi, tác giả Feza Karakayali cho biết: tần suất chảy máu ≥ 100 ml ở nhóm PTGBD cao hơn nhóm được mổ cấp cứu [16 ca (33%) so với 4 ca (9%); $p = 0,006$] [11]. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu khác của El-Gendi A., nhóm BN PTGBD phối hợp với

PTNS cắt túi mật có tỉ lệ chảy máu trong mổ thấp hơn nhóm BN được PTNS cấp cứu ($26,33 \pm 23,86$ ml so với $41,73 \pm 51,09$ ml; $p = 0,008$) [8]. Nghiên cứu của Ke CW. cũng có kết quả tương đồng, nhóm BN PTGBD mất máu trong mổ ít hơn nhóm mổ cấp cứu (33 ± 37 ml so với 101 ± 125 ml, $p = 0,003$) [12].

Tai biến thủng túi mật, sỏi rơi vào ổ bụng gặp ở 4 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ 5,63%, chia đều cho 2 nhóm - mỗi nhóm 2 trường hợp. Tai biến này là một trong những nguyên nhân khiến thời gian phẫu thuật kéo dài, có thể gây tụ dịch, áp xe tồn lưu sau mổ... bên cạnh chảy máu. Trường hợp túi mật chứa nhiều sỏi nhỏ khi rơi ra ngoài phải xử lý ngay, cẩn thận không để bỏ sót sỏi trong bụng. Tỉ lệ thủng túi mật trong các nghiên cứu khác tương đối cao hơn chúng tôi: của Văn Tần [4] là 15%; Hoàng Mạnh An [1] là 16,9%; Phan Khánh Việt [5] là 6,5%; Trần Kiến Vũ [6] là 11,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thủng túi mật trong mổ giữa 2 nhóm khảo sát tương tự nhau với tỉ lệ lần lượt là 5,56% và 5,71%. Tuy nhiên, nghiên cứu của Ke CW. cho thấy tỉ lệ này ở nhóm mổ cấp cứu lại cao hơn nhóm PTGBD (12,8% so với 0%) [12]. Trong khi đó, tỉ lệ thủng túi mật ở nhóm PTGBD trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Sáng lại ở mức cao - 16,5% [3]. Sự khác biệt này có thể cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào xảy ra tai biến tổn thương đường mật hay tổn thương tạng trong ổ bụng như tá tràng, gan...

4.2. Sau mổ

4.2.1. Đau sau mổ

Bằng các phép kiểm thống kê, chúng tôi đưa ra nhận xét: thời gian đau sau phẫu thuật của nhóm BN PTGBD dài hơn nhóm được mổ cấp cứu ($p = 0,034$). Cụ thể hơn, nhóm PTGBD có tỉ lệ giảm đau sau mổ 3 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 44,44% với 16 trường hợp. Trong khi đó, nhóm mổ cấp cứu có tỉ lệ giảm đau sau mổ 2 ngày cao nhất 37,14% với 13 trường hợp. Số liệu này cũng tương đương với tác giả Trần Kiến Vũ: tỉ lệ đau nhiều sau mổ ở nhóm mổ < 72 giờ là 3,5%; ở nhóm mổ ≥ 72 giờ là 34,8% ($p < 0,001$) [6]. Qua nghiên cứu của mình, tác giả Phan Khánh Việt cũng đưa ra nhận định: BN được phẫu thuật

càng sớm sau nhập viện thì sẽ càng ít đau sau mổ, nhất là mổ trước 24 giờ xuất hiện triệu chứng [5].

4.2.2. Thời gian trung tiện

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian trung tiện trung bình của BN sau phẫu thuật là $2,15 \pm 0,89$ ngày. Nhóm BN PTGBD có thời gian xuất hiện trung tiện sau mổ dài hơn nhóm BN được mổ cấp cứu, $2,56 \pm 0,91$ ngày so với $1,74 \pm 0,66$ ngày ($p < 0,001$). Thời gian phẫu thuật càng nhanh, mức độ tổn thương do phẫu tích cũng như mức độ xáo trộn các quai ruột do thao tác phẫu thuật càng ít nên sau mổ BN càng ít đau, lưu thông ruột phục hồi càng nhanh nên BN càng sớm có trung tiện. Nhóm BN mổ cấp cứu lại có thời gian phẫu thuật trung bình nhanh hơn nhóm BN PTGBD. Nghiên cứu của các tác giả Trần Kiến Vũ, Phan Khánh Việt và Lê Quang Minh cũng có chung nhận xét với chúng tôi, nhóm BN mổ trước 72 giờ có thời gian phục hồi lưu thông ruột sớm hơn nhóm BN mổ sau 72 giờ [2], [5], [6]. Tuy nhiên, nghiên cứu của tác giả Baoxing có nhận định ngược lại với chúng tôi, thời gian xuất hiện trung tiện của nhóm BN phối hợp PTGBD với PTNS cắt túi mật ngắn hơn so với nhóm BN được mổ cấp cứu ($p < 0,05$) [9]. Điều này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để đánh giá chính xác.

