

# **Bệnh án ngoại khoa**

## **Chuyên đề: sỏi túi mật**

Sinh viên Y6 – Nhóm 2:

1. Phan Quyết Quý
2. Trần Minh Nguyễn
3. Lê Nguyễn Anh Thư
4. Phạm Hoàng Thanh Tú

# Bệnh sử

BN nam sinh năm 1939 (83 tuổi), HCM

Thời gian nhập viện: 4h sáng ngày 20/9/2022.

Lý do nhập viện: đau bụng hạ sườn phải, bệnh 3 ngày.

# Bệnh sử

- CNV 3 ngày, BN cảm giác khó chịu vùng bụng trên rốn, tăng dần, kèm chán ăn, chỉ ăn mỗi bữa một ít cháo, mệt nhiều tăng dần.
- CNV 1 ngày, BN đau nhiều vùng hạ sườn phải, lan sau lưng, đau dữ dội, BN không chịu được → đi cấp cứu tại BV Phú Nhuận sau chuyển BV Bình Dân lúc 0h30 ngày 20/9/2022.
- Trong thời gian BN, BN không sốt, không vàng da, không ngứa, tiểu khó, tiểu nhiều lần, nước tiểu vàng trong, đi phân vàng, lượng ít.

# Tiền căn

- Chưa từng đau bụng tương tự trước đây, chưa phát hiện sỏi mật trước đây, chưa từng phẫu thuật.
- Bệnh lý nội khoa:
  - Tăng huyết áp điều trị liên tục 10 năm (HA thường ngày 130/90 mmHg, HA tâm thu cao nhất 180mmHg)
  - Rối loạn lipid máu
  - Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt
  - Bệnh tim thiếu máu cục bộ
  - Thuốc đang sử dụng cho đến ngày nhập viện:  
**Clopidogrel**, Atorvastatin, Dutasterid, Nebivolol, Losartan.

# Tiền căn

- Không sụt cân gần đây.
- Bỏ thuốc lá >20 năm
- Không uống rượu bia
- Không dị ứng thuốc thức ăn
- Tiền căn gia đình không ghi nhận bệnh lí ác tính, bệnh lí di truyền.

# Tổng trạng

- BN tỉnh tiếp xúc tốt
- Da niêm hồng.
- Niêm mạc mắt, kết mạc mắt không vàng
- Sinh hiệu:
  - M: 109 lần/ phút
  - HA 160/80 mmHg
  - Nhiệt độ 37 °C
  - Nhịp thở 16 lần/ phút
- Cân nặng: 88kg, chiều cao 160 cm, BMI 34 kg/m<sup>2</sup>

# Khám bụng

- Bụng to bè, không sọ mỗ cũ, không xuất huyết dưới da.
- Bụng gõ trong, gõ không đau.
- Nhu động ruột 6 lần/ phút, không nghe âm thổi động mạch chủ bụng.
- Bụng mềm
- Bờ dưới gan mấp mé hạ sườn phải, chiều cao gan 11 cm đường trung đòn trái, mật độ mềm.
- Túi mật căng to, ấn đau tức nhiều.
- Khám hậu môn trực tràng: niêm mạc hậu môn hồng, không sang thương, lòng trực tràng trơn láng, tuyến tiền liệt to, không đau, V ~ 100 ml, rút căng phân dính găng, không dính máu.

# Khám lồng ngực

- Mỏm tim đường trung đòn trái, diện đập 1\*1 cm.
- T1T2 đều rõ, mạch không đều, tần số 109 lần /phút.
- Phổi trong, không rale.



# Tóm tắt

BN nam 83 tuổi nhập viện vì đau bụng, bệnh 3 ngày:

Triệu chứng cơ năng:

- Đau bụng dữ dội trên rốn.

Triệu chứng thực thể:

- Túi mật căng to, ấn đau tức nhiều.

Tiền căn:

- THA, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rối loạn lipid máu, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt
- Đang sử dụng Clopidogrel.

