

bảo hiểm y tế và một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2018-2020 [Luận văn Thạc sĩ quản lý bệnh viện]: Đại học Y tế công cộng; 2021.

**10. Học; NT.** Một số thuận lợi, khó khăn trong thanh quyết toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh và cơ quan Bảo hiểm xã hội thành phố Hồ Chí Minh năm 2021-2022 2023.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VIÊM TÚI MẬT CẤP KHÔNG DO SỎI (ACUTE ACALCULOUS CHOLECYSTITIS)

Thái Nguyên Hưng, Trịnh Thành Vinh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu (NC):** NC hồi cứu 31 BN viêm túi mật không do sỏi (VTM) được điều trị phẫu thuật (PT) với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) các trường hợp VTM không do sỏi. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật và PTNS cắt túi mật do VTM không do sỏi. **Đối tượng và phương pháp NC:** BN được chẩn đoán VTM không do sỏi, được điều trị PT tại BV Việt Đức từ 2012-2017. **Kết quả NC:** + 31 BN, nữ 17 BN (54,8%), nam 14 BN (45,2%). Tuổi TB 61,4± 14,3 T. Tiền sử: 6 BN đái tháo đường (ĐTĐ), 8 BN cao HA, 6 BN đã PT các loại ung thư (UT) dạ dày, đại-trực tràng..., 4 trường hợp VTM trong thời gian hậu phẫu. Lâm sàng (LS): Đau DSP 31 BN, sốt 11 BN, túi mật căng to 11 BN, Murphy (+) 11 BN. Siêu âm bụng: Túi mật thành dày, không sỏi: 30 BN, giãn TM có dịch 8 BN, dịch tự do OB: 3 BN; Chụp CLVT: Túi mật thành dày, giãn TM có dịch 11 BN, dịch tự do ổ bụng 3 BN. Xét nghiệm BC > 15.000/mm<sup>3</sup> 3 BN. Mổ cấp cứu 9BN, mổ phiên 22 BN. Phẫu thuật nội soi (PTNS) 22 BN; PTNS chuyển mở 3 BN, mổ mở 6 BN. Không có TV, biến chứng: 1 BN apxe tồn dư, rò mật số lượng ít, điều trị nội khoa, 4 BN nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:** VTM không do sỏi có tỷ lệ mắc cao ở nhóm BN cao tuổi, có nhiều bệnh nội khoa phối hợp (ĐTĐ, cao HA, ung thư...) có thể xảy ra ở thời kỳ hậu phẫu các phẫu thuật bụng. Nguyên nhân chính VTM ko do sỏi do thiếu máu, ứ mật, nhiễm khuẩn hoặc biến đổi giải phẫu túi mật. Chẩn đoán VTM không do sỏi khó khăn do các triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu. Phẫu thuật (PTNS hay mổ) là phương pháp chính điều trị VTM không do sỏi. Có thể cắt 1 phần TM nếu túi mật hoại tử dính nhiều vào cuống gan. Trường hợp BN đến sớm, có nhiều bệnh toàn thân phối hợp có thể điều trị bảo tồn kết hợp mở thông túi mật hay dẫn lưu túi mật qua gan qua da hoặc mở cơ oddi và đặt stent đường mật.

