VIÊM TÚI MẬT

1. Đại cương

* VTM là 1 cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong cấp cứu bụng ở các nước đang phát triển
* Giới: nữ > nam
* Tuổi: thường trung niên hoặc tuổi già
* Có thể gặp VPM dưới 3 dạng:

+ VPM cấp tính do sỏi

+ VPM cấp tính không do sỏi

+ VPM (túi mật có hoặc không có sỏi) + sỏi đường mật chính, đường mật trong gan

* Chẩn đoán xác định = LS+CLS (đặc biệt là hình ảnh túi mật qua SA)
* Điều trị: phẫu thuật cắt túi mật bằng PT kinh điển hoặc PT nội soi

1. Sinh lý bệnh

* Sỏi biểu hiện >90% trường hợp VTM, sỏi kẹt vào phễu Hartmann hoặc ống túi mật dẫn đến ứ đọng trong túi mật
* Tổn thương niêm mạc túi mật do: tình trạng viêm và nhiễm trùng do ứ đọng, chà sát cơ học của sỏi, đậm độ của acid mật quá cao
* 75% trường hợp xét nghiệm dịch túi mật có vi khuẩn, thường là E.Coli, Enterococci, Proteus, Staphylococis,...

1. Giải phẫu bệnh lý

* Hình ảnh đại thể: VTM cấp: túi mật to hơn bình thường (gấp 2-3 lần) , thành túi mật căng-dày-màu đỏ hoặc phù mọng
* Hình ảnh vi thể: Viêm không đặc hiệu xen lẫn tổ chức phù, thâm nhiễm BCĐNTT, hệ thống mạch máu bị cương tụ
* Giai đoạn muộn:

+ Túi mật được mạc nối lớn bọc lại, thành túi mật có chấm hoại tử màu lá úa hoặc tím đen

+ Muộn hơn: những chấm hoại tử ở thành túi mật sẽ thủng gây VPM toàn thể hoặc áp xe túi mật

1. Chẩn đoán xác định VTM cấp
2. Lâm sàng

* Cơ năng

+ Đau bụng:

* Tiền sử trước đây có thể có những cơn đau vùng HS(P)
* Đau quặn vùng dưới sườn (P), lan lên bả vai (P) hoặc khoảng giữa 2 xương bả vai, đau liên tục, có thể kéo dài vài ngày
* Đau thường xảy ra sau ăn do túi mật tăng co bóp đẩy dịch mật xuống tiêu hóa thức ăn
* Dấu hiệu quan trọng để phân biệt: thủng ổ loét dạ dày-tá tràng, cơn đau quặn thận, viêm tụy cấp

+ Buồn nôn hoặc nôn

+ Bí trung đại tiện do liệt ruột cơ năng vì đau, đôi khi có ỉa chảy

+ Nước tiểu sẫm màu khi có tổn thương sỏi OMC phối hợp

* Toàn thân:

+ Giai đoạn đầu: HCNT (+): sốt, vẻ mặt nhiễm trùng, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi

+ Giai đoạn muộn (khi túi mật đã hoại tử): HCNĐ rõ: mặt hốc hác, da xanh tái

+ Hc vàng da, xuất hiện khi

* Sỏi đường mật ngoài gan và có hoặc không có sỏi túi mật
* Sỏi túi mật ở vị trí phễu Hartmann chèn vào ống gan (P) hoặc ở ống túi mật chèn vào ống gan chung (hc Mirrizzi)
* Thực thể

+ Nhìn: Có thể thấy u nổi hằn lên dưới da bụng vùng HS(P), di động theo nhịp thở, nhìn được ở người già và gầy (chính là túi mật to)

+ Sờ:

* Túi mật căng to: sờ nắn thấy 1 u dài, hình quả cà tím, sờ nắn đau, di động theo nhịp thở, có khi dài xuống tận HC(P)
* Trường hợp túi mật teo nhỏ (do viêm mạn tính): làm nghiệm pháp Murphy (+)
* Khi BN đến muộn: có thể thấy phản ứng thành bụng, có cứng thành bụng ở HS(P) hoặc cảm ứng phúc mạc, BN đau khắp bụng khi viêm túi mật gây VPM toàn thể