4.2.3. Thời gian nằm hậu phẫu

Thời gian nằm hậu phẫu trung bình của tất cả BN trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,97 \pm 2,16$ ngày. Trong đó, thời gian này ở nhóm BN PTGBD là $5,50 \pm 2,06$ ngày, ở nhóm mổ cấp cứu là $4,43 \pm 2,15$ ngày. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,035$). Các tác giả Trần Kiến Vũ, Phan Khánh Việt đưa ra kết luận cũng tương tự chúng tôi, thời gian nằm hậu phẫu ở nhóm mổ trước 72 giờ ngắn hơn nhóm mổ sau 72 giờ [6]. Nghiên cứu của KeCW. cũng có nhận định tương tự: thời gian hậu phẫu ở nhóm PTNS cấp cứu ngắn hơn nhóm BN được PTGBD ($8,2 \pm 3,2$ ngày so với $11,6 \pm 4,6$ ngày, $p < 0,001$) [12]. Số liệu trong nghiên cứu của Karakayali cũng tương tự chúng tôi: $3,0 \pm 2,4$ ngày so với $5,3 \pm 3,3$ ngày, $p = 0,001$ [11]. Bên cạnh đó, tác giả Baoxing lại cho rằng không có sự khác biệt về thời gian hậu phẫu giữa nhóm PTGBD và nhóm mổ cấp cứu ($p = 0,39$) [9].

Tuy nhiên, tác giả El-Gendi A. có nhận xét ngược lại với chúng tôi, nghiên cứu của ông có thời gian nằm viện sau phẫu thuật lâu hơn đáng kể ở nhóm mổ cấp cứu ($51,71 \pm 49,39$ giờ so với $10,76 \pm 5,75$ giờ, $p < 0,001$) [8]. Như vậy, có sự khác biệt về kết quả nghiên cứu giữa các tác giả với nhau và với chúng tôi, chúng tôi đề xuất thực hiện một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn về thời gian hậu phẫu giữa hai nhóm.

4.2.4. Biến chứng sau mổ

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận biến chứng tụ dịch nhiễm trùng sau mổ với 15 trường hợp (21,13%). Các biến chứng khác như áp xe tồn lưu, tắc ruột, chảy máu trong ổ bụng, rò mật... không xảy ra. Không có trường hợp nào tử vong. Nhóm PTGBD có tỉ lệ tụ dịch sau mổ cao hơn nhóm mổ cấp cứu, 30,56% (11 ca) so với 11,43% (4 ca), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,048$. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Karakayali, tần suất xảy ra biến chứng sau mổ ở nhóm BN PTGBD + PTNS cắt túi mật trì hoãn cao hơn nhóm BN được PTNS cấp cứu (35% so với 9%, $p = 0,003$) [11]. Nghiên cứu của tác giả Trần Kiến Vũ cho thấy tỉ lệ biến chứng chung sau mổ là 13,7% với nhóm mổ sau 72 giờ là 23,9%; nhóm mổ trước 72 giờ là 9,6% ($p = 0,018$) [6]. Tương tự, Phan Khánh Việt đưa ra kết luận: có mối liên quan giữa thời điểm phẫu thuật và biến chứng sau mổ ($p = 0,034$), mổ càng sớm thì càng ít biến chứng xảy ra [5]. Tỉ lệ biến chứng chung của Lê Quang Minh là 7,2% với nhóm mổ sau 72 giờ là 10,8%; nhóm mổ trước 72 giờ là 6% [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu của El-Gendi A. lại có kết quả ngược lại với chúng tôi: biến chứng sau phẫu thuật xảy ra thường xuyên hơn ở nhóm mổ cấp cứu so với nhóm PTGBD (26,7% so với 2,7%, $p < 0,001$) với tỉ lệ rò mật tăng đáng kể (10,7%) [8]. Nhìn chung, ở khía cạnh biến chứng sau phẫu thuật, nhóm BN được mổ cấp cứu sẽ có kết quả tốt hơn nhóm BN được PTGBD. 15 trường hợp tụ dịch nhiễm trùng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi đều được điều trị ổn sau một vài ngày đến một tuần, không có trường hợp nào cần phẫu thuật lại.