### SUMMARY

#### THE CLINICAL FEATURES AND SURGICAL RESULT OF ACUTE ACALCULOUS CHOLECYSTITIS

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

**Aim of study:** 1. Evaluate the clinical and paraclinical feature of acute acalculous cholecystitis (AAC). 2. Surgical result of ACC. - **Patient and method:** Retrospective study. +Time: 2012-2017. - **Result:** There were 31 patients, male 14 patients (45,2%), female 17 patients (54,8%), mean age 61,4± 14,3 years (range 46-87). Medical history: diabetes mellitus in 6 patients, hypertension in 8 patients, subtotal gastrectomy for gastric cancer in 3; colorectal cancer in 2, intestinal gist in 1. Symptoms: Right upper quadrant abdominal pain in 31, fever in 11, palpable gallbladder in 11 patients, positive Murphy's sign in 11 patients, rebound tenderness in 9 patients, white blood cell count elevated in all. Abdominal ultrasound revealed thickening of gallbladder wall > 3- 4,5 mm in 20 patients, > 4,5-5 mm in 10, pericholecystic fluid in 8, peritoneal effusion in 3 patients. CT Scan revealed no stone in gallbladder in 11, thickening gallbladder wall in 11 with pericholecystic fluid, peritoneal effusion in 3 patients. Operation performed: Laparoscopic cholecystectomy in 25 patients (3 conversion to laparotomy due to gangrenous cholecystitis and adhesion to common bile duct in 2 and uncontrollable bleeding in one); laparotomy cholecystectomy in 6 patients, of them 2 performed partial cholecystectomy and mucous membrane of the remaining gallbladder were scratched due to gallbladder gangrene and adhesion to common bile duct. According to the 2018 Tokyo Guidelines: Grade I acute acalculous cholecystitis in 22 patients, Grade II ACC in 9 patients. There were no death, 1 bile leakage with small volume, 5 surgical site infections. **Conclusion:** Acute acalculous cholecystitis is characterized by acute inflammation with no calculi. It manifestation of critical systemic disease. An effective treatment is based on grade of severity. Laparoscopic cholecystectomy is good choice for grade I ACC. In case of gangrenous cholecystitis, open and partial cholecystectomy should be done. For patients in critical condition who cannot tolerate anesthesia and surgery, cholecystostomy by percutaneous transhepatic gallbladder drainage (PTGD) or endoscopic transpapillary gallbladder drainage under ERCP are alternative modality

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật không do sỏi là cấp cứu ngoại khoa chiếm tỷ lệ 5-10% các trường hợp viêm túi mật. Bệnh thường xảy ra trên BN lớn tuổi, sau chấn thương, tai nạn, bỏng hay BN nằm ở ICU,

đang thở máy, mắc các bệnh ĐTD, bệnh nội khoa hay ung thư (UT) bởi vậy việc chẩn đoán và phẫu thuật VTMC không do sỏi gặp rất nhiều khó khăn. Mặt khác tổn thương VTM ko do sỏi thường túi mật hoại tử hay apxe hoặc viêm dính nhiều, biến dạng giải phẫu dẫn đến tỷ lệ mổ mở cao, tỷ lệ PTNS thành công thấp. Bởi vậy chúng tôi NC đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 31 BN, nữ 17 BN (54,8%), nam 14 BN (45,2%), tuổi TB 61,4± 14,3 T (từ 46 đến 87 T).

**Bảng 1: Đặc điểm tiền sử, lâm sàng, cận lâm sàng**

Các đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng	Đặc điểm	n (n=31)	%
<b>1. Tiền sử (TS)*</b>	1. ĐTD	6	19,4
	2. Cao HA	8	25,8
	3. PT cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD) do ung thư dạ dày (UTDD)	3	9,7
	4. PT ung thư trực tràng (UTTT)	2	6,5
	5. PT GIST ruột non	1	3,2
<b>2. Đặc điểm LS</b>	1. Đau DSP	31	100
	2. Sốt**:	11	35,5
	3. Vàng da:	0	0
	4. Túi mật căng to	11	35,5
	5. Dấu hiệu Murphy (+)	11	35,5
<b>3. Xét nghiệm</b>			
<b>3.1. Bạch cầu (BC) (n=31)</b>	1. BC > 10.000-15000	10	32,3
	2. BC > 15.000-18000	3	9,7
	3. BC 8000-10.000	12	38,7
	4 < 8000	6	19,3
<b>3.2. Sinh hóa (n=31)</b>	1. GOT tăng	5	16,1
	2. GPT tăng	4	12,9
	3. Bilirubine tăng > 30 mmol/l	2	6,4
	4. Ure tăng: > 10 mmol/l	2	6,4
<b>4. SA bụng</b>	1. Túi mật thành dày, không sỏi***	30	96,8
	2. Giường TM có dịch	8	25,8
	3. Dịch tự do OB	3	9,7
<b>5. CLVT bụng (n=11)</b>	1. Túi mật thành dày, giường TM có dịch	11	100
	2. Bụng có dịch tự do	3	27,3

\* 4 trường hợp VTM ko do sỏi xảy ra trong thời gian hậu phẫu (2 BN sau cắt ĐT, 1 BN sau cắt DD, 1 BN sau PT Gist ruột non).