+ Gõ: Đục vùng thấp nếu có dịch ổ bụng

+ Nghe: bụng im lặng do liệt ruột cơ năng

+ Thăm hậu môn-trực tràng: nếu có VPM thì túi cùng Douglas phồng, đau chói

1. Cận lâm sàng
2. Xét nghiệm huyết học và sinh hóa

* Biểu hiện nhiễm trùng: BC tăng cao, chủ yếu BCĐNTT,
* Có thể có biểu hiện tắc mật: Bilirubin toàn phần tăng cao trong máu (chủ yếu là Bilirubin trực tiếp), phosphatase kiềm tăng
* Amylase máu và trong nước tiểu có thể tăng cao

1. Chẩn đoán hình ảnh:

* Siêu âm ổ bụng

+ Giúp chẩn đoán xác định dựa vào hình ảnh:

* Kích thước túi mật lớn hơn bình thường (bình thường 8x3 cm)
* Thành túi mật dày hơn bình thường, có hình ảnh 2 bờ (>3mm)
* Có hay không có hình ảnh dịch ở khoang Morrisson

+ Chẩn đoán nguyên nhân:

* VTM cấp không do sỏi: hình ảnh siêu âm như mô tả ở trên
* VTM cấp do sỏi: hình ảnh VTM cấp + hình ảnh sỏi trong túi mật
* Hình ảnh điển hình của sỏi: là hình đậm âm kèm bóng cản; hình tròn hoặc bầu dục, đôi khi hình vòng cung, dẽ di động theo tư thế BN
* Hình ảnh không điển hình:
* Sỏi nhỏ <3mm sẽ không có bóng cản
* TH sỏi chất đầy trong túi mật, túi mật co nhỏ lại tạo 2 hình vòng cung (1 vòng cung của thành túi mật, 1 vòng cung của sỏi kèm bóng cản)
* Bùn mật: hình đậm âm, chiếm 1 phần hay toàn bộ túi mật, không kèm bóng cản
* VTM cấp do sỏi OMC: (có hay không có sỏi túi mật)
* Dấu hiệu trực tiếp của sỏi: hình đậm âm trong đường mật kèm theo bóng cản hoặc không (nếu sỏi bùn). Nếu sỏi hình thành trên cơ sở xác giun sẽ có hình đường ray và hình tăng âm của sỏi bao quanh
* Dấu hiệu gián tiếp: hình ảnh đường mật phía trên sỏi giãn. Tuy nhiên không đặc hiệu, mức độ giãn đường mật không tương ứng với số lượng, kích thước sỏi
* Chụp XQ bụng không chuẩn bị:

+ Phát hiện sỏi túi mật cản quang:

* Phim thẳng: hình ảnh cản quang nằm ở vị trí túi mật, có dạng hình tròn, bầu dục hay tam giác, điển hình là hình nhiều vòng đồng tâm
* Phim nghiêng: hình ảnh cản quang này nằm trước cột sống

+ Không xác định được sỏi đường mật trong và ngoài gan, vì sỏi ở đây hiếm khi cản quang

+ Giúp loại trừ 1 số bệnh lý cấp cứu ổ bụng: hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành (-), hình ảnh mức nước-hơi (-), không có hình ảnh cản quang nằm dọc đường đi của niệu quản

* Soi ổ bụng cấp cứu:

+ Là phương pháp vừa có giá trị chản đoán, vừa có giá trị điều trị

+ Nhìn thấy túi mật to và căng, xung huyết mạch, phù nề, túi mật có thể dính với gan hay mạc nối. Thùy gan gần túi mật cũng có phản ứng viêm, màu đỏ tươi

+ Điều trị: Cắt túi mật nội soi

* Chẩn đoán xác định = LS + CLS

1. Chẩn đoán phân biệt: Với 1 số bệnh lý cấp tính ở ổ bụng
2. VRT cấp, mà RT ở vị trí bất thường là dưới gan:

* Do RT dài hoặc do manh tràng còn dính dưới gan
* Lâm sàng: đau+ phản ứng thành bụng HC(P)
* Chẩn đoán phân biệt nhờ siêu âm thấy hình ảnh RT viêm, túi mật bình thường

1. Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng

* Tiền sử: loét dd-tt nhiều năm, điều trị không khỏi
* LS:

+ Đau dữ dội, đột ngột như dao đâm vùng thượng vị, lan ra sau lưng

+ Co cứng thành bụng: Sờ như sờ vào mảng gỗ

* Chụp XQ bụng KCB tư thế đứng: hình ảnh liềm hơi dưới vòm hoành

1. Viêm tụy cấp

* Nhiều trường hợp khó khăn vì trong viêm túi mật cấp thì Amylase máu cũng tăng
* Hơn nữa sỏi túi mật rơi xuongs vùng bóng Valter, hẹp ở cơ Oddi cũng gây viêm tụy cấp
* Chẩn đoán phân biệt dựa vào SA và CT ổ bụng

