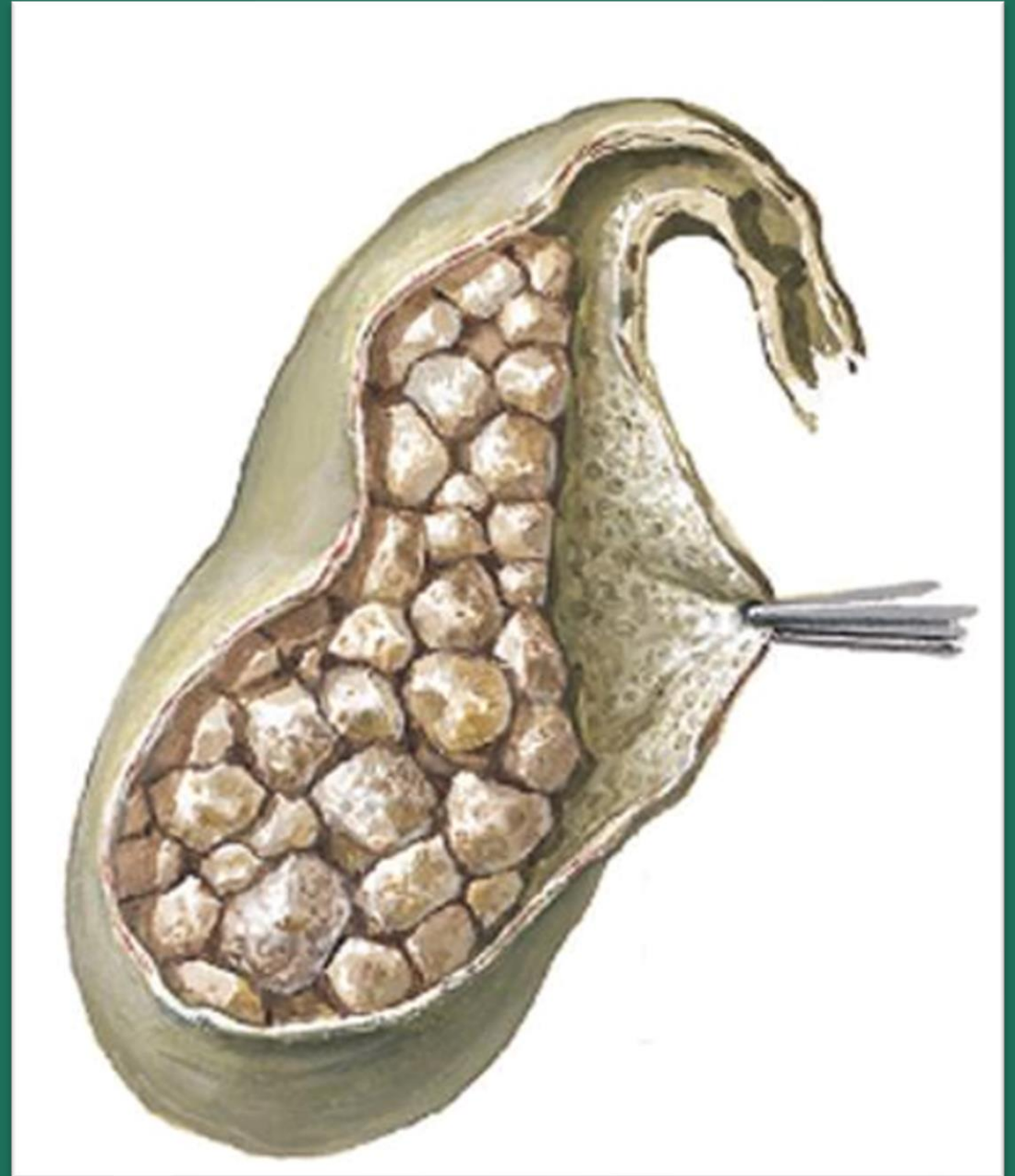


SỎI TÚI MẬT

GVHD: BS. LÊ TIẾN ĐẠT

Nhóm trình:

- Đỗ Hùng – Y17D
- Nguyễn Huỳnh Đức Thiện – Y17D



MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Tổng quan về giải phẫu, sinh lí của túi mật
- Dịch tể, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, biến chứng của sỏi túi mật
- Chẩn đoán và điều trị viêm túi mật
- Ca lâm sàng minh họa

NỘI DUNG

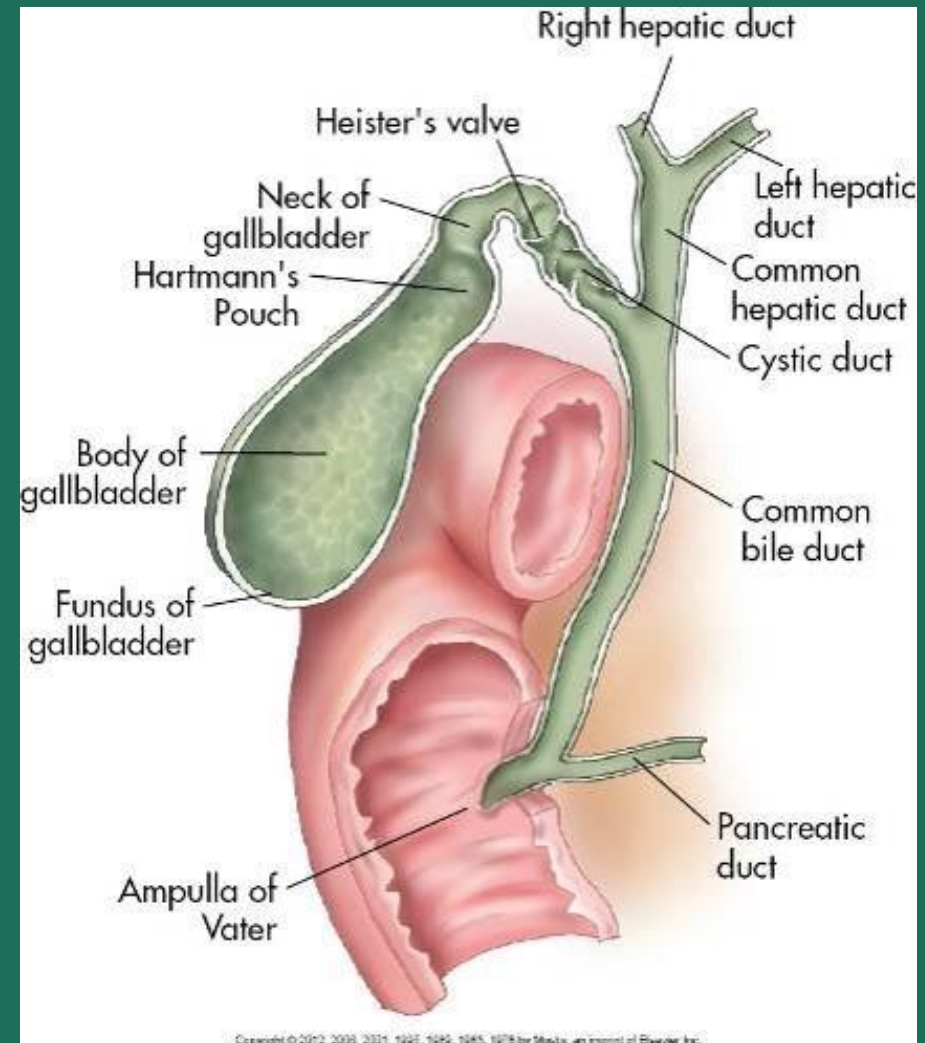
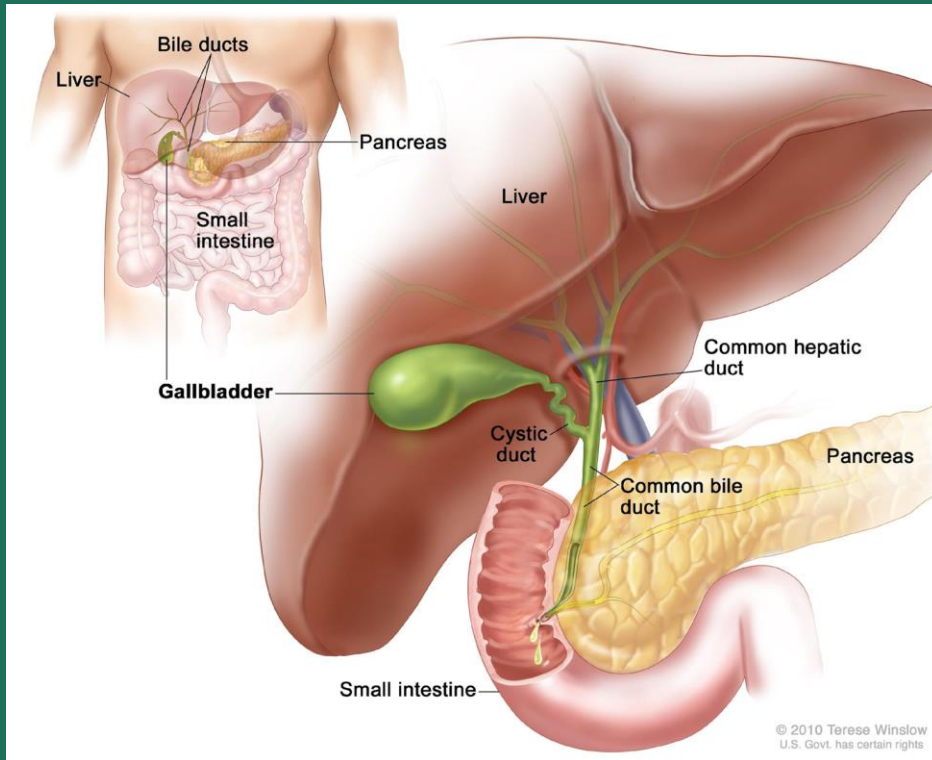
01 TÚI MẬT

02 SỎI TÚI MẬT

03 BIẾN CHỨNG

04 CA LÂM SÀNG

01 TÚI MẬT



02

SỎI TÚI MẬT

- DỊCH TỄ
- LÂM SÀNG
- CẬN LÂM SÀNG
- ĐIỀU TRỊ
- BIẾN CHỨNG

DỊCH TỄ

- Việt Nam: sỏi mật chiếm 3,32-6,11% dân số, trong đó đa số là sỏi túi mật
- Đỉnh: 50-60 tuổi
- Tỷ lệ sỏi túi mật tăng, sỏi trong và ngoài gan giảm
- Tỷ lệ sỏi cholesterol tăng, sỏi calci bilirubinát giảm do chế độ ăn Tây hóa và giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn, KST đường ruột

DỊCH TỄ

YẾU TỐ NGUY CƠ

Tuổi

Giới và chủng tộc

Thai kì

Rối loạn lipid máu

Chế độ ăn

Béo phì và sụt cân

Lối sống tĩnh tại

Bệnh mạn tính

Hút thuốc lá

Rượu bia

PREDISPOSING FACTOR OF
CHOLELITHIASIS (AKA GALLSTONES)