\*\* Sốt >39 độ 6 BN.

\*\*\* Thành túi mật 4,5-5 mm: 10 BN; dày 3-4,5 mm: 20 BN.

**Bảng 2: Chẩn đoán và xử trí**

	Các đặc điểm	n	%
1. Phân loại theo tiêu chuẩn Tokyo 2018	1. Viêm túi mật độ I	22	71,0
	2. Viêm túi mật độ II	9	29,0
	3. Viêm túi mật độ III*	0	
2. Phẫu thuật	1. Mổ cấp cứu (CC)	9	29,0
	2. Mổ phiên	22	71,0
	3. PTNS	22	71,0
	4. PTNS chuyển mở	3	12 (3/25)
	5. Mổ mở	6	19,3 (6/31)
3. Nguyên nhân PTNS chuyển mở	1. Dính, biến dạng giải phẫu	2	
	2. Chảy máu khó cầm	1	

(CLS) các trường hợp VTM không do sỏi.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật và PTNS cắt túi mật do VTM không do sỏi.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ BN được chẩn đoán VTM không do sỏi, được phẫu thuật tại BV Việt Đức từ 2012-2017.

+ Loại trừ: BN được PT VTM do sỏi hoặc ung thư túi mật.

4. Nguyên nhân PT mở từ đầu	1. Viêm phúc mạc mật trong thời gian hậu phẫu	3	
	2. Sau PT cắt DD	2	
	3. Hoại tử TM, chảy máu/rò mủ tá tràng	1	

\* Không có trường hợp nào phải dùng vận mạch hay suy chức năng các cơ quan.

**- Phân loại theo tiêu chuẩn Tokyo 2018:**

++ Độ I: 22 BN.

++ Độ II: 9 BN.

++ Không có trường hợp nào phải dùng vận mạch hay suy chức năng các cơ quan.

**- Tử vong và biến chứng:**

+ Không có TV trong và sau mổ.

+ Biến chứng:

++ 1 BN apxe tồn dư, rò mật số lượng ít, điều trị nội khoa

++ 4 BN nhiễm trùng vết mổ.

#### IV. BÀN LUẬN

+ Viêm túi mật cấp chiếm tỷ lệ 3-10% tổng số ca đau bụng, chiếm tỷ lệ 6,3% ở BN < 50 T; chiếm 20,9% (TB là 10%) ở người > 50 T.

+ Tỷ lệ VTM do sỏi chiếm 90-95% tổng số VTM cấp trong khi VTM không do sỏi chiếm 5-10%.

Biểu hiện LS của VTM cấp không do sỏi không điển hình, nguyên nhân gây bệnh phức tạp, tiến triển nhanh.

**- Các nguyên nhân gây VTM không do sỏi**

**+ VTM cấp Ko do sỏi do thiếu máu:**

Đóng vai trò cơ bản trong cơ chế bệnh sinh của VTM không do sỏi: stress sau chấn thương hay phẫu thuật, HA thấp, sử dụng thuốc vận mạch... gây giảm tưới máu. Mật ứ mật gây tăng áp lực trong lòng túi mật làm giảm tưới máu thành túi mật.

+ Orlando [1] nghiên cứu 9 BN VTM cấp không do sỏi nhận xét: Thiếu máu túi mật và ứ mật dẫn đến giảm tưới máu thành túi mật. Thiếu máu kéo dài làm hoạt hóa phospholipid A2 và enzym phân hủy oxy cũng như tăng phản ứng oxy hóa khử của lipid → dẫn đến hoại tử trực tiếp thành túi mật.

+ Hakata [2] chụp mạch 10 BN cho thấy sự khác biệt rõ giữa VTM cấp do sỏi và VTM cấp không do sỏi. VTM ko do sỏi thấy ĐM giãn to, mao mạch ngấm thuốc bình thường. Tác giả kết luận VTM không do sỏi nên được đổi tên thành VTM cấp thiếu máu (acute ischemic cholecystitis).