1. Viêm gan siêu vi cấp: (thường là viêm gan virus B cấp)

* LS: sốt, vàng da+ củng mạc mắt, đau HS(P), phản ứng thành bụng ở HS(P), gan to
* XN: HbsAg (+); GOT,GPT tăng rất cao
* SA ổ bụng: hình ảnh gan to, túi mật bình thường

1. Apxe gan

* LS: tam chứng Fontan: đau HSP+ sốt cao, rét run+ gan to. Ngoài ra còn có: rung gan (+), Ludlow (+)
* SA ổ bụng: hình ảnh ổ áp xe

1. Tắc ruột cơ học:

* LS: đau bụng từng cơn dữ dội, dấu hiệu rắn bò (+), dấu hiệu quai ruột nổi (+), nếu xoắn ruột thig dh Von-Wahl (+)
* XQ bụng KCB: hình ảnh mức nước-hơi

1. Tiến triển và biến chứng của viêm túi mật
2. VTM cấp

* Hay gặp ở người già, thể trạng yếu hay phụ nữ có thai
* Tùy LS+CLS mà điều trị nội khoa hay ngoại khoa
* Điều trị nội khoa:

+ Bệnh có thể khỏi hoặc tạo thành đám quánh túi mật

+ Bệnh không giảm, đưa đến biến chứng thủng túi mật do hoại tử:

* VPM khu trú: (apxe túi mật): túi mật được các tạng lân cận đến bao bọc, khu trú lại
* VPM toàn thể:
* Lúc đầu BN thấy giảm đau hẳn, do túi mật bị vỡ, hết căng phồng
* Về sau có bh VPM: BN đau khắp bụng, HCNT-NĐ rõ, phản ứng thành bụng ở khắp bụng nhưng rõ nhất ở HCP, cảm ứng phúc mạc (+)

1. VTMC do sỏi túi mật

* Thường ở phụ nữ, 40-50 tuổi, thể trạng béo
* Điều trị: thuốc giãn đường mật, kháng sinh có thể giảm tạm thời, có thể tái đi tái lại nhiều lần kèm túi mật xơ teo, thành túi mật dính sát vào sỏi
* Bệnh có thể tiến triển và gây ra các biến chứng:

+ Rò mật ra ngoài da: khi túi mật viêm dính vào thành bụng, tạo nên 1 ổ mủ vỡ ra ngoài da, mủ mật và những viên sỏi nhỏ chảy ra ngoài theo lỗ rò

+ Túi mật viêm dính và thủng vào ống tiêu hóa:

* Tạo nên lỗ rò trong, thường lỗ rò nằm ở đáy túi mật và rò vào D1 tá tràng, ít khi rò vào môn vị và dạ dày
* LS ít giúp chẩn đoán, chẩn đoán chủ yếu dựa vào: SA: hình ảnh hơi trong đường mật; chụp XQ bụng KCB: hình ảnh hơi vẽ lên hình đường mật
* Qua lỗ rò sỏi nhỏ trong túi mật được đào thải qua tiêu hóa
* Đôi khi những sỏi to cũng rơi vào trong đường tiêu hóa gây tắc ruột: có 2 hình thái là tắc tá tràng do sỏi mật ( hội chứng Bouveret) hoặc khi sỏi vượt qua tá tràng, xuống hỗng tràng, hồi tràng thường mắc lại ở hồi tràng trước van Bauhin, gây nên hội chứng tắc ruột non do sỏi mật

+ Hội chứng Mirrizzi

* Do sỏi ở phần phễu túi mật chèn ống gan (P) hoặc sỏi ở ống túi mật chèn vào ống gan chung gây giãn đường mật ở gan (P) hoặc giãn đường mật trong gan
* LS: triệu chứng sỏi túi mật+ h/c vàng da tắc mật
* CLS:
* SA: hình ảnh sỏi ở vị trí phễu Hartmann hoặc ống túi mật, hình ảnh giãn đường mật ở gan (P) hoặc toàn bộ đường mật trong gan
* Chụp ERCP:
* Mirrizzi loại I: không có rò giữa túi mật và đường mật trong hay ngoài gan
* Mirrizzi loại II: khi có rò giữa túi mật và đường mật trong hay ngoài gan