4 F's

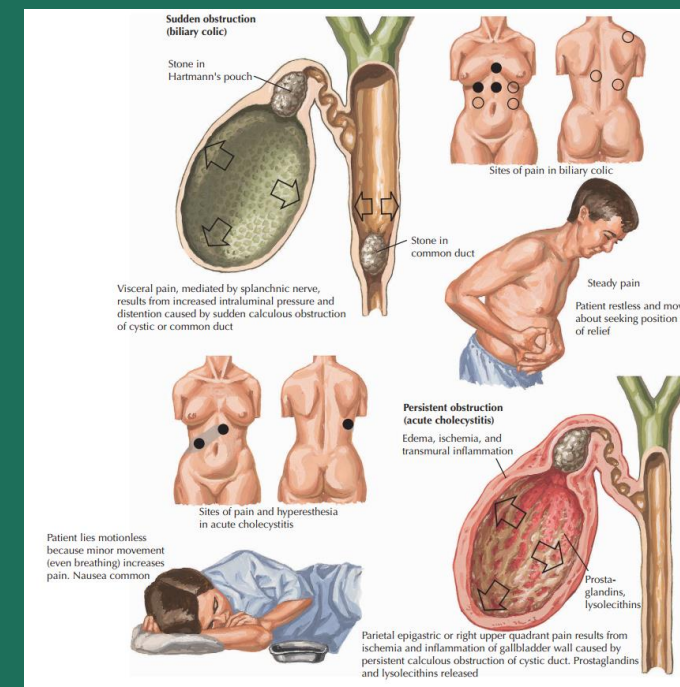
- Fat
- Forty
- Female
- Fertile



LÂM SÀNG

- Phần lớn không có triệu chứng, phát hiện tình cờ qua siêu âm
- Khi sỏi kẹt tại cổ hay cổ ống túi mật \Rightarrow “cơn đau quặn mật”

Cơn đau quặn mật
S: hạ sườn phải hoặc thượng vị
O: sau khi ăn hoặc về đêm
C: đau quặn
R: sau lưng, vai phải
A: kèm đổ mồ hôi, buồn nôn, nôn
T: vài phút – 6 giờ
E: tăng đau sau ăn
S: nhẹ đến nặng



CẬN LÂM SÀNG

- Siêu âm bụng
- Siêu âm qua ngả nội soi (EUS)
- CT scan bụng có cản quang

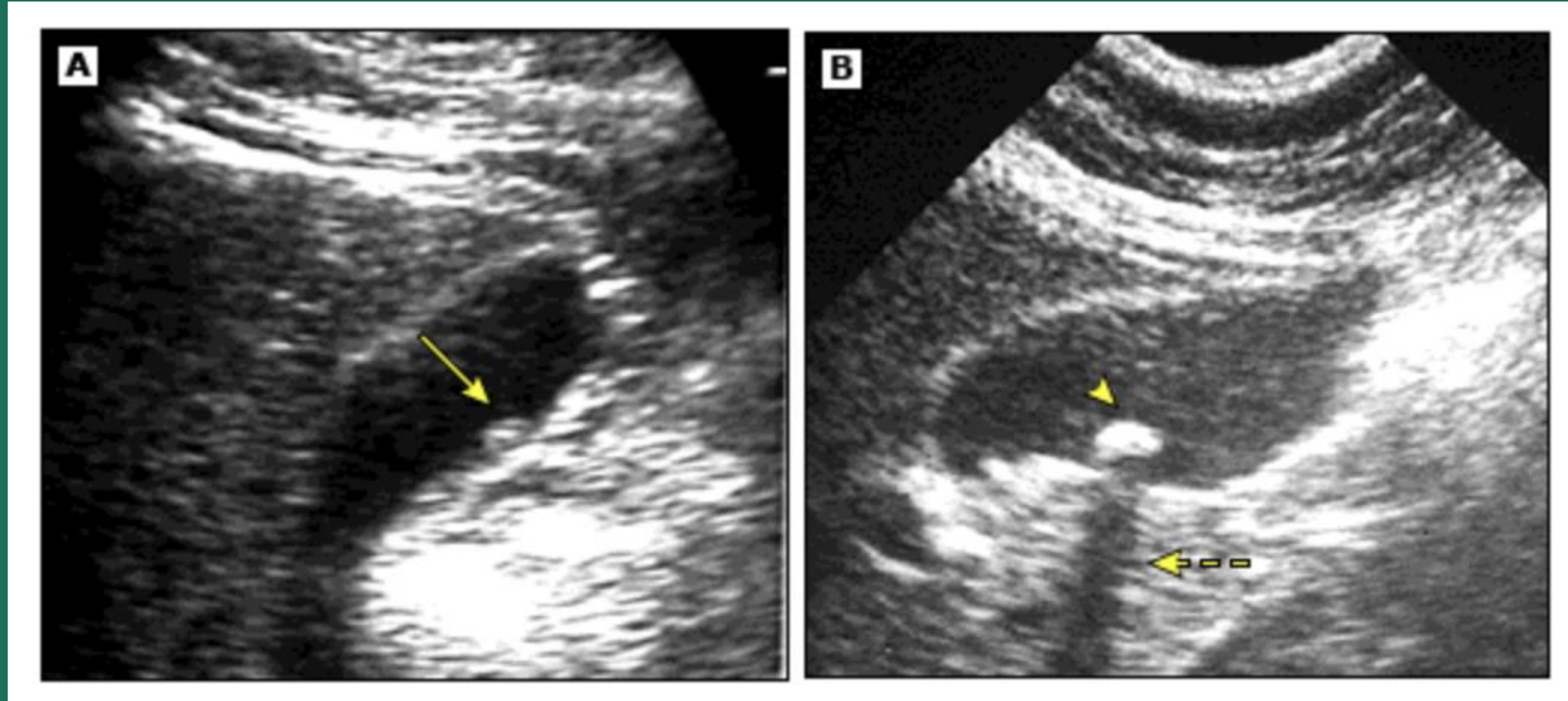
Siêu âm bụng

- Siêu âm là phương tiện đầu tay
- Se: 84%, Sp: 99% (Se giảm còn khoảng 50 – 60% khi sỏi < 3 mm \Rightarrow lặp lại)
- Âm giả: lòng túi mật lấy đầy sỏi hoàn toàn
- Hình ảnh quan sát:
 - Cấu trúc phản âm dày
 - Bóng lưng sau sỏi
 - Di chuyển cùng với sự thay đổi tư thế của người bệnh

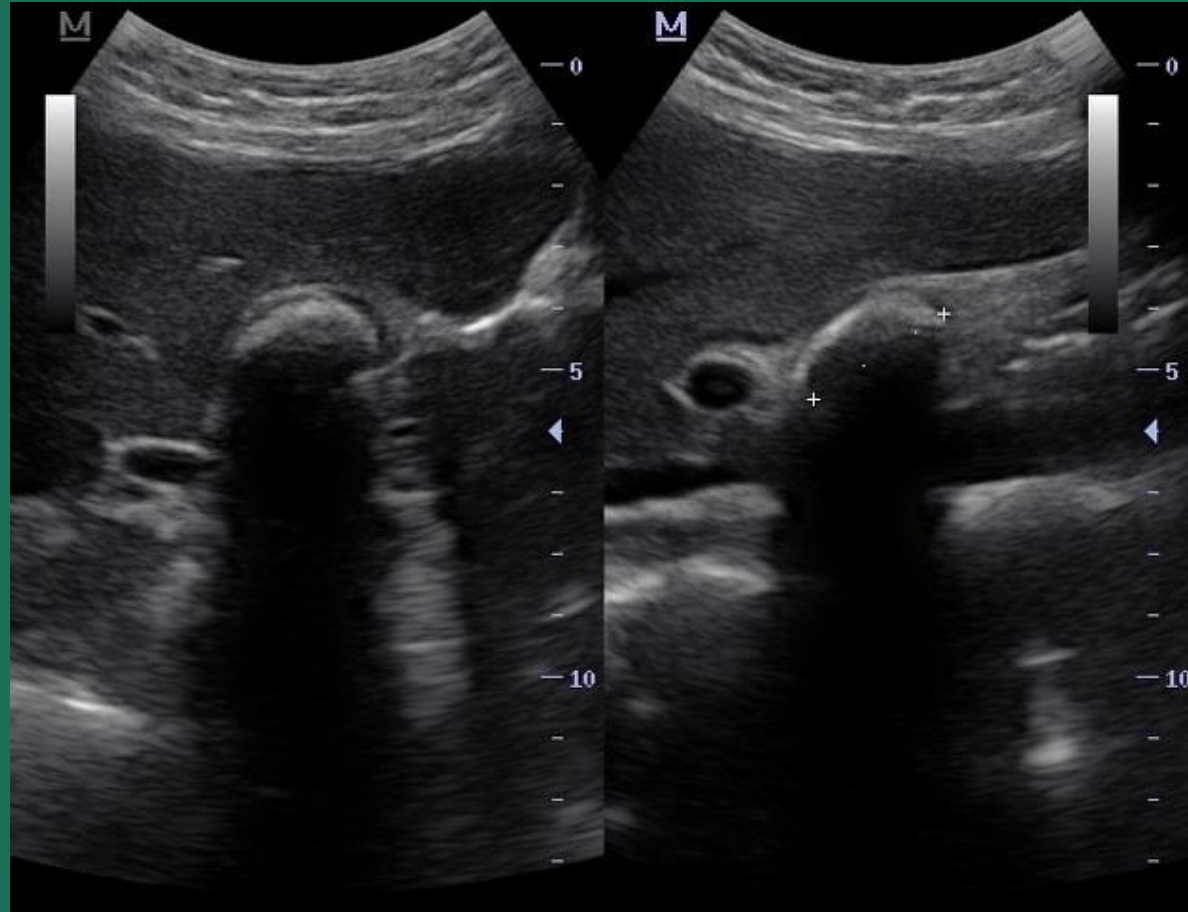
Siêu âm bụng



Siêu âm bụng



Siêu âm bụng

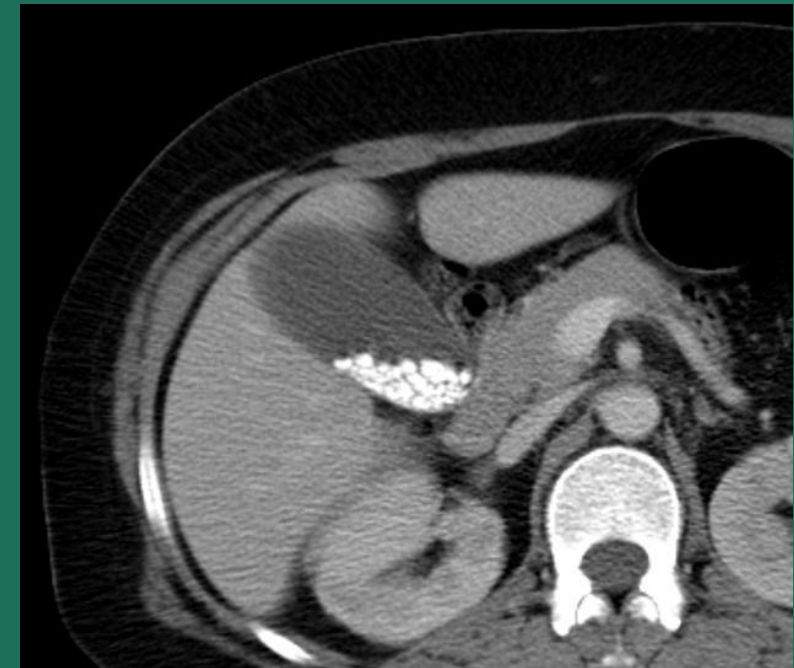


Siêu âm qua ngả nội soi (EUS)