# Đặt vấn đề

1. Đau bụng hạ sườn phải
2. Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.
3. Đang dùng Clopidogrel.

# Chẩn đoán sơ bộ

Bệnh chính: Viêm túi mật cấp.

Bệnh kèm theo: Tăng huyết áp – Rối loạn lipid máu – Bệnh tim thiếu máu cục bộ - Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt  
Đang dùng Clopidogrel.

# Chẩn đoán phân biệt

Viêm đường mật cấp do sỏi.

Viêm tụy cấp do sỏi kẹt đoạn cuối ống mật chủ

# Biện luận

## **Đau bụng hạ sườn phải:**

BN đau bụng hạ sườn phải tăng dần trong 3 ngày, mức độ dữ dội lan sau lưng, khám túi mật căng to, ấn đau tức nhiều, nghĩ viêm túi mật cấp. BN lớn tuổi (83 tuổi), dấu hiệu toàn thân như sốt có thể không rõ.

## **Phân biệt:**

- Viêm đường mật cấp do sỏi
- Viêm tụy cấp do sỏi kẹt đoạn cuối ống mật chủ

# Đề nghị CLS

## CLS chẩn đoán

- Siêu âm bụng tổng quát.
- CTM, CRP
- Bilirubin TP, TT, GT; AST, ALT, Amylase máu
- CT scan bụng có cản quang

# Siêu âm bụng tổng quát

**Túi mật: căng to kích thước 99 \* 50 mm, thành dày d# 6mm, ít dịch quanh túi mật, cholesterol bám thành túi mật, có sỏi vùng cổ d # 10mm.**

**Đường mật trong và ngoài gan không dẫn, không sỏi**

**Tụy: hạn chế khảo sát.**

**Gan: không to, bờ đều, cấu trúc phản âm dày đồng nhất**

**Tuyến tiền liệt: KT 67 \* 58 \* 68 mm, V =139 ml**

**Dịch ổ bụng không có**

**Động mạch chủ bụng: không phình**

**⇒ Kết luận: sỏi + dày thành túi mật/ túi mật căng to, ít dịch quanh túi mật. Cholesterol bám thành túi mật. Gan nhiễm mỡ. TTL lớn**

# Công thức máu

**Bạch cầu:**

- **WBC: 19.37 K/ $\mu$ l**
- **Neutrophil: 82.2%**

Hồng cầu:

- HGB 13.0 g/dl
- HCT 37.6%

Tiểu cầu: 194 K/ $\mu$ l



# Sinh hóa máu

Bilirubin toàn phần 24.7  $\mu\text{mol/l}$

Bilirubin trực tiếp: 12.5  $\mu\text{mol/l}$

-> tăng dưới ngưỡng lâm sàng.

AST 34 U/l, ALT 56 U/L

Amylase máu: 44 U/l (không tăng)

**Chẩn đoán viêm túi mật cấp** theo Tokyo Guildline 2018 với:

A: ấn đau  $\frac{1}{4}$  trên phải

B: sốt, bạch cầu tăng

C: hình ảnh đặc trưng viêm túi mật cấp: túi mật to  $> 40$  mm, thành túi mật dày  $> 4$ mm, ít dịch quanh túi mật

**Phân độ:**

- đề nghị thêm các cận lâm sàng: creatinine huyết thanh, đông máu toàn bộ

# Sinh hóa máu

Đông máu toàn bộ:

- Thời gian prothrombin: 12.1 giây
- INR 1.16
- aPTT: 26.4 giây

Creatinine máu: 84  $\mu\text{mol/l}$

eGFR: 75.69 ml/phút/1.73m<sup>2</sup> da

# CT scan bụng có cản quang

Túi mật căng 47 mm, có vài sỏi cản quang dmax 7mm, thành dày 3mm, bắt thuốc khá mạnh, không đều, thâm nhiễm mỡ xung quanh