+ Vakkala và CS [3] NC 39 BN VTM cấp do sỏi và 30 BN VTM cấp không do sỏi thấy: bạch cầu (BC) đa nhân, bạch cầu mono, ưa acid ít xuất hiện trong VTM cấp không do sỏi so với VTM cấp do sỏi. Các NC khác cho thấy bệnh tim mạch và 1 số thuốc làm giảm tưới máu đến tạng gây VTM thiếu máu.

**+ VTM không do sỏi do ứ mật:**

+ Nhịn ăn kéo dài, nuôi dưỡng TM, tắc ruột, mất nước do bỏng hay chấn thương làm rối loạn chức năng bài tiết dịch mật. Sử dụng thuốc mê và thuốc giảm đau trong và sau mổ làm ảnh hưởng đến co bóp túi mật và chức năng của cơ oddi gây ứ mật [4].

+ Các báo cáo thấy rằng sử dụng các hormon (estrogen-progesterone) thuốc tránh thai, lợi tiểu, ceftriaxone, octreotide, erythromycine, sunitinib, sorafenib, aletuzumab ức chế tâm trương và gây co cơ trơn túi mật. Rối loạn chuyển hóa lipid do ĐT Đ type 2 và các thuốc tuần hoàn não làm tăng độ nhớt của mật gây ứ mật.

Các chất chuyển hóa của virus và ký sinh trùng: Epstein-Barr, virus viêm gan A, virus viêm gan E, sán lá gan, Echinococcus có thể xâm lấn thành túi mật và tế bào biểu mô đường mật gây ứ mật. Ứ mật và cô đặc dịch mật kích thích niêm mạc túi mật gây tổn thương làm tăng nguy cơ hoại tử và thủng túi mật [5]

**+ Viêm túi mật không do sỏi do nhiễm:**

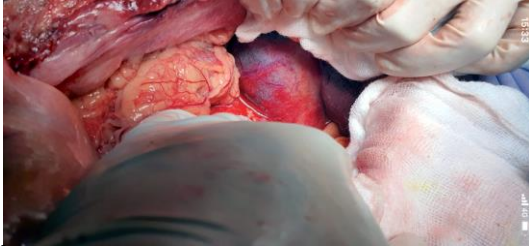
Thường do các nhiễm khuẩn ngược dòng do các ++VK Gram (-): Ecoli, K.bacillus, Salmonella SPP, Brucellosis, Vibrio Cholerae, Leptospira; các ++VK gram (+): Enterococcus faecalis, Staphylococcus Fusarium spp. Sử dụng các chế phẩm opioid giảm đau gây co thắt Oddi làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Nội soi mật tụy ngược dòng cũng gây tăng nguy cơ nhiễm trùng. Các nhiễm trùng toàn thân và tại chỗ nhất là đường máu sẽ làm VK xâm nhập vào túi mật.

- Chúng tôi chưa gặp VTM không do sỏi gây ra do biến dạng giải phẫu đường mật. Tuy nhiên túi mật có chức năng co bóp 1-2 h/lần (làm rỗng 20% lượng dịch trong túi mật), nếu vận động của túi mật yếu làm tăng nguy cơ VTM không do sỏi.

+ Số liệu của chúng tôi cho thấy 22 ca được PTNS thành công là những BN viêm túi mật do sỏi độ 1 (tiêu chuẩn Tokyo 2018). Những BN này đau bụng DSP, siêu âm túi mật viêm dày, không có hoại tử hay thủng túi mật. không có apxe TM, giường TM không có dịch.

+ Chúng tôi có 3 ca mổ cấp cứu VTM ko do sỏi. Các ca mổ cấp cứu được PTNS thấy túi mật viêm dính, ranh giới giữa TM và ống mật chủ (OMC) và tá tràng không rõ nên chuyển mổ mở (2BN). BN thứ 3 túi mật hoại tử, phù nề, dính vào cuống gan và được các tạng như tá tràng hay ĐT ngang, ĐT phải bọc lại chảy máu không kiểm soát được qua PTNS.