- EUS nhạy hơn siêu âm bụng trong phát hiện sỏi mật (đặc biệt ở bệnh nhân béo phì hoặc có yếu tố giải phẫu cản trở sự quan sát)
- Se: 96%, Sp: 86%
- Có thể phát hiện những viên sỏi nhỏ bị bỏ sót trên siêu âm bụng (1-9mm)

CT scan bụng có cản quang

- CT Scan có độ nhạy thấp hơn siêu âm trong chẩn đoán sỏi túi mật (Se: 55 – 80%)
- CT có thể dễ dàng phát hiện sỏi calci hoá và sỏi cholesterol (pure cholesterol gallstones)
- Tuy nhiên, một số sỏi mật bao gồm một hỗn hợp canxi, sắc tố mật và cholesterol nên có mật độ khá giống mật \Rightarrow khó phát hiện trên CT SCan



ĐIỀU TRỊ

Điều trị nội khoa: Tán sỏi bằng liệu pháp muối mật:

- Hiệu quả với sỏi $d < 5\text{mm}$, 1 viên duy nhất, không ngấm canxi
- 2 loại:
 - Axit chenodeoxycholic (CDCA) trích từ mật ngỗng
 - Axit ursodeoxycholic (UDCA) trích từ mật gấu
- Thường không thành công và hiếm khi được áp dụng (tỷ lệ tái phát và thất bại 50%)

ĐIỀU TRỊ

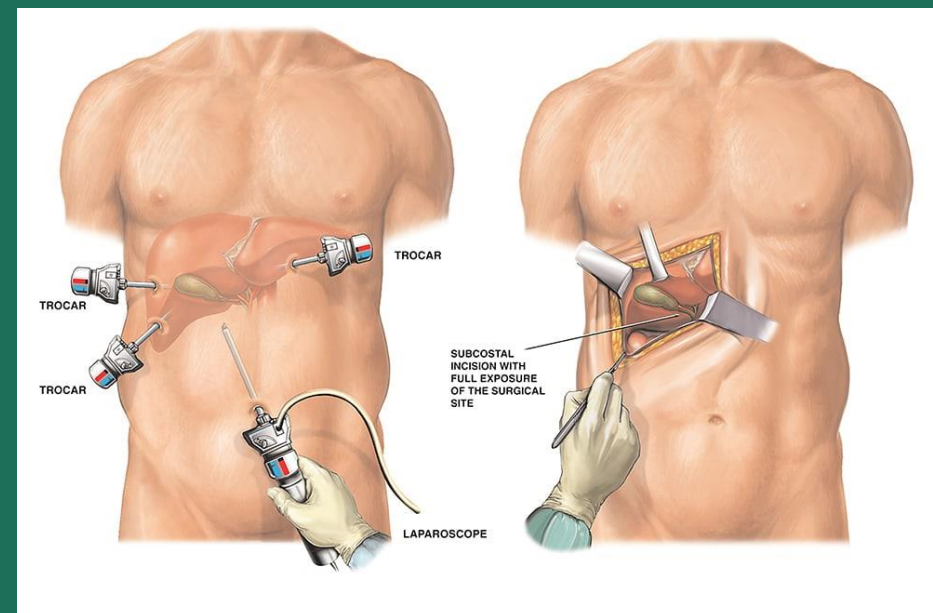
Dẫn lưu túi mật

- Chỉ định: BN không chịu được cuộc phẫu thuật do lớn tuổi, bệnh nền nặng, suy đa tạng, nguy cơ cao của PT
- Các phương pháp:
 - Mở mở thông túi mật ra da
 - Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (PTGBD)
 - Chọc hút túi mật xuyên gan qua da (PTGBA)
 - Dẫn lưu túi mật bằng đặt thống mũi, túi mật qua nội soi (ENGBD) và đặt stent ống túi mật qua nội soi (EGBS)
 - Dẫn lưu túi mật dưới hướng dẫn siêu âm qua nội soi

ĐIỀU TRỊ

Điều trị phẫu thuật

- Phẫu thuật nội soi cắt túi mật: tiêu chuẩn vàng
 - Hầu hết các ca cắt túi mật nội soi được chỉ định ở bệnh nhân có cơn đau quặn mật
 - Biến chứng của cắt túi mật: chảy máu, hình thành áp xe, rò rỉ mật, tổn thương đường mật, tổn thương ruột
- Cắt túi mật mổ mở



ĐIỀU TRỊ

Điều trị phẫu thuật

- Đối tượng nên cắt túi mật dự phòng khi có sỏi túi mật dù không triệu chứng:
 - Thiếu máu tán huyết (VD: thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc)
 - Vách túi mật bị vôi hoá (Túi mật sỏi)
 - Sỏi túi mật lớn ($> 2,5$ cm)
 - Kênh chung mật tụy dài
 - Trước phẫu thuật ghép tạng

PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT



Lợi ích của PTNS cắt túi mật

- Thay vì một đường rạch từ 10-15cm, mổ nhỏ soi chỉ cần 3-4 lỗ nhỏ trên thành bụng
- Đau tối thiểu sau phẫu thuật
- Hồi phục nhanh hơn mổ mở
- Hầu hết bệnh nhân có thể về trong ngày và sớm trở lại các hoạt động bình thường

Chuẩn bị trước phẫu thuật (Ngày nhập viện)

- BS điều trị hồi bệnh sử, thăm khám, làm xét nghiệm và cận lâm sàng liên quan
- Xét nghiệm máu: Creatinine, GOT, GPT, Bilirubin TP, Bilirubin LH, Lipase hoặc Amylase, Albumin, ion đồ, TPTTBM, đông máu (TQ, TCK, Fibrinogen), nhóm máu, viêm gan B, C, HIV
- Chụp XQ ngực
- Siêu âm bụng
- CT scan bụng hoặc MRI gan mật nếu cần
- Khám tiền mê, chu phẫu, các chuyên khoa liên quan (tim mạch, nội tiết, hô hấp...)
- BS tiền mê sẽ giải thích các vấn đề liên quan đến gây mê
- Lên lịch mổ
- BS điều trị giải thích bệnh, phương pháp điều trị, nguy cơ tai biến, biến chứng phẫu thuật, kí cam kết phẫu thuật
- Điều dưỡng dặn dò chế độ ăn uống, 1 vài loại thuốc cần ngưng nếu có.
- BS đánh dấu vùng mổ

Ngày phẫu thuật

- Thường là ngày thứ 2 nhập viện nếu không có các vấn đề nội khoa cần điều chỉnh
- Chuyển khu phòng mổ (lầu 2) khi có phòng mổ
- Thay đồ phẫu thuật
- Vào phòng mổ
- Gây mê
- Phẫu thuật
- Chuyển phòng hồi tỉnh
- Chăm sóc tại phòng hồi tỉnh: khoảng 2 – 6 tiếng
- Chuyển khoa ngoại khi tình trạng ổn

Sau PTNS cắt túi mật

- NB thường được xuất viện sau phẫu thuật từ 6 – 24 giờ khi tình trạng bệnh ổn
- Những vấn đề thường gặp sau phẫu thuật
 - Buồn nôn, nôn, chóng mặt do tác dụng phụ của thuốc gây mê
 - Đau vết mổ
 - Sốt ...
- Khuyến khích vận động, đi lại sớm
- Có thể uống nước yền, ăn cháo sau mổ 6 giờ
- Có thể tháo băng và tắm vào ngày hôm sau
- NB có thể trở lại sinh hoạt bình thường sau 1 tuần: đi xe, chạy bộ, nâng vật nặng ...
- Cắt chỉ sau 1 tuần – 10 ngày
- Tái khám và gặp lại BS phẫu thuật sau 1 tháng

Biến chứng của PTNS cắt túi mật

- Mặc dù phẫu thuật nào cũng có rủi ro, NB PTNS cắt túi mật thường ít gặp hoặc không gặp biến chứng và nhanh chóng trở lại cuộc sống bình thường
- Biến chứng của PTNS cắt túi mật không thường xảy ra, bao gồm:
 - Chảy máu
 - Nhiễm trùng vết mổ
 - Thoát vị
 - Tổn thương cơ quan xung quanh: ống mật chủ, tá tràng, đại tràng
 - Biến chứng nội khoa: hô hấp (viêm phổi...), tim mạch (Nhồi máu cơ tim, thuyên tắc phổi...)
 - Rò mật
- ☐ Có thể cần phẫu thuật lại để điều trị biến chứng (rất hiếm khi xảy ra)
- Tỷ lệ xảy ra biến chứng nặng là rất thấp



KHI NÀO CẦN GỌI CHO BÁC SĨ



- Sốt liên tục trên 39 độ C
- Đau bụng nhiều
- Buồn nôn và nôn nhiều
- Chảy máu
- Chướng bụng
- Lạnh run
- Ho kéo dài hoặc khó thở
- Chảy mủ từ các vết mổ
- Sưng đỏ các vết mổ
- Bạn không thể ăn uống
- Khi bạn có bất kì câu hỏi hoặc thắc mắc nào liên quan đến việc hồi phục của bạn

SAU CẮT TÚI MẬT NÊN ĂN GÌ ???



Nên ăn nhiều thực phẩm giàu chất xơ như: các loại hạt ngũ cốc, đậu nguyên hạt, dâu tây, súp lơ xanh, rau xanh, táo, lê, bắp...

Bổ sung các thực phẩm nhiều vitamin A,D,E,K như: cá béo, rau củ màu xanh thẫm màu hoặc hoa quả màu đỏ... Ngoài ra cần bổ sung thêm vitamin C để cơ thể tăng cường sức đề kháng và vết thương mau hồi phục.

Đối với sữa và các chế phẩm từ sữa, người bệnh nên ăn sữa chua, sữa ít béo, phô mai ít béo hoặc sữa đậu nành thay vì sữa nguyên chất.

Nên chia bữa ăn trong ngày. Ăn chín uống sôi.

SAU KHI CẮT TÚI MẬT NÊN KIÈNG GÌ ???

Hạn chế thực phẩm nhiều cholesterol cao như: thịt mỡ, nội tạng động vật, thực phẩm chế biến sẵn, đồ chiên rán...

Những thực phẩm này chứa nhiều chất béo cơ thể không chuyển hóa được dễ gây khó tiêu và tăng nguy cơ tái phát sỏi.