Đường mật trong gan không dẫn, không sỏi

Ống mật chủ không dẫn

Động mạch chủ bụng không phình. Xơ vữa động mạch chủ bụng. Không dịch ổ bụng

Tụy- lách: không to, cấu trúc nhu mô đồng nhất

Kết luận: **Viêm túi mật cấp/Sỏi túi mật. Phì đại tuyến tiền liệt. Gan nhiễm mỡ**

**Chẩn đoán viêm túi mật cấp** theo Tokyo Guideline 2018 với:

A: ấn đau  $\frac{1}{4}$  trên phải

B: sốt, bạch cầu tăng

C: hình ảnh đặc trưng viêm túi mật cấp: túi mật to  $> 40$  mm, thành túi mật dày  $> 4$ mm, ít dịch quanh túi mật

**Phân độ:**

- Bạch cầu  $> 18k$
- Thời gian khởi phát triệu chứng  $> 72h$
- Không có các dấu hiệu suy cơ quan

**-> Viêm túi mật cấp độ II theo TG18**

## **Siêu âm tim**

Thành ngực dày, echo kém -> hạn chế khảo sát

Không rối loạn vận động vùng, chức năng tâm thu thất T bảo tồn EF 69%

Dẫn nhĩ T d 44mm

Không hẹp hở đáng kể các van tim

Không dịch màng ngoài tim

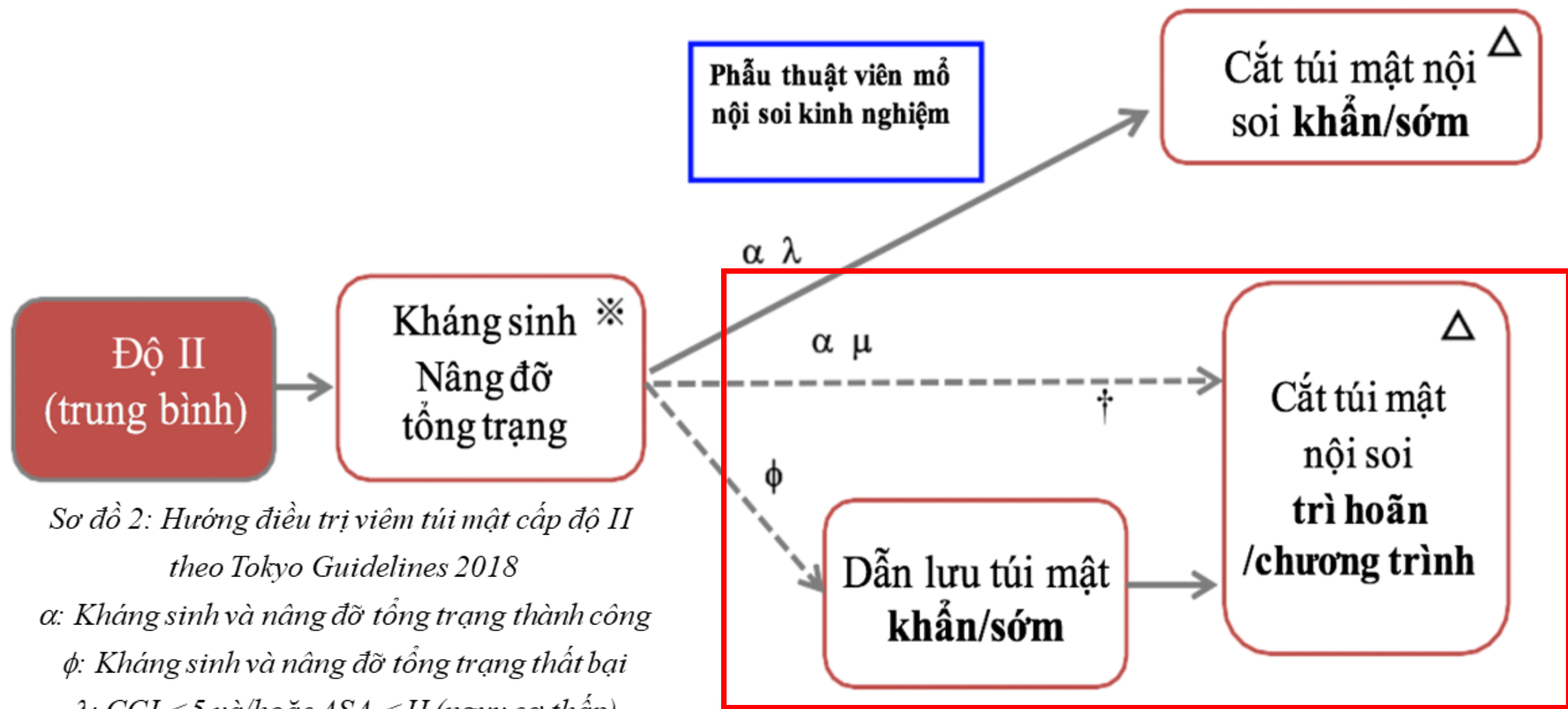
## **ECG- rung nhĩ đáp ứng thất nhanh**

# Chẩn đoán xác định

## **Viêm túi mật cấp độ II theo TG 2018**

Bệnh kèm theo: rung nhĩ/ tăng huyết áp/ bệnh tim thiếu máu cục bộ/ rối loạn lipid máu/tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt/ Béo phì độ II - WHO

Đang sử dụng Clopidogrel (cách NV 1 ngày)



Sơ đồ 2: Hướng điều trị viêm túi mật cấp độ II  
theo Tokyo Guidelines 2018

$\alpha$ : Kháng sinh và nâng đỡ tổng trạng thành công

$\phi$ : Kháng sinh và nâng đỡ tổng trạng thất bại

$\lambda$ : CCI  $\leq 5$  và/hoặc ASA  $\leq II$  (nguy cơ thấp)

$\mu$ : CCI  $\geq 6$  và/hoặc ASA  $\geq III$  (không nguy cơ thấp)

※: Nên cấy máu trước khi dùng kháng sinh