+ 6 ca mổ cấp cứu khác được chỉ định mổ từ đầu. Những BN này đã được PT bụng trong đó 1 trường hợp 82 T sau PT ung thư trực tràng 5 ngày, xuất hiện đau bụng, sốt 38-38,5 độ, không trung tiện được. Chụp CLVT thấy quai ruột giãn và có dịch OB, chỉ định mổ vì tắc ruột sớm. Tổn thương trong mổ là thủng mật phúc mạc do hoại tử TM (ảnh 1), mổ cắt TM khó khăn do TM rất phù nề, biến dạng và dính vào tá tràng, cuống gan. Kết quả GPB là viêm túi mật hoại tử.



**Ảnh 1: Viêm túi mật hoại tử sau PT cắt ruột trực tràng ngày 5 (BN Lưu V.C, 82 T)**



**Ảnh 2: Viêm túi mật không do sỏi Độ I: PTNS cắt TM**

- 2 ca VTM không do sỏi sau PT cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD) do UTDD. 2 BN này đau DSP, sốt, DSP ấn đau, phản ứng rõ, túi mật căng to. SA túi mật dày > 5 mm, giường TM có dịch. Tổn thương trong mổ cho thấy TM hoại tử được ĐT ngang và cuống gan bọc lại, gỡ dính khó khăn vì túi mật hoại tử dính thành khối vào cuống gan.

- BN khác hoại tử TM sau mổ cắt DD đang trong giai đoạn hậu phẫu, nhìn ăn vì rò móm tá tràng. Mổ ra túi mật hoại tử, cắt TM khó khăn vì rò móm tá tràng, dính nhiều trên nền ổ apxe.

- BN khác sau mổ GIST ruột non 10 ngày xuất hiện đau bụng, sốt, BC >15.000 mm<sup>3</sup>. Chụp CLVT thành TM dày >5 mm, không sỏi, giường TM và OB có dịch, tổn thương trong mổ túi có nhiều điểm hoại tử dính vào cuống gan và ĐT ngang, xác định ống cổ TM khó khăn.

- 1 BN nữ 87 T, VTM ko do sỏi sau PT cắt đoạn trực tràng (trong thời gian hậu phẫu), túi mật viêm dày, phù nề, hoại tử, nằm trong nhu mô gan, dính nhiều vào các tạng xung quanh.

- Các trường hợp mổ cấp cứu (9/31 ↔29,0%) cho thấy VTM không do sỏi xảy ra ở

BN cao tuổi, có bệnh mạn tính (ĐTĐ 3 BN), BN đang ở giai đoạn hậu phẫu (4 BN) hoặc đang hóa trị ung thư (2 BN).

- Chẩn đoán VTM không do sỏi (trong thời gian hậu phẫu các PT bụng) khó khăn vì triệu chứng LS không rõ, dễ nhầm với biến chứng sau mổ như tắc ruột sau mổ, rò tiêu hóa, viêm phúc mạc... BN tuổi cao nên dấu hiệu LS không điển hình...

- 9 BN mổ cấp cứu ở viêm túi mật độ 2 (tiêu chuẩn Tokyo 2018). Những BN này viêm túi mật hoại tử không do sỏi tuy nhiên túi mật hoại tử và apxe tại chỗ, không có BN nào viêm phúc mạc mật, các chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường, không cần thở máy và không dùng vận mạch.

- Về chẩn đoán chúng tôi thấy rằng các trường hợp VTM cấp ko do sỏi được mổ cấp cứu có 8/9 BN được Δ xác định trước mổ qua SA bụng, chụp CLVT, có dấu hiệu Murphy (+) 7/9 trường hợp, túi mật thành dày >5mm 8/9 BN (1BN thành túi mật 4,5 mm), giường TM có dịch 7/9 BN. Hai BN thủng mật phúc mạc (1 trong 2 BN thủng mật phúc mạc Δ trước mổ là tắc ruột sớm sau mổ ngày 5).

- SA bụng là phương pháp chẩn đoán hình ảnh đầu tay để xác định bệnh. Các tiêu chuẩn chẩn đoán SA:

+ Dấu hiệu Murphy (+) trên SA.

+ Không có sỏi TM.

+ Túi mật căng to (chiều dọc ≥ 8cm, chiều ngang ≥ 5 cm).

+Thành túi mật dày (≥3,5 cm, thành TM đôi).

+ Dịch tự do OB.