Hạn chế các loại thực phẩm và gia vị dễ gây kích thích như rượu, cà phê, tỏi, ớt

CHẾ ĐỘ SINH HOẠT PHÒNG NGỪA BIẾN CHỨNG SAU MỔ

Vận động nhẹ nhàng thường xuyên, để ngăn ngừa hình thành cục máu đông.

Vận động nhẹ nhàng thường xuyên. Không khâu vác vật nặng trong 4-6 tuần sau phẫu thuật.

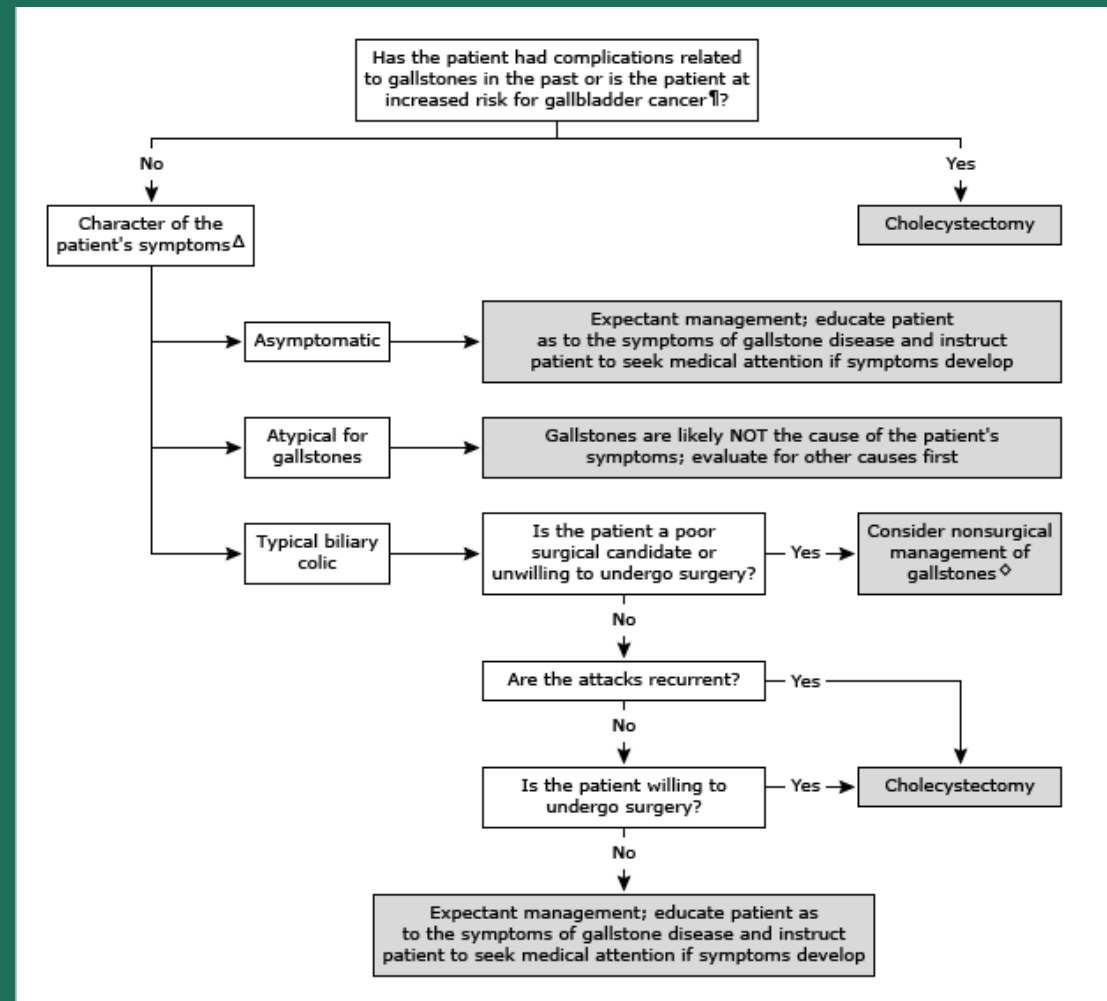
Thay băng vết thương hằng ngày tại y tế địa phương, cắt chỉ theo hẹn in trên giấy xuất viện.

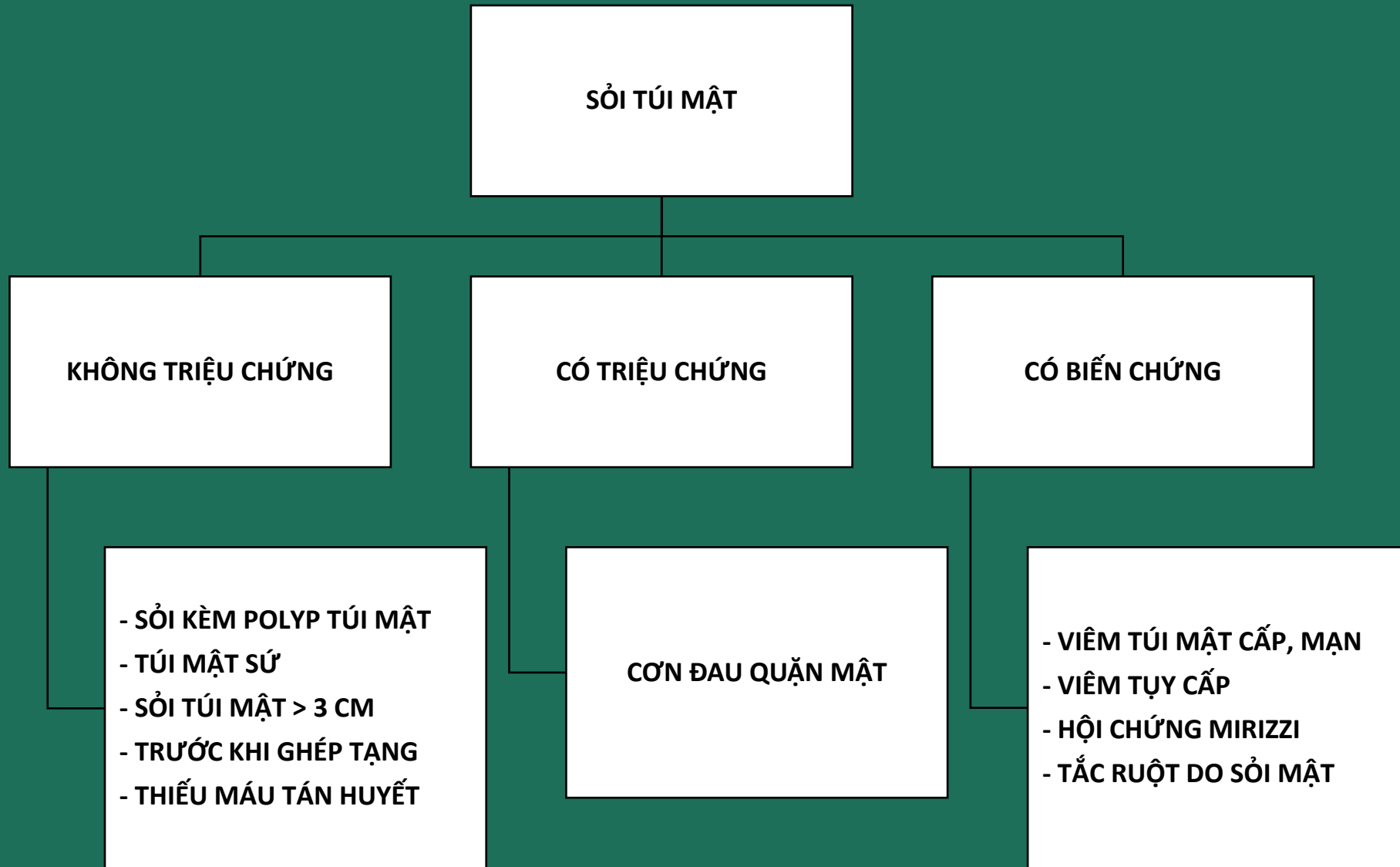
Nên mặc quần áo rộng thoải mái để tránh cọ xát vết thương.

Tái khám theo hẹn hoặc khi có dấu hiệu bất thường như đau bụng, sốt, vàng da....



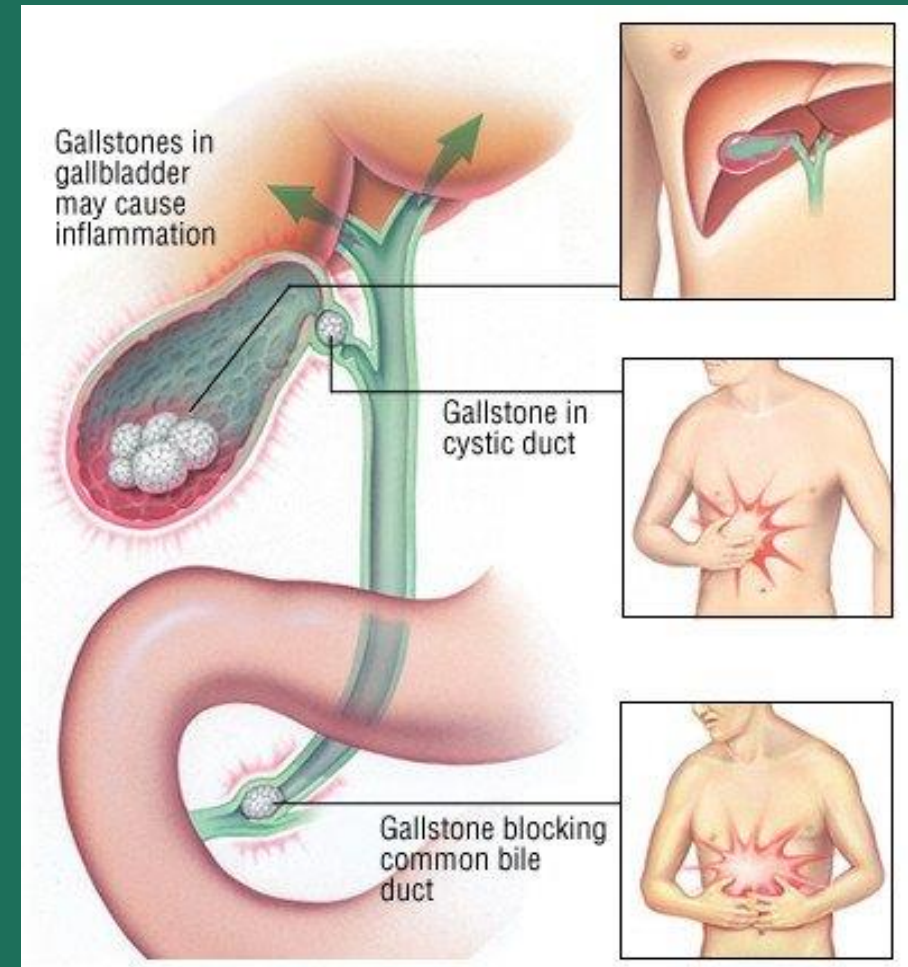
ĐIỀU TRỊ





BIẾN CHỨNG

- Viêm túi mật cấp do sỏi túi mật
- Viêm tụy cấp do sỏi túi mật di trú
- Viêm túi mật mạn
- Ung thư túi mật
- Sỏi ống mật chủ thứ phát
- Hội chứng Mirizzi
- Tắc ruột do sỏi mật