†: Cấy dịch mật nên được thực hiện

$\Delta$ : có thể chuyển mổ mở nếu mổ nội soi khó khăn



BN có lớn tuổi, bệnh nền nhiều, nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch, béo phì độ II, nguy cơ trước mổ ASA độ III

⇒ **Ưu tiên điều trị nội khoa kết hợp dẫn lưu túi mật.**

⇒ **Sau khi tình trạng lâm sàng ổn, tình trạng ứ đọng mật và viêm giảm sẽ mổ cắt túi mật sớm.**

# Lựa chọn phương pháp dẫn lưu

**We recommend PTGBD as a standard drainage method for surgically high-risk patients with AC. (Recommendation 1, level B).**

*Theo TG 2018*

## **Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da:**

- Gây tê tại chỗ, dưới hướng dẫn siêu âm bụng → chọc qua thành bụng dùng kim 18G
- Lấy dịch mật xét nghiệm vi sinh
- Biến chứng tụt ống thông, tắc ống thông, bệnh nhân khó chịu

# Dẫn lưu túi mật ở BN dùng Clopidogrel

The Society of Interventional Radiology guidelines recommend discontinuing clopidogrel for 5 days before PTGBD (CPG)

ETGBD without EST should be considered as the first-choice treatment in patients with acute cholecystitis who cannot undergo cholecystectomy because of the use of antithrombotic therapy (ATT).

Patel IJ, Davidson JC, Nikolic B, Salazar GM, Schwartzberg MS, Walker TG, et al. Consensus guidelines for periprocedural management of coagulation status and hemostasis risk in percutaneous image-guided interventions. *J Vasc Interv Radiol*. 2012;**23**:727–36.

**Current Status in the Treatment of Acute Cholecystitis Patients Receiving Antithrombotic Therapy: Is Endoscopic Drainage Feasible?- A Systematic Review** *Clin Endosc* 2020;53 (2): 176-188.