+ Độ nhạy và độ đặc hiệu của SA dao động từ 30%-100%. SA phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của người đọc và hơi trong ruột.

- Chụp CLVT: Trong trường hợp nghi ngờ VTM ko sỏi mà SA không xác định được, chụp CLVT có thể chẩn đoán xác định và loại trừ các bệnh khác:

+ Không có sỏi ở phổ hay ống cổ túi mật, thành TM > 3mm, tăng đậm

+ Dịch hoặc thâm nhiễm quanh túi mật.

+ Túi mật hoại tử: Thành túi mật không ngấm thuốc, có màng bong, thành TM không đều, gián đoạn.

+ Mất đoạn thành TM.

+ Dịch quanh TM hoặc apxe gan.

- **Xạ hình TM (99m TC-EHIDA):** Nếu túi mật không hiện hình ≤ 60' có thể chẩn đoán VTM không do sỏi. Xạ hình TM có độ nhạy 67-100%, độ đặc hiệu 38-100% [6].

- **Điều trị VTM không do sỏi:** Dựa vào tiêu chuẩn Tokyo 2018 và thang điểm các yếu tố

nguy cơ (Charlson Comorbidity index score) và thang điểm của ASA (American Society of Anesthesiologist) chia thành 3 mức độ:

+ Độ III: (viêm túi mật mức độ nặng)

Phối hợp với suy các cơ quan bao gồm suy tim mạch, suy thần kinh, suy hô hấp, suy thận (thiếu niệu, creatinin >2.0 mg/dL), suy gan (IRN> 1.5), suy chức năng tạo máu (tiểu cầu <100.000/mm<sup>3</sup>).

+ Độ II (VTM mức trung bình):

++ BC tăng >18.000/mm<sup>3</sup>.

++ Túi mật căng to.

++ Diễn biến >72 h.

++ Nhiễm trùng tại chỗ nặng: Hoại tử TM, apxe quanh TM, apxe gan, VPM mật...

+ Độ I (VTM mức độ nhẹ):

VTM/Bệnh nhân khỏe mạnh, không có thay đổi chức năng cơ quan, viêm và biến đổi tại chỗ ít.

**- Điều trị VTM ko do sỏi có 2 xu hướng:**

+ Đối với VTM nhẹ ở giai đoạn sớm trên BN có các bệnh toàn thân nặng có thể điều trị bảo tồn. Các báo cáo cho thấy tỷ lệ VTM ko sỏi tái phát 2,7% VS 23,2 % VTM do sỏi. PT được chỉ định cho VTM không do sỏi do có tỷ lệ hoại tử túi mật cao. Tỷ lệ TV sau mổ VTM ko sỏi là 9-75% cao hơn hẳn VTM do sỏi thường do các bệnh phối hợp.

+ Chung [7] tổng kết 57 BN VTM Ko sỏi. Tỷ lệ TV 21% (11/57 BN). Tỷ lệ mổ phẫn 31% (18/57 BN). 28 BN được điều trị không mổ, được theo dõi 32 tháng, tỷ lệ VTM ko sỏi tái phát 7% (2 BN).

+ Chỉ định điều trị bảo tồn cho BN được Δ sớm, viêm túi mật nhẹ (độ I): Nhịn ăn, hút dạ dày, điều chỉnh điện giải, thăng bằng kiềm toan, điều trị triệu chứng, dùng kháng sinh thế hệ 3. Nếu triệu chứng không cải thiện nên chỉ định mổ.

+ Có thể PTNS, mổ mở cắt túi mật hoặc cắt 1 phần túi mật. Khi túi mật viêm dính nhiều vào cuống gan, tá tràng hay các tạng xung quanh hoặc PTNS không cầm được máu nên chuyển mổ sớm. Đối với túi mật nằm sâu trong gan hay hoại tử có thể cắt 1 phần túi mật và đốt niêm mạc còn lại.

+Chúng tôi có 3 BN được PTNS → mổ do VTM dính vào cuống gan, tá tràng không xác định được giới hạn giải phẫu. 1 BN khác do chảy máu không cầm được qua PTNS.

+ 2 BN mổ mở cấp cứu túi có mật hoại tử dính chặt vào cuống gan, chúng tôi cắt TM để lại vỏ (thanh cơ), phần niêm mạc còn lại được đốt bằng dao điện. Sau mổ hậu phẫu ổn định không rò mật.