03

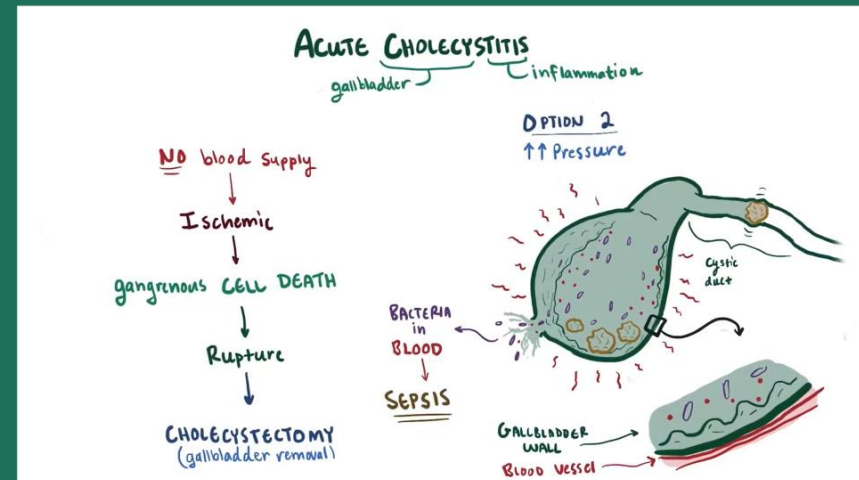
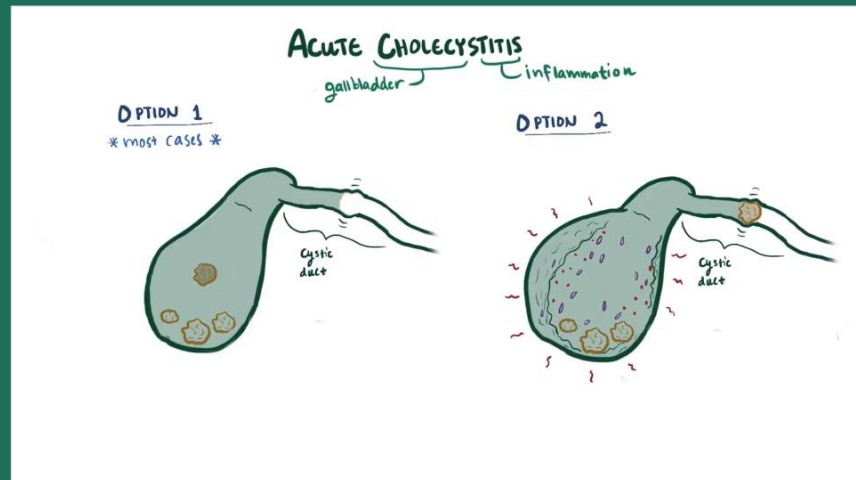
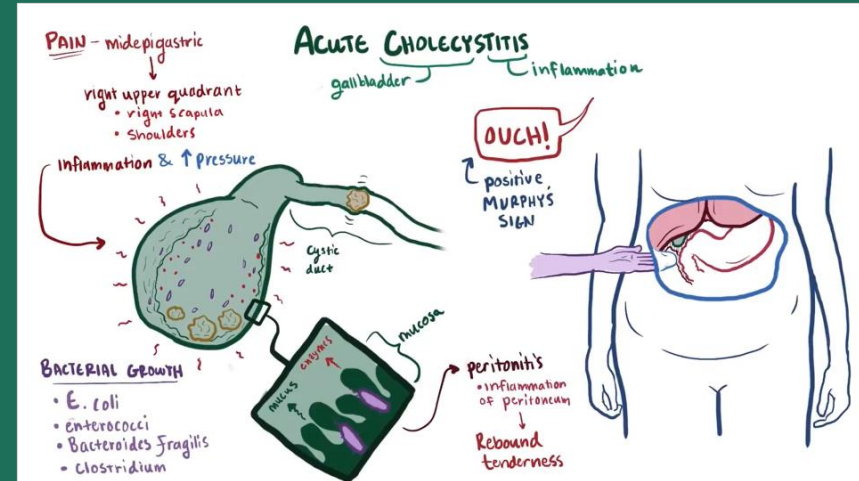
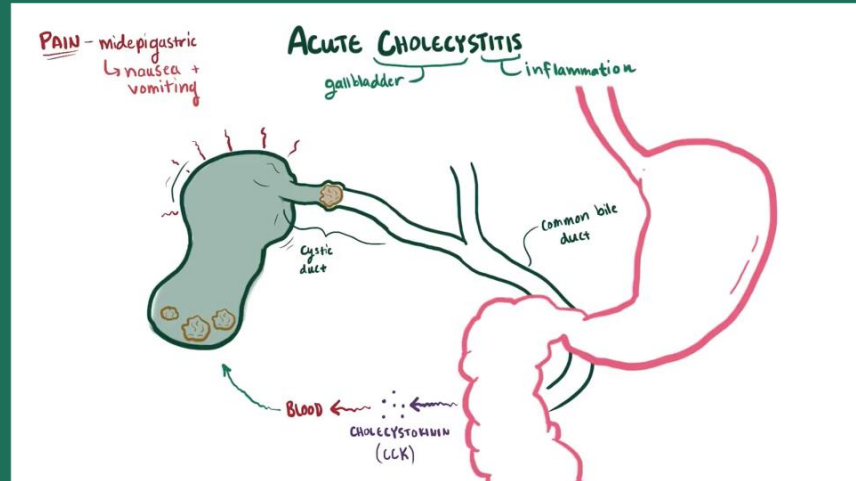
VIÊM TÚI MẬT CẤP

- CƠ CHẾ BỆNH SINH
- BIỂU HIỆN LÂM SÀNG
- CẬN LÂM SÀNG
- TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN
- ĐIỀU TRỊ

Viêm túi mật cấp

- Định nghĩa: là tình trạng viêm cấp của túi mật
- Nguyên nhân:
 - Sỏi túi mật (95%)
 - Không do sỏi túi mật (5%)