+ K túi mật

* Sỏi túi mật lâu ngày nguy cơ gây K túi mật
* Đặc biệt là viêm túi mật thể hóa xứ, có nguy cơ ung thư hóa cao nhất (chủ yếu là carcinom)

1. Viêm túi mật (có hoặc không có sỏi túi mật) + sỏi OMC: khi các biện pháp điều trị nội khoa thất bại, sỏi thường gây tắc mật cấp tính, có thể gây ra các biến chứng:

* Thấm mật phúc mạc: do ứ đọng dịch mật vì sỏi gây tắc, làm tăng áp lực đường mật, mật thấm ra ngoài qua hệ thống dẫn mật
* VPM mật: do mật chảy vào ổ bụng qua lỗ hoại tử túi mật, apxe đường mật, vỡ hoặc hoại tử đường mật ngoài gan, dịch mật bị nhiễm khuẩn
* VTC do sỏi: thường do sỏi OMC ở thấp, bị kẹt trong cơ thắt Oddi
* Chèn ép tim cấp: do apxe gan đường mật (thường ở thùy gan (T) vỡ qua cơ hoành lên màng tim
* Suy hô hấp do apze gan đường mật (thường ở vùng gan (P)) vỡ lên màng phổi
* Chảy máu đường mật: LS tam chứng Whitmann: chảy máu đường tiêu hóa kèm sốt + đau vùng DS(P) + vàng da
* Viêm thận cấp do sỏi mật
* Sốc NT đường mật
* Suy đa tạng do sỏi mật

1. Điều trị
2. Điều trị nội khoa

* Nghỉ ngơi hoàn toàn, chườm nước đá vùng túi mật
* Chế độ ăn uống: những ngày đầu uống nước cháo, chè đường, sữa. Về sau chế độ ăn lỏng, súp, cháo, nước quả
* Thuốc:

+ Chống co thắt giảm đau:

* Atropin ½ mg x1 ống tiêm dưới da/24h
* Papaverin 0,1 mg x 1 ống tiêm bắp/24h
* Tránh dùng thuốc phiện vì gây co thắt cơ Oddi

+ Thuốc KS: nên dùng KS phổ rộng và phối hợp KS. Thường phối hợp Cephalosporin III với Aminoglycoside và Metronidazol. Tốt nhất là theo kháng sinh đồ

* Điều chỉnh RL nước- điện giải, RL chức năng gan-thận

1. Điều trị ngoại khoa

* Chỉ định:

+ Túi mật hoại tử, mưng mủ, dọa vỡ, thủng túi mật, VPM

+ Điều trị nội khoa thất bại

* Chuẩn bị BN và hồi sức

+ Đặt sonde mũi-dd

+ Lập đường truyền TM, bồi phụ nước – điện giải

+ Thuốc giảm đau loại ức chế phó giao cảm: Atropin, propantheline, để ức chế dây X , giảm co bóp túi mật, giảm co thắt cơ vòng Oddi

+ KS dự phòng

+ Đặt sonde tiểu, theo dõi lượng nước tiểu hàng giờ

* Nguyên tắc PT:

+ Gây mê NKQ, giãn cơ tốt

+ Hồi sức tích cực trước-trong-sau mổ

+ Phương pháp PT triệt để hay tạm thời, phụ thuộc vào: dạng VTM, tình trạng BN, điều kiện gây mê hồi sức, trình độ PTV

* PT triệt để:
* TH VTM cấp, có hay không có sỏi thì đều cắt túi mật
* TH VTM cấp ( có hay không có sỏi túi mật) + sỏi OMC -> giải quyết sỏi OMC(là chính)
* PT tạm thời:
* CĐ: Ở những BN già yếu, có nhiều bệnh kèm theo, không đủ sức chịu đựng 1 cuộc PT
* PT: lấy sỏi+dẫn lưu túi mật
* Có 2 phương pháp cắt túi mật:

+ Phương pháp nội soi:

* Có nhiều ưu điểm: thời gian mổ ngắn, đau ít, ít ảnh hưởng đến hô hấp, lưu thông tiêu hóa trở lại sớm hơn, ít biến chứng của vết mổ thành bụng, thời gian nằm viện ngắn, phục hồi sức khỏe nhanh, đảm bảo tính thẩm mĩ
* CCĐ: suy tim, suy hô hấp nặng, VPM toàn thể, BN đã mổ bụng nhiều lần
* Hạn chế: phải gây mê, đánh gái tổn thương khi mổ đôi khi khó khăn hơn do không có cảm giác sờ nắn, tai biến nếu bơm khí CO2 áp lực cao