+ 1 BN 87 T VTM nằm sâu trong nhu mô gan cắt TM khó khăn tuy nhiên sau mổ diễn biến thuận lợi Ko có biến chứng.

Kết quả PT:

+ Viêm túi mật không sỏi độ I (phân loại Tokyo 2018): 22 BN (71%).

+ VTM Ko sỏi độ II: 9 BN (29%)

+ 25/31 BN (80,6%) PTNS (3/31 BN PTNS-mổ mở).

+ 6/31 BN (19,4%) mổ mở.

- TV và biến chứng:

+ Không có TV trong và sau mổ.

+ 1 BN apxe tồn dư, rò mật số lượng ít, điều trị nội.

+ 3 BN nhiễm trùng vết mổ

## V. KẾT LUẬN

VTM không do sỏi có tỷ lệ mắc cao ở nhóm BN cao tuổi, có nhiều bệnh nội khoa phối hợp, có thể xảy ra ở thời kỳ hậu phẫu các phẫu thuật bụng. Nguyên nhân chính VTM ko do sỏi do thiếu máu, ứ mật, nhiễm khuẩn hoặc biến đổi giải phẫu túi mật. Chẩn đoán VTM không do sỏi khó khăn do các triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu. Phẫu thuật (PTNS hay mổ) là phương pháp chính điều trị VTM không do sỏi. Có thể cắt 1 phần TM nếu túi mật hoại tử dính nhiều vào cuống gan. Trường hợp BN đến sớm, có nhiều bệnh toàn thân phối hợp có thể điều trị bảo tồn kết hợp mổ thông túi mật hay mổ cơ oddi và đặt stent đường mật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Orlando R, Gleason E, Drezner AD.** Acute acalculous cholecystitis in the critically ill patient. *Am J Surg.* 1983; 145: 472-6.
2. **Hakala T, Nuutinen PJ, Ruokonen ET, Alhava E.** Microangiography in acute acalculous cholecystitis. *Br J Surg.* 1997; 84: 1249-52.
3. **Vakkala M et al.** Cellular turnover and expression of hypoxic inducible factor in acute acalculous and calculous cholecystic. *Crit Care.* 2007; 11: R 116.
4. **Treinen C, Lomenin D, Krause C, Goede M, Oleynikov D.** Acute acalculous cholecystitis in the critically ill: risk factor and surgical strategies. *Langenbecks Arch Surg.* 2015; 400: 421-7.
5. **Barie PS, Eachempati SR.** Acute acalculous cholecystitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2010; 39: 343-57.
6. **Hasan IM, Que L, Rutland M.** The role of glyceryl trinitrate (GTN) in 99m Tc-HIDA with morphine provocation scan for the investigation of type III sphincter of Oddi dysfunction (SOD). *J Nucl Med.* 2016; 57 (Suppl 2): 646.
7. **Chung YH et al.** Can percutaneous cholecystostomy be a definitive management for acalculous cholecystitis? *J Clin Gastroenterol* 2012;46: 216-9.

## KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Kim Thị Mỹ Phương<sup>1</sup>, Kim Văn Vụ<sup>2</sup>, Bùi Đức Duy<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Phương Dung<sup>2</sup>, Nguyễn Hải Nam<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tiến cứu được tiến hành trên người bệnh ung thư đại trực tràng có chỉ định phẫu thuật tại khoa ngoại tiêu hóa Bệnh viện Đa khoa Hà Đông từ 01/03/2023 đến 30/06/2024. **Mục tiêu:** (1) Mô tả đặc điểm và hoạt động chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông (2) nhận xét kết quả chăm sóc người bệnh và một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tỷ lệ nam giới chiếm 54,1% và nữ giới là 45,9%; 71,1% người bệnh có độ tuổi  $\geq 60$  tuổi; 86,2% người bệnh mắc bệnh lý kèm theo; 36,5% người bệnh có thói quen hút thuốc, uống rượu hàng ngày. Tỷ lệ người bệnh phẫu thuật nội soi là 62,9% và phẫu thuật bằng phương pháp mổ mở là 37,1%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $11,6 \pm 4,9$  ngày, thời gian nằm viện trung bình là  $16,6 \pm 6,3$  ngày. Tỷ lệ người bệnh được thay băng vết mổ  $\geq 2$  lần/ ngày là 94,9% vào ngày thứ nhất, 98,7% vào ngày thứ 3, 97,5% vào ngày thứ 5 và 96,9% vào ngày ra viện. Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc hậu môn nhân tạo  $\geq 2$  lần/ ngày lần lượt là 99,4% vào ngày đầu sau phẫu thuật, 82,4% vào ngày thứ 3, 79,3% vào ngày thứ 5 và ngày ra viện. Tỷ lệ người bệnh được thay băng chân ống dẫn lưu  $\geq 2$  lần/ ngày là 96,2% vào ngày thứ nhất sau mổ, 98,7% vào ngày thứ 3 và thứ 5, 99,4% vào ngày ra viện. 88,1% người bệnh có kết quả chăm sóc điều dưỡng tốt và 11,9% có kết quả chăm sóc điều dưỡng chưa tốt. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, nghề nghiệp, tình trạng dinh dưỡng, tình trạng bệnh lý kèm theo tới kết quả chăm sóc.

**Từ khóa:** Kết quả chăm sóc, ung thư đại trực tràng, phẫu thuật, người bệnh.

### SUMMARY

#### RESULTS OF CARE OF PATIENTS AFTER COLOR CANCER SURGERY AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

A prospective descriptive study was conducted on colorectal cancer patients scheduled for surgery at the digestive surgery department of Ha Dong General Hospital from March 1, 2023 to June 30, 2024.

**Objectives:** (1) Describe the characteristics and patient care activities after colorectal cancer surgery at Ha Dong General Hospital (2) comment on patient care results and some related factors. **Results:** Among 159 objects, 54.1% of them was men and

45.9% was women, 71.1% of patients was over 60 years old, 86.2% of people had comorbidity, 36.5% of them had the habit of smoking and drinking alcohol daily; the proportion of patients underwent laparoscopy surgery and open surgery were 62.9% and 37.1% respectively. The average postoperative hospital stay was  $11,6 \pm 4,9$  days, the average hospital stay was  $16,6 \pm 6,3$  days. The percentage of patients who had been changed bandage  $\geq 2$  times/ day was 94.9% on the first day, 98.7% on the third day, 97.5% on the fifth day and 96.9% on the day of discharge. The proportion of patients receiving colostomy care  $\geq 2$  times/ day after surgery was 99.4% on the first day, 82.4% on the third day, 79.3% both on the fifth day and the day of discharge. The percentage of patients who had their drainage tube changed  $\geq 2$  times/day was 96.2% on the first day after surgery, 98.7% on the 3rd and 5th days, and 99.4% on the day of discharge. 88.1% of patients had good nursing care results and 11.9% had poor nursing care results. There are no statistically significant differences between age, occupation, nutritional status, comorbidities and care outcomes.

**Keywords:** post-operative care, colorectal cancer surgery, patient, surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một bệnh lý ác tính thường gặp ở nam giới sau ung thư gan, phổi, dạ dày. Theo UICC ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 1,8 triệu người mắc mới UTĐTT, hơn 880 nghìn ca tử vong do UTĐTT trên toàn thế giới<sup>1</sup>. Để điều trị tốt các ca UTĐTT không thể thiếu Điều dưỡng(ĐD) là người đóng vai trò chính trong công tác chăm sóc sau mổ, là người theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, hướng dẫn người bệnh, người nhà người bệnh chăm sóc vết mổ, tư vấn giáo dục sức khỏe và chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh từ khi nhập viện đến khi ra viện. Tuy nhiên, đến nay tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông chưa có nghiên cứu nào thực hiện một cách toàn diện về chăm sóc NB sau phẫu thuật UTĐTT, chính vì thế chúng tôi thực hiện đề tài "Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông" với các mục tiêu nghiên cứu như sau:

1. Mô tả kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông.

2. Nhận xét một vài yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện đa khoa Hà Đông.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Kim Thị Mỹ Phương

Email: kimphuongg310789@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 15.12.2024