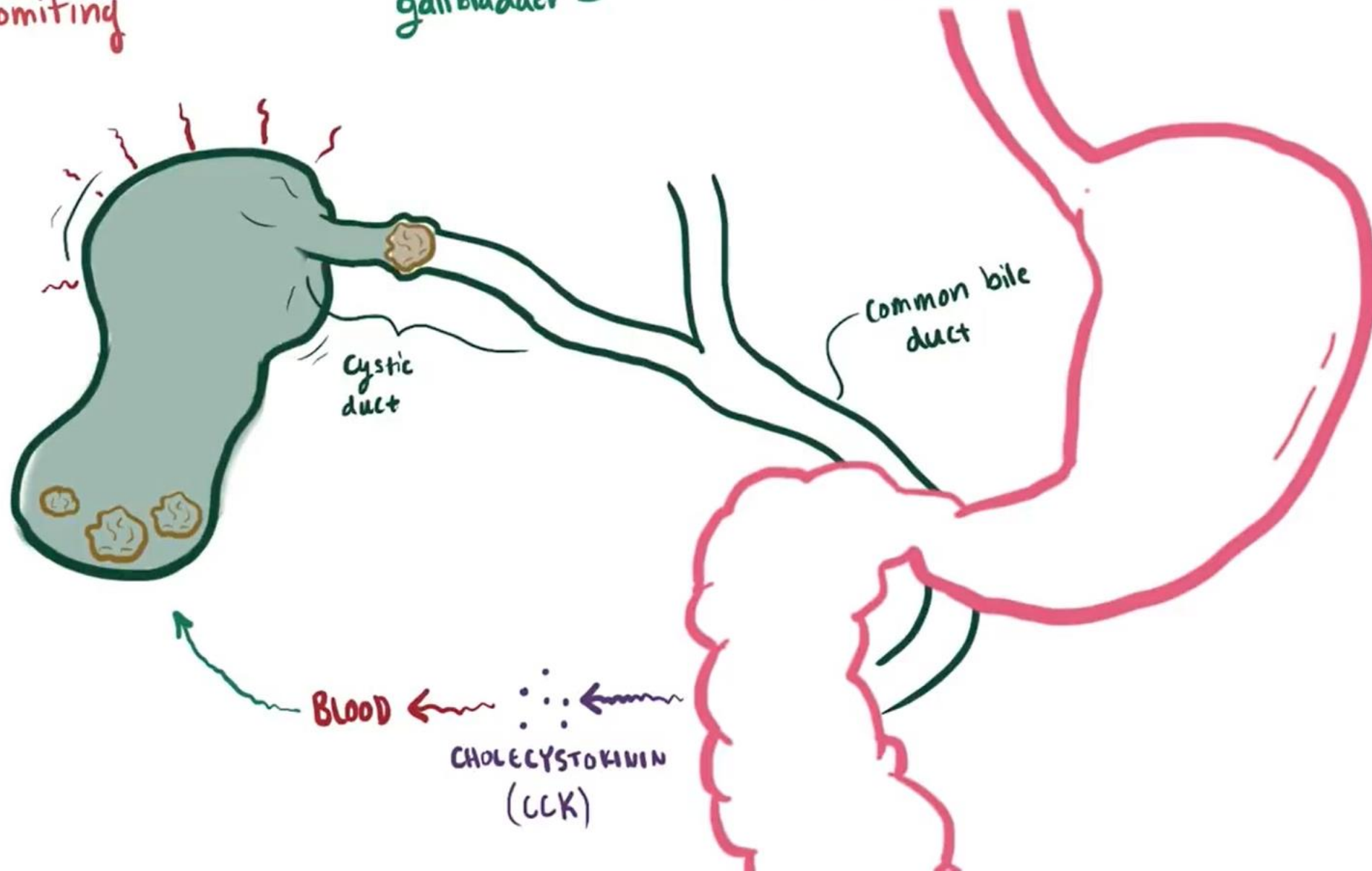
Cơ chế bệnh sinh



PAIN - midepigastria
↳ nausea + vomiting

ACUTE CHOLECYSTITIS

gallbladder inflammation



PAIN - midepigastlic

- ↓
right upper quadrant
- right scapula
 - shoulders

ACUTE CHOLECYSTITIS

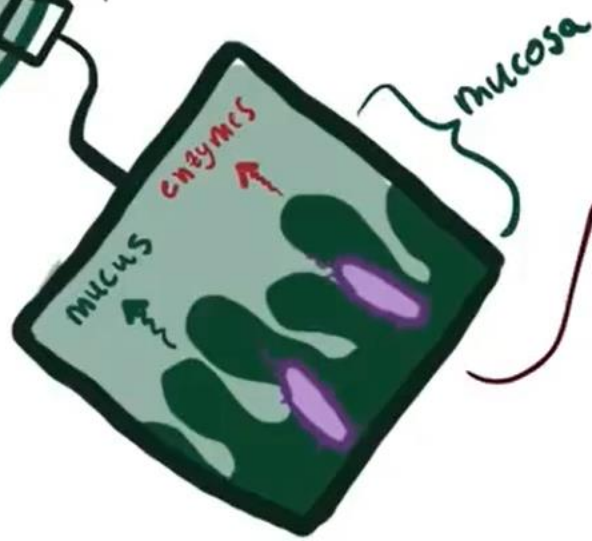
gallbladder inflammation

Inflammation & ↑ pressure



BACTERIAL GROWTH

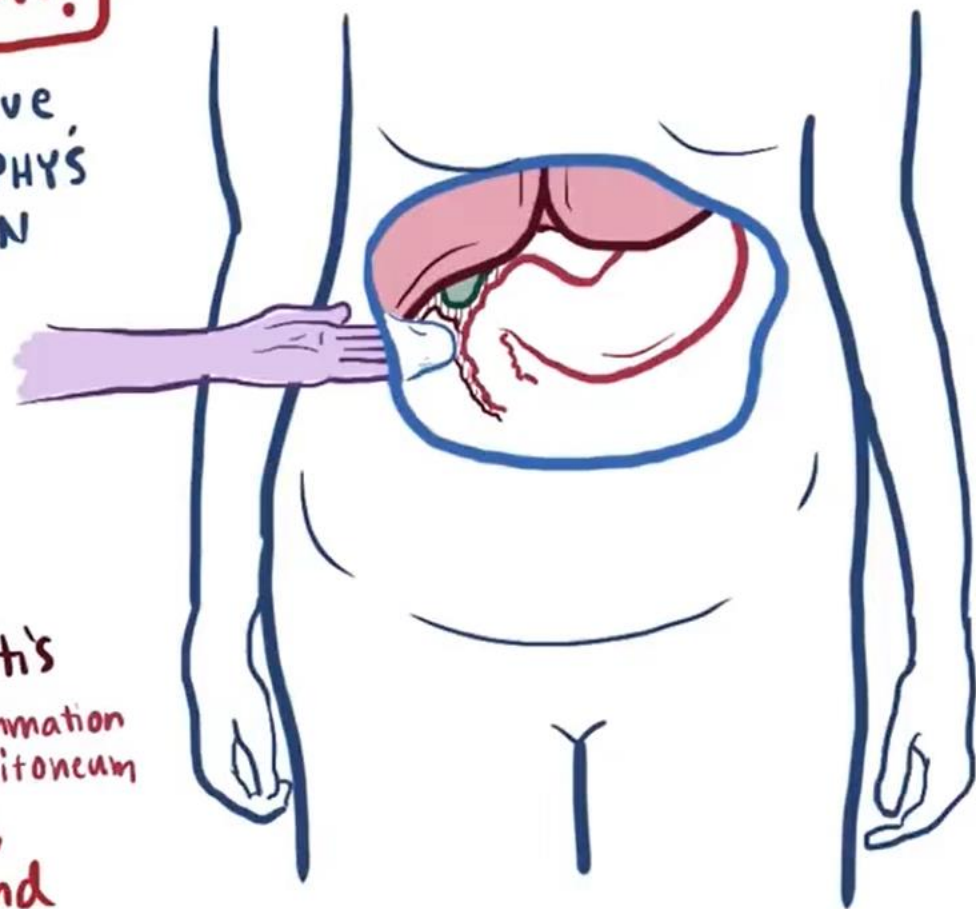
- E. coli
- enterococci
- Bacteroides fragilis
- Clostridium



peritonitis
• inflammation of peritoneum
↓
Rebound tenderness

OUCH!