+ PT mở bụng:

* Chỉ định: Các TH chống chỉ định PT nội soi hoặc mổ nội soi khó thành công:
* TH BN đã mổ bụng nhiều lần
* Có rò túi mật với đường mật hay rò mật với ruột
* VPM do thủng túi mật
* Đám quánh túi mật hay apxe vùng ¼ trên bụng (P)
* Kĩ thuật:
* Đường mổ:
* Đường giữa trên rốn, có thể vượt qua rốn, vòng sang bên (P), cắt bỏ d/c tròn khi cần
* Đường DS(P), cách dưới bờ sườn (P) 1cm (áp dụng BN béo)
* Thăm dò ổ bụng kĩ, kết thúc bằng việc kiểm tra vùng dưới gan
* Bộc lộ vùng gan
* Kĩ thuật cắt túi mật: 2 cách:
* Xuôi dòng: cắt từ đáy túi mật dần về ống túi mật
* Ngược dòng: cắt từ ống túi mật đến đáy túi mật
* Lau rửa sạch ổ bụng, bỏ các van, gạc, dụng cụ,...
* Đặt ống dẫn lưu dưới gan ra chỗ thấp DS(P)
* Đóng lại thành bụng 2 lớp
* Túi mật cần được gửi đi làm GPB một cách hệ thống
* Chăm sóc-theo dõi sau mổ:

+ Lưu thông đường tiêu hóa lập lại sau 2-3 ngày, không cần đặt ống thông dd

+ BN cần được truyền dịch trong 2 ngày đầu

+ Nếu BN không buồn nôn, có thể uống từ ngày thứ 2

+ Ống dẫn lưu có thể có 1 ít dich hồng trong 2-3 ngày, có thể rút bỏ sau 3-4 ngày

+ KS toàn thân

+ Theo dõi-phát hiện-xử trí kịp thời các biến chứng

* Tai biến PT cắt túi mật

+ Tổn thương dd-tt do giải phóng túi mật khỏi các tạng này

+ Tổn thương đại tràng: tùy theo tính chất tổn thương mà quyết định: khâu lại ĐT, đính ra vết mổ hay đưa ĐT có lỗ thủng ra ngoài

+ Tổn thương nhu mô gan: do dụng cụ nâng gan hay khi giải phóng giường túi mật

+ Chảy máu do tuột chỉ buộc ĐM túi mật

+ Tổn thương đường mật chính: hẹp 1 phần đường mật chính do cặp và buộc ống túi mật, vết thương bên của đường mật chính, cắt ngang OMC

+ Tổn thương TM cửa

1. Biến chứng sau mổ cắt túi mật
2. Các biến chứng sớm
3. Vàng da sau mổ

* Vàng da xuất hiện sau cắt túi mật, thường là do cắt phải đường mật chính: thường là vàng da đơn thuần

+ LS: vàng da tăng dần, không sốt, không đau, bắt đàu từ ngày t2 sau mổ

+ XN máu: Bilirubil toàn phần tăng cao, chủ yếu là bilirubil trực tiếp

+ Khi chẩn đoán xác định thì chỉ định mổ lại, vào khoảng 8-12 ngày sau mổ lần đầu

* Cần phân biệt với 1 số nguyên nhân khác

+ Vàng da tan máu: do tai biến truyền máu xảy ra tức khắc sau khi truyền máu, kèm theo đái ra Hb

+ Vàng da nặng do suy gan cấp: Vì thiếu máu gan, khi thắt nhầm vào ĐM gan

+ Vàng da do cắt túi mật làm suy gan mất bù trên BN suy gan

+ Vàng da do NT máu vi khuẩn Gram (-): gây suy gan-thận, sốt rét run, trụy tim mạch

+ Vàng da do NT đường mật:

* Khó phân biệt với các nguyên nhân trên, có thể do sỏi đường mật chính không phát hiện ra, do viêm chít cơ vòng odđi, do viêm tụy mạn hoặc do tổn thương đường mật
* XN máu: bilirubin toàn phần tăng cao, chủ yếu là bilirubin liên hợp + BC tăng rất cao

1. Rò mật ra ngoài

* Rò mật qua dẫn lưu dưới gan dễ nhận biết màu sắc đặc trưng của nước mật. Bất cứ nghi ngờ nào có mật đọng trong ổ bụng cần được nối lại ngay để xử trí
* Nguyên nhân gây rò mật:

+ Tuột chỉ buộc mỏm ống cổ túi mật

* Ít gặp, xảy ra vài ngày sau mổ, mật chảy ra ít và không kéo dài. Xử trí:
* BN nằm đầu thấp, nằm ngửa, nhịn ăn uống
* KS, truyền dịch, theo dõi tình trạng bụng
* Mật có thể tự hết
* Nếu mật chảy ra nhiều, cần:
* SA kiểm tra có bít tắc OMC phần thấp không
* Chụp ERCP: hữu ích để chẩn đoán và xử trí nguyên nhân gây tắc, làm thông thoáng đường mật, lấy sỏi, cắt cơ vòng oddi), mật sẽ bớt dần và hết
* Nếu không hiệu quả phải mổ lại

+ Tổn thương đường mật chính, không phát hiện trong mổ dẫn tới rò mật nhiều sau mổ vài giờ (0,5-1 l/ngày) -> chỉ định mổ lại ngay

+ Tổn thương ống mật phụ bị bỏ sót:

* Rò mật ít, thường không cần mổ lại, nhưng cần dẫn lưu lâu
* Sau 3 tuần đã có thể coi là đã hình thành đường rò -> chụp đường rò với thuốc cản quang để đánh giá ống mật tổn thương
* Sau 6 tháng mà không biết rò -> mổ lại để thắt ống mật rò, khi nó chỉ thuộc về 1 vùng gan giới hạn nhỏ

1. Viêm phúc mạc mật

* Nguyên nhân: như nguyên nhân gây rò mật và được dẫn lưu không tốt hoặc không được dẫn lưu
* Chẩn đoán khó vì sau mổ bụng BN có đau bụng và phản ứng thành bụng là điều bình thường -> dấu hiệu gợi ý chẩn đoán là đau bụng cường độ mạnh, lan xuống dưới rốn và khung chậu
* Xử trí: khi chẩn đoán thì chỉ định mổ lại để lau rửa ổ bụng + xử trí tổn thương gây chảy mật vào ổ bụng

1. Chảy máu

* Tùy từng thời điểm chảy máu, có thể thấy:
* Chảy máu sớm qua dẫn lưu dưới gan:

+ Nguyên nhân: tuột chỉ thắt DDM túi mật, cần loại trừ tổn thương mạch máu nhỏ ở thành bụng khi đưa dẫn lưu ra ngoài

+ Chẩn đoán xác định thì mổ lại ngay

* Chảy máu thứ phát ngày thứ 4-5 sau mổ

+ Xảy ra tự nhiên hay sau di động ống dẫn lưu dưới gan

+ Nguyên nhân: do bật chỗ máu cục cầm máu giường túi mật

+ Xử trí: mổ lại lấy hết máu cục (tránh NT và chảy máu rái phát) + tìm và xử lý nguyên nhân

1. VTC hoại tử

* Hiếm xảy ra sau cắt túi mật đơn thuần
* Thường là biến chứng của phẫu thuật trên đường mật chính, đặc biệt là khi mở cơ vòng Oddi

1. Biến chứng muộn
2. Dính vùng dưới gan

* Bao giờ cũng có dính vùng dưới gan:

+ Vài tháng đầu: chỗ dính rất chắc, chảy máu, khó phẫu tích

+ Sau đó dần lỏng lẻo hơn, nhưng vẫn còn dính chắc

* Dính chặt vào tá tràng: gây cản trở nhu động tá tràng, có thể dính dây chằng trong ổ bụng sau mổ
* Cách đề phòng:

+ Phẫu tích tỉ mỉ, cầm máu cẩn thận khi mổ

+ Dẫn lưu dưới gan trong trường hợp tiến triển bình thường thì nên rút sớm : 48-72h sau mổ

1. Bệnh lí của mỏm cụt

* Là 1 nhóm bệnh lý do mỏm túi mật để lại còn quá dài

+ Do ứ đọng mật và nhiễm trùng, viên sỏi còn sót lại trong mỏm ống túi mật có thể gây ra triệu chứng như viêm túi mật

+ Đề phòng bằng cách chụp đường mật hệ thống trong mổ để không bỏ sót sỏi

* Cũng có thể do ứ đọng mật, do vật lạ (chỉ thắt mỏm không tiêu) -> gây tái tạo sỏi
* Có thể gây biến chứng: giãn mỏm ống cổ túi mật thành nang: thường nếu nang lớn thì phải nghĩ tới và tìm nguyên nhân gây tắc mật ở dưới.