# Điều trị

## Điều trị nội khoa:

- Nhịn ăn.
- Truyền dịch đường tĩnh mạch.
- Kháng sinh tĩnh mạch phổ rộng: nhóm carbapenem hoặc cephalosporin thế hệ 3 + metronidazole.
- Theo dõi CTM mỗi 12 giờ, theo dõi nhiệt độ và khám bụng mỗi 2-3h.
- Đánh giá bệnh lý đi kèm: men tim BNP, lipid máu.

**Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm -> Soi cấy dịch mật + Kháng sinh đồ**

# Điều trị cụ thể

## 1. Lập đường truyền TM

NaCl 0.9% 1000ml

1 chai (TTM) 30 giọt/phút

## 2. Kháng sinh

Invanz (ertapenem) 1g + Nacl 0,9% 100ml (TTM) 30 giọt/ phút

## 3. Giảm đau

- Paracetamol 1g 01 chai (TTM) 100 giọt/phút

# Điều trị ngoại khoa

Thực hiện mổ nội soi cắt túi mật sau vài ngày.

Điều kiện:

- Sau khi dẫn lưu túi mật, lâm sàng cải thiện, BN giảm đau, xét nghiệm bạch cầu giảm, đáp ứng tốt kháng sinh
- Không có biến chứng dẫn lưu như tụ máu, áp xe, tràn dịch màng phổi,...
- Hội chẩn nội tim mạch đánh giá bệnh nền.

# Theo dõi hậu phẫu

1. Sinh hiệu
2. Tình trạng bụng, vết mổ, ODL
3. XN theo dõi đáp ứng + biến chứng ( tổn thương đường mật/ cơ quan lân cận )

# Quy trình thực tế

Ngày 20/9/2022

- 4h sáng: nhận bệnh tại khoa cấp cứu, xét nghiệm chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi
- 9h sáng: trình BCN khoa báo mổ cấp cứu, phương pháp mổ nội soi cắt túi mật
- 12h-14h: mổ nội soi cắt túi mật, dẫn lưu dưới gan
- Hậu phẫu có các vấn đề: rối loạn nhịp (rung nhĩ), theo dõi suy tim EF=69% (hội chèn tim mạch).

Ngày 21/9/2022

- 15h30 chuyển TQ2, canula Oxy 2l/p, ống dẫn lưu ít dịch hồng



# Tường trình phẫu thuật

Ngày bắt đầu PT 20/09 12g30. Ngày kết thúc PT 20/09 14g15

CĐ trước PT : Viêm túi mật cấp do sỏi

**CĐ sau PT : Viêm túi mật hoại tử do sỏi**

Phương pháp PT : PT nội soi cắt túi mật

- Rạch da vào bụng 3 trocar
- Mô tả sang thương : **Túi mật căng, vách dày, viêm dính rất nhiều. Thành túi mật có nhiều điểm hoại tử. Mạc nối lớn dính rất nhiều vùng túi mật và dưới gan.** Gan hồng trơn láng, OMC không dẫn
- Xử trí : phẫu tích tam giác gan mật bộc lộ ĐM túi mật và ống túi mật. Bóc tách rất khó. Ống túi mật dài khoảng 7mm. Kẹp clip+ Hemolok cắt ống túi mật. Tách túi mật ra khỏi giường túi mật bằng móc đốt. Đốt cầm máu giường túi mật. Sử dụng 1 surgicel đặt tại giường túi mật
- **Dẫn lưu dưới gan ống Pezzer 26Fr.** Cố định dẫn lưu

## Theo dõi CTM

- 4g ngày 20/09. WBC 19,37 K/uL
- 19g ngày 20/09. WBC 17.01 K/uL
- 9h ngày 21/09. WBC 12.61 K/uL
- 18g ngày 21/09. WBC 12.77 K/uL

## Lâm sàng

- Ngày 23/09: hậu phẫu ngày 3 còn đau tức nhẹ hạ sườn phải, thở oxy qua canula 2l/p, SpO2 100%, HA: 140/90 mmHg, M 98 lần/phút, 37 độ C.

# Dịch dẫn lưu dưới gan

## Ngày 23/9/2020