4.3. Kết quả chung của phẫu thuật

Theo tiêu chuẩn đánh giá của Văn Tần [4], kết quả phẫu thuật chung của 71 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi gồm: 34 trường hợp tốt (47,89%), 36 trường hợp trung bình

(50,70%) và 1 trường hợp xấu (1,41%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả phẫu thuật giữa 2 nhóm ($p = 0,023$). Ở phân độ II viêm túi mật cấp theo Hướng dẫn Tokyo năm 2018, nhóm BN được PTNS cấp cứu cắt túi mật có kết quả phẫu thuật tốt hơn nhóm BN được PTNS cắt túi mật trì hoãn sau PTGBD. Trường hợp duy nhất có kết quả phẫu thuật xấu thuộc về nhóm PTGBD, BN này có biến chứng tụ dịch nhiễm trùng, cần dùng thuốc giảm đau 1 tuần và hậu phẫu ngày thứ 15 mới được xuất viện. Nghiên cứu của Trần Kiến Vũ cũng có những nét tương đồng với chúng tôi, nhóm mổ trước 72 giờ có kết quả phẫu thuật chung tốt hơn nhóm mổ sau 72 giờ. Cụ thể, nhóm mổ < 72 giờ có kết quả tốt và trung bình là 91,2% và 8,8%. Nhóm mổ ≥ 72 giờ có kết quả tốt và trung bình là 58,7% và 41,3% [6].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhìn chung nhóm BN được PTNS cấp cứu có kết quả phẫu thuật tốt hơn. Tuy nhiên, bản luận ở một số khía cạnh, thủ thuật PTGBD cũng có những ưu điểm nổi bật mà chúng tôi sẽ tiếp tục phân tích sau đây. Nhóm BN được PTNS cấp cứu cắt túi mật có kết quả tốt hơn nhóm BN PTGBD ở nhiều mặt: số ngày nằm viện ngắn hơn, thời điểm phẫu thuật sớm hơn, tình trạng viêm dính trong mổ ít hơn, thời gian phẫu thuật ngắn hơn, tai biến trong mổ ít xảy ra hơn, tỉ lệ đặt ống dẫn lưu dưới gan thấp hơn, tỉ lệ sốt sau mổ thấp hơn, mức độ đau sau mổ ít hơn, thời gian xuất viện trung tiện sớm hơn, thời gian hậu phẫu ngắn hơn, biến chứng sau mổ ít hơn. Tuy nhiên, phối hợp PTGBD và PTNS trì hoãn cắt túi mật sẽ có ưu thế hơn trên nhưng BN có tổng trạng nặng hơn (ở cả lâm sàng và cận lâm sàng), mặc dù cùng là phân độ II theo Hướng dẫn Tokyo năm 2018. Cụ thể, nhóm PTGBD có tỉ lệ BN có bệnh nền nhiều hơn, số BN có tiền căn phẫu thuật bụng nhiều hơn, mức độ đau nặng hơn, số lượng BC và tỉ lệ BC trung tính cao hơn; đường huyết, bilirubin, men gan cao hơn; siêu âm có tỉ lệ túi mật căng to và tụ dịch quanh túi mật nhiều hơn, điểm ASA và CCI cao hơn, tỉ lệ sỏi kẹt cổ và dịch quanh túi mật trong mổ thấp hơn, kỹ thuật cắt túi mật dễ hơn (chủ yếu là cắt xuôi dòng), cần ít kỹ thuật hỗ trợ hơn. Đặc biệt ở những BN viêm túi mật cấp độ II có ASA ≥ 3 hoặc CCI ≥ 6 là chống chỉ định của phẫu thuật cấp cứu. Tuy kết quả PTNS

cắt túi mật ở nhóm PTGBD tệ hơn nhưng chính thủ thuật PTGBD đã giúp giải quyết được ngay tình trạng cấp cứu của bệnh nhân với kỹ thuật đơn giản, an toàn nhưng tỉ lệ thành công cao (đạt 94,44%). Tóm lại, trong thực tiễn điều trị BN viêm túi mật cấp độ II, chúng ta cần thận trọng xem xét, đánh giá đầy đủ tình trạng BN trước khi quyết định phương pháp điều trị. Không phải PTNS cấp cứu cắt túi mật luôn luôn là sự lựa chọn hàng đầu. Trong một số trường hợp, PTGBD phối hợp với PTNS cắt túi mật trì hoãn tỏ ra hiệu quả hơn, nhất là ở tuyến dưới – nơi mà cơ sở vật chất cũng như kinh nghiệm của PTV còn hạn chế.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 71 bệnh nhân viêm túi mật cấp phân độ II ở hai nhóm theo Hướng dẫn Tokyo năm 2018 được điều trị tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2021, chúng tôi rút ra được một số nhận định sau:

1. Kết quả điều trị PTNS cắt túi mật trì hoãn sau dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (nhóm 1)

Dẫn lưu túi mật trong VTMC là thủ thuật an toàn, dễ thực hiện, tỉ lệ thành công cao (94,44%), tỉ lệ tai biến thấp (5,56%) và biến chứng nhẹ.

PTNS cắt túi mật sau dẫn lưu túi mật có thời điểm phẫu thuật trung bình là $6,81 \pm 3,25$ ngày, thời gian phẫu thuật trung bình là $104,58 \pm 23,40$ phút; tỉ lệ tai biến trong mổ (chảy máu, thủng túi mật) là 38,89%; biến chứng sớm sau mổ (tụ dịch nhiễm trùng) là 30,56%; thời gian nằm hậu phẫu trung bình là $5,5 \pm 2,06$ ngày.

Kết quả PTNS: Tốt: 33,33%; trung bình: 63,89%; xấu: 2,78%.

2. Kết quả điều trị PTNS cấp cứu cắt túi mật (nhóm 2)

PTNS cấp cứu có thời điểm phẫu thuật trung bình là $13 \pm 11,03$ giờ, thời gian phẫu thuật trung bình là $82,57 \pm 33,68$ phút; tỉ lệ tai biến trong mổ (chảy máu, thủng túi mật) là 17,14%; biến chứng sớm sau mổ (tụ dịch nhiễm trùng) là 11,43%; thời gian nằm hậu phẫu trung bình là $4,43 \pm 2,15$ ngày.

Kết quả PTNS: Tốt: 62,86%; trung bình: 37,14%; xấu: 0%.

3. So sánh kết quả chung của PTNS cắt túi mật giữa hai nhóm

Nhóm PTNS cấp cứu có kết quả phẫu thuật tốt hơn nhóm PTNS trì hoãn sau dẫn lưu túi mật trên BN viêm túi mật cấp độ II ($p = 0,023$).

Tuy nhiên, phương pháp PTGBD phối hợp với PTNS trì hoãn là cần thiết trên những BN có nhiều bệnh nền, tiền căn phẫu thuật ổ bụng, ASA ≥ 3 hoặc CCI ≥ 6 .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt:

1. Hoàng Mạnh An (2009), “Đánh giá kết quả điều trị VTMC do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi”, Tạp chí Y Dược học quân sự. 34(4), tr. 81-85.
2. Lê Quang Minh (2013), Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp bằng PTNS cắt túi mật, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
3. Nguyễn Thanh Sáng, Võ Đức Tâm, Bùi Hồng Minh Hậu (2015), “Vai trò dẫn lưu túi mật qua da trong xử trí viêm túi mật cấp do sỏi”, Tạp chí y học TP.HCM. 19(5), tr. 84-90.
4. Văn Tần (2006), “Tiền bộ trong cắt túi mật qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Bình Dân”, Y học Việt Nam. 319 (Số đặc biệt về phẫu thuật nội soi), tr. 163-178.
5. Phan Khánh Việt (2016), Nghiên cứu phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp do sỏi, Học viện Quân y, Hà Nội.
6. Trần Kiến Vũ (2016), 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, Đại học y Hà Nội.

Tiếng Anh:

7. Csikesz N.G., Tseng J.F., Shah S.A. (2008), “Trends in surgical management for acute cholecystitis”, Surgery. 144 (2),pp.283-289.
8. El-Gendi A., El-Shafei M., Emara D. (2017), “Emergency Versus Delayed Cholecystectomy After Percutaneous

Transhepatic Gallbladder Drainage in Grade II Acute Cholecystitis Patients”, Journal of Gastrointestinal Surgery. 21 (2),pp.284-293.

9. Jia B., Liu K., Tan L., Jin Z., Liu Y. (2018), “Percutaneous Transhepatic Gallbladder Drainage Combined with Laparoscopic Cholecystectomy versus Emergency Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Complicated Cholecystitis: Comparison of Curative Efficacy”, The American Surgeon. 84 (3),pp.438-442.
10. Jones M.W., Deppen J.G. (2021), “Open Cholecystectomy”, StatPearls, StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
11. Karakayali F.Y., Akdur A., Kirnap M., Harman A., Ekici Y., Moray G. (2014), “Emergency cholecystectomy vs percutaneous cholecystostomy plus delayed cholecystectomy for patients with acute cholecystitis”, Hepatobiliary & pancreatic diseases international: HBPD INT. 13 (3), pp.316-322.
12. Ke C.-W., Wu S.-D. (2018), “Comparison of Emergency Cholecystectomy with Delayed Cholecystectomy After Percutaneous Transhepatic Gallbladder Drainage in Patients with Moderate Acute Cholecystitis”, Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A. 28 (6),pp.705-712.
13. Lee S.-W., Chang C.-S., Lee T.-Y., Tung C.-F., Peng Y.-C. (2010), “The role of the Tokyo guidelines in the diagnosis of acute calculous cholecystitis”, Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. 17 (6),pp.879-884.
14. Low S.-W., Iyer S.G., Chang S.K.-Y., Mak K.S.W., Lee V.T.W., Madhavan K. (2009), “Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: safe implementation of successful strategies to reduce conversion rates”, Surgical Endoscopy. 23 (11),pp.2424-2429.