positive MURPHY'S SIGN

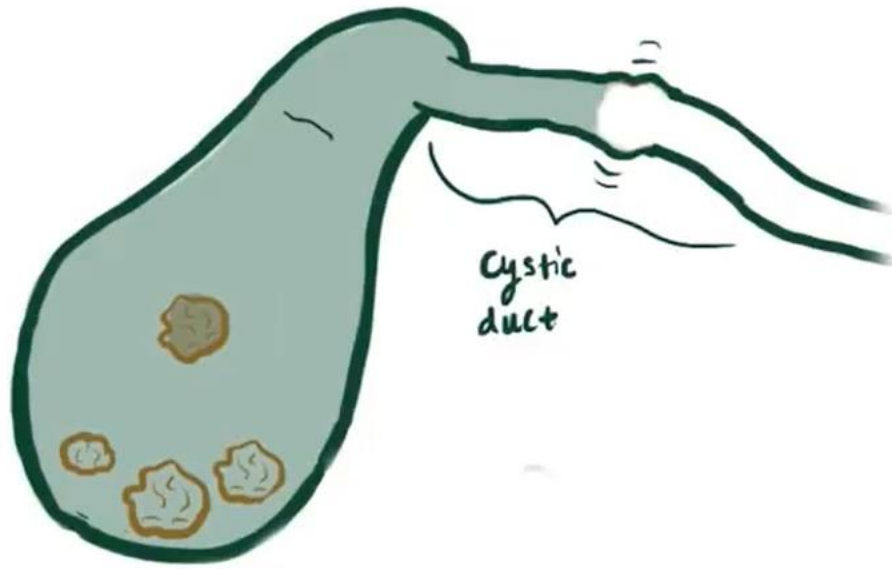


ACUTE CHOLECYSTITIS

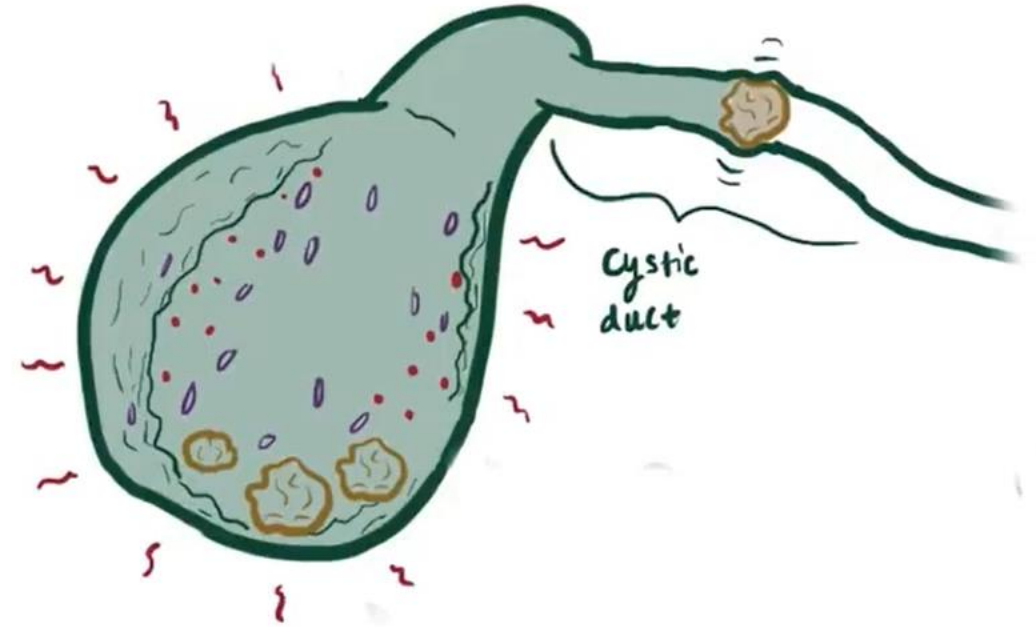
gallbladder inflammation

OPTION 1

* most cases *



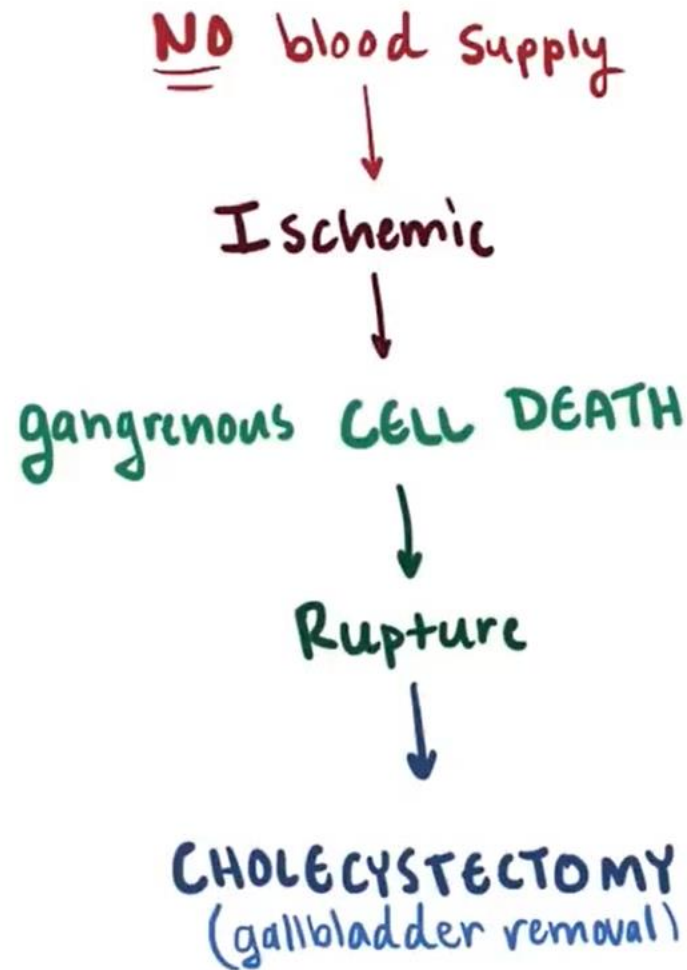
OPTION 2



ACUTE CHOLECYSTITIS

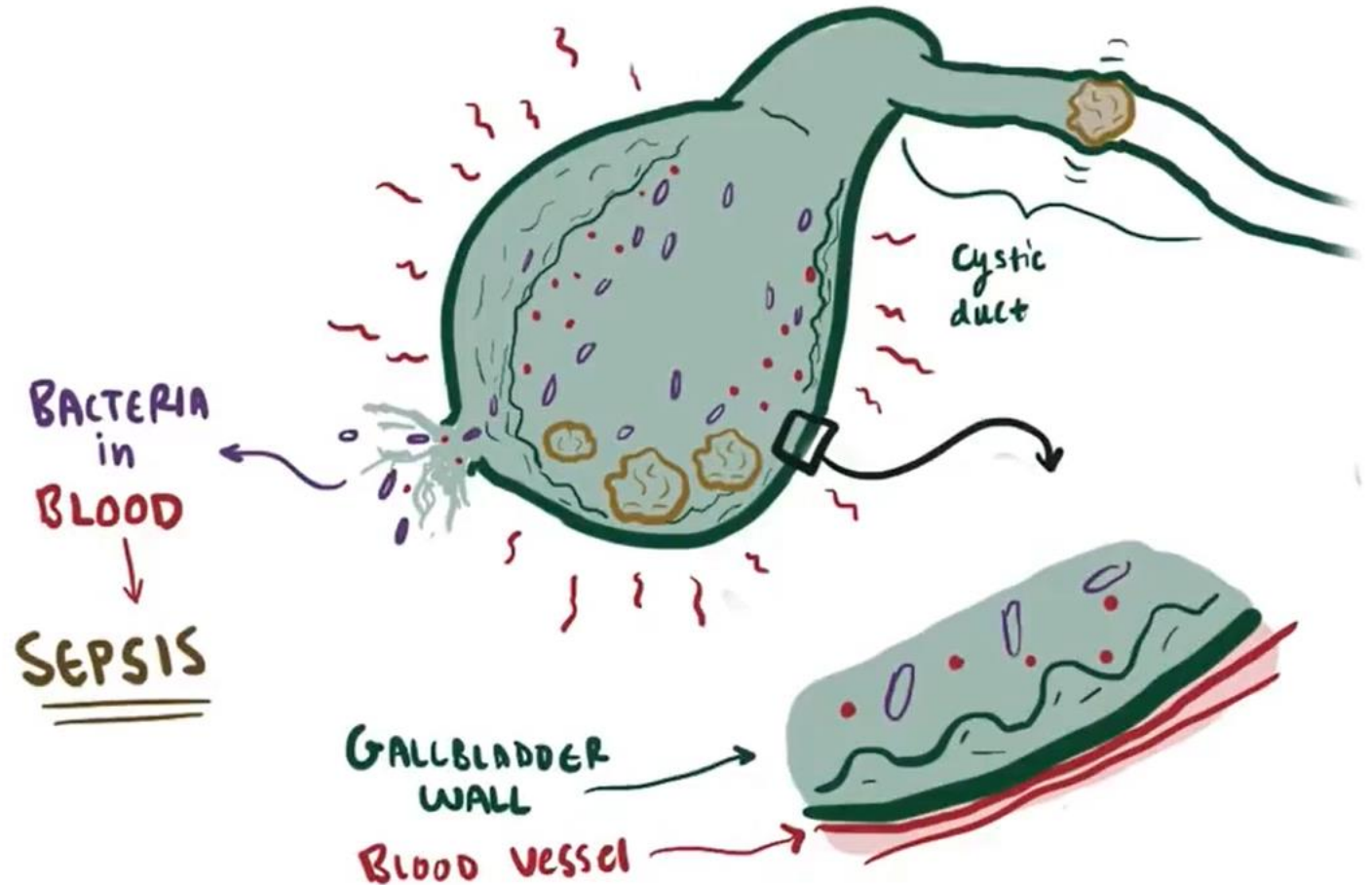
gallbladder

inflammation



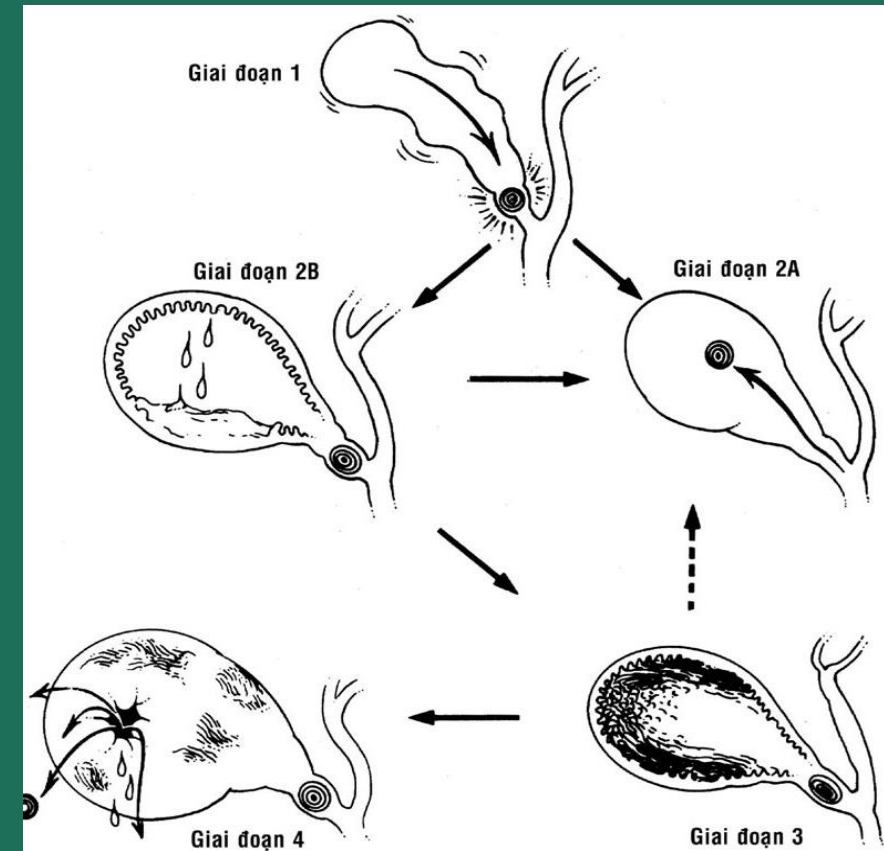
OPTION 2

↑↑ Pressure



Lâm sàng

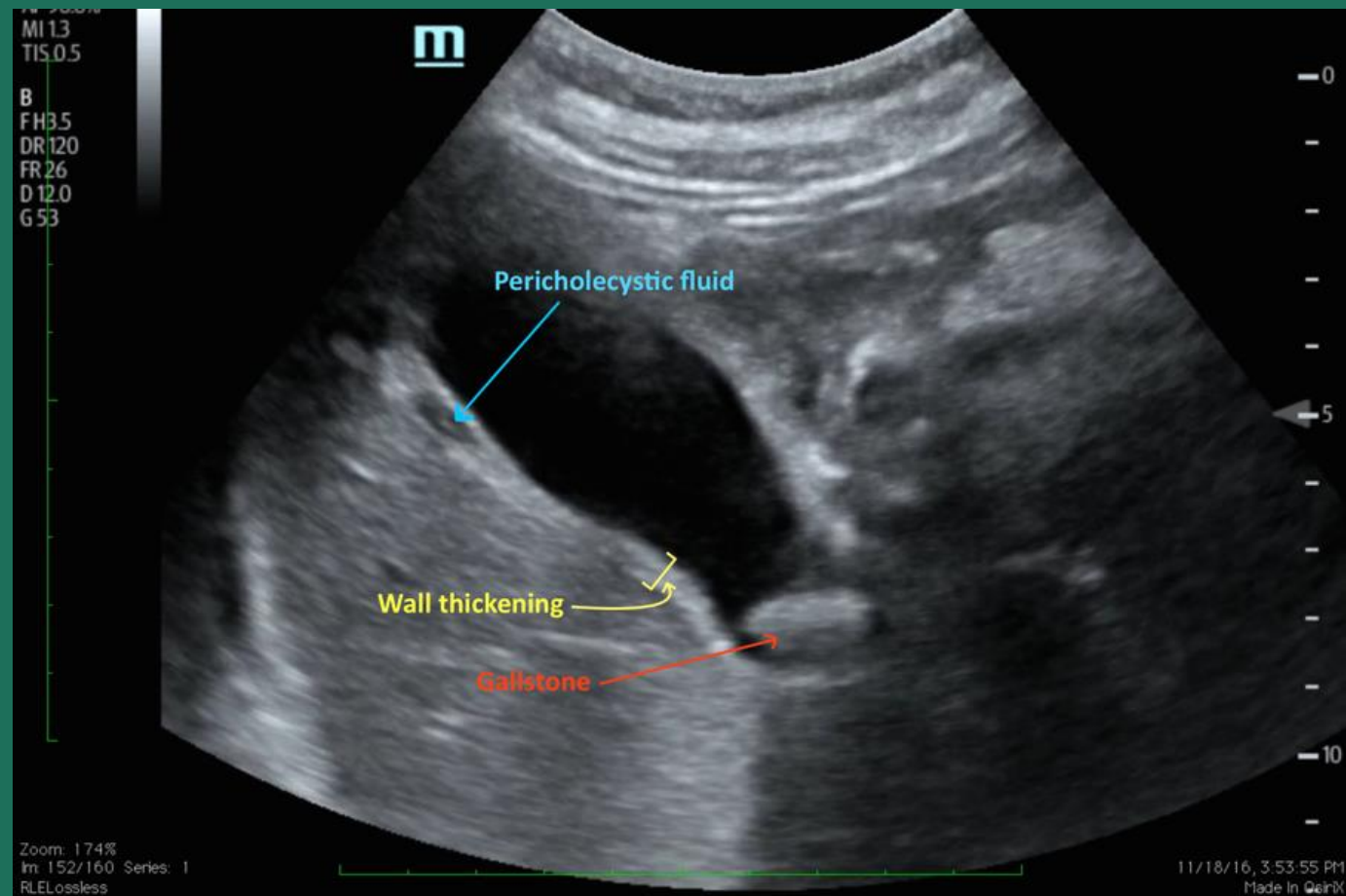
Giai đoạn 1 Sỏi kẹt cổ túi mật	<ul style="list-style-type: none"> Cơn đau quặn mật
Giai đoạn 2 Viêm túi mật cấp phù nề	<ul style="list-style-type: none"> Đau dưới hạ sườn phải liên tục, có thể lan vai phải Murphy (+), nhạy 97% và đặc hiệu 48% Đề kháng thành bụng Sốt
Giai đoạn 3 Viêm túi mật mủ	<ul style="list-style-type: none"> Đề kháng thành bụng rõ Dấu hiệu nhiễm trùng
Giai đoạn 4 Viêm túi mật hoại tử	<ul style="list-style-type: none"> Dấu hiệu viêm phúc mạc: khu trú hay toàn thể Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc



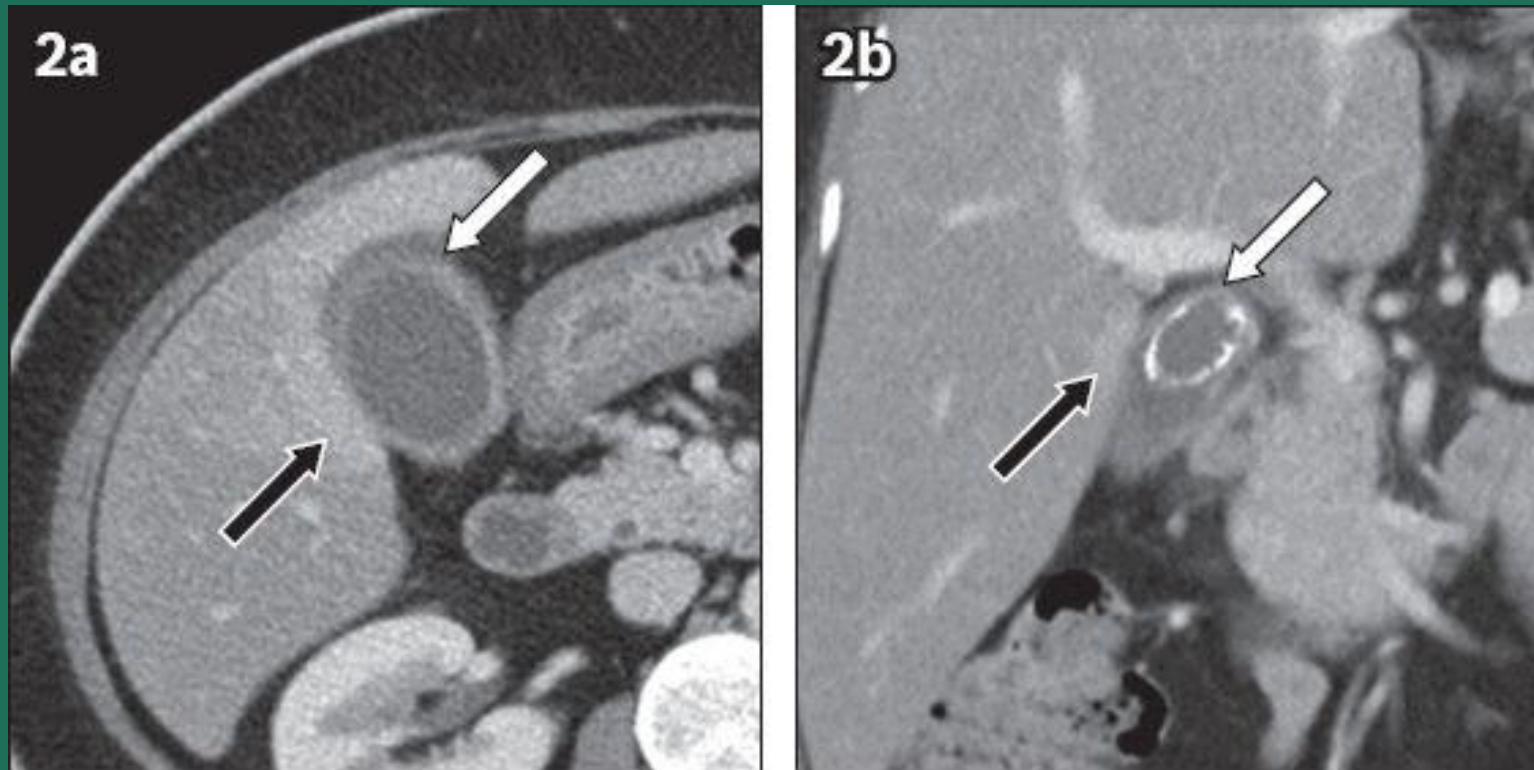
Cận lâm sàng

Siêu âm bụng	CT scan bụng chậu có cản quang	MRI
Túi mật căng, đường kính ngang >4 cm, vách túi mật dày > 3cm, có dịch quanh túi mật. Dấu hiệu Murphy siêu âm (+)	Túi mật căng, dày thành, tăng tưới máu gan cạnh túi mật (thì động mạch), tụ dịch (hoặc thâm nhiễm mỡ) quanh túi mật.	Túi mật căng to, thành dày, cường độ tín hiệu tăng ở quanh túi mật thì T2
Se 88%, Sp 80% Cận lâm sàng đầu tay	Se 94%, Sp 59% Đề nghị khi viêm túi mật cấp không điển hình, khó chẩn đoán	Se 85%, Sp 81%. Chỉ định ở phụ nữ có thai và trẻ em khi hình ảnh trên siêu âm không rõ
Có thể chẩn đoán hầu hết trường hợp khi kết hợp bệnh sử + khám lâm sàng + siêu âm bụng	Giá trị chẩn đoán cao hơn đối với biến chứng viêm túi mật (hoại tử, thủng, áp xe,..) và loại trừ các bệnh lý khác.	

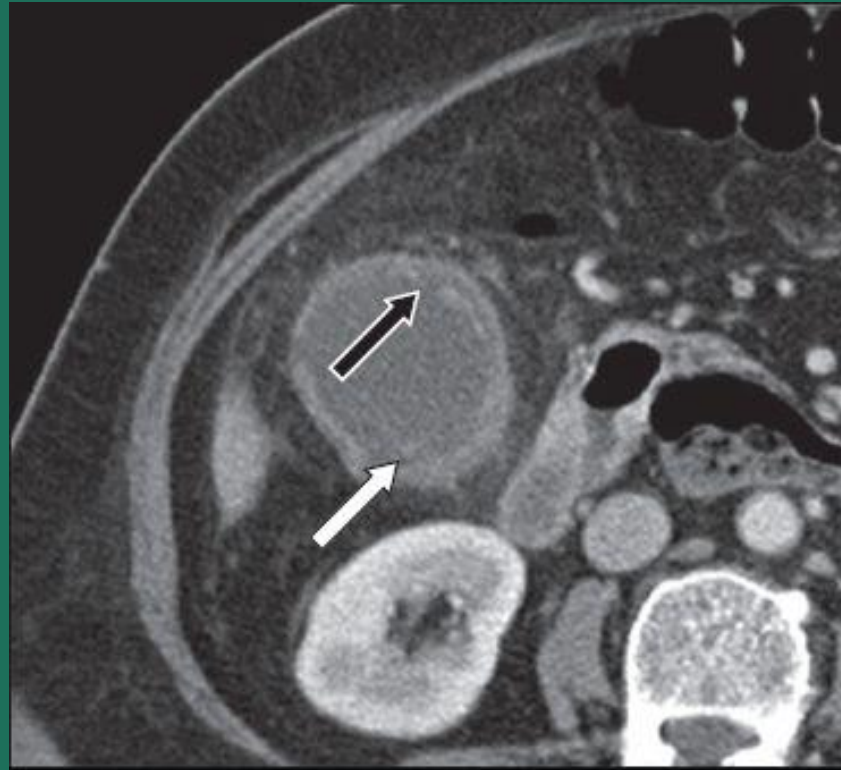
Cận lâm sàng



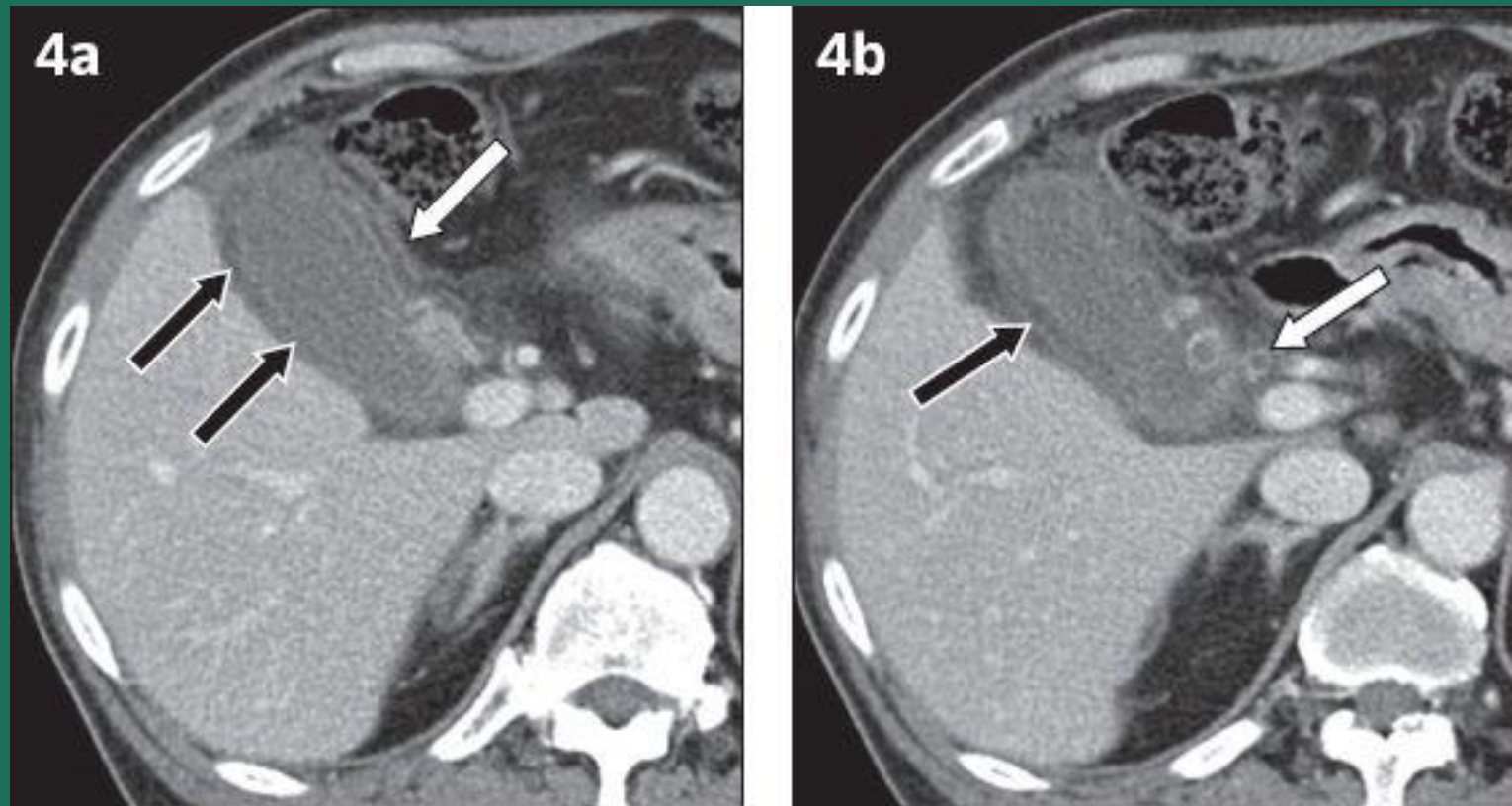
Cận lâm sàng



Cận lâm sàng



Cận lâm sàng



Cận lâm sàng

- Công thức máu: Bạch cầu tăng ($>10000/\text{mm}^3$). Ưu thế đa nhân trung tính. Giai đoạn nặng bạch cầu có thể giảm.
- CRP: tăng ($> 3\text{mg/dl}$)
- BUN, Creatinin/máu, PT-INR, Khí máu động mạch

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo Tokyo Guideline 2018

A

- Dấu Murphy (+)
- Đau/ấn đau/khối u $\frac{1}{4}$ trên phải bụng

B

- Sốt
- CRP tăng
- WBC tăng

C

- Các đặc điểm của viêm túi mật cấp trên hình ảnh học

- Nghi ngờ viêm túi mật cấp: 1A + 1B
- Chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp: 1A + 1B + 1C

Phân độ viêm túi mật cấp theo Tokyo Guideline 2018

Độ III: viêm túi mật cấp nặng

- Rối loạn chức năng tim mạch (HA tụt cần điều trị với dopamine > 5µg/kg/phút, hoặc dobutamine với liều bất kỳ)
- Rối loạn chức năng thần kinh
- Rối loạn chức năng hô hấp ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$)
- Rối loạn chức năng thận (thiếu niệu, creatinine > 2mg%)
- Rối loạn chức năng gan ($\text{INR} \geq 1,5$)
- Rối loạn chức năng huyết học (tiểu cầu $\leq 100.000/\text{mm}^3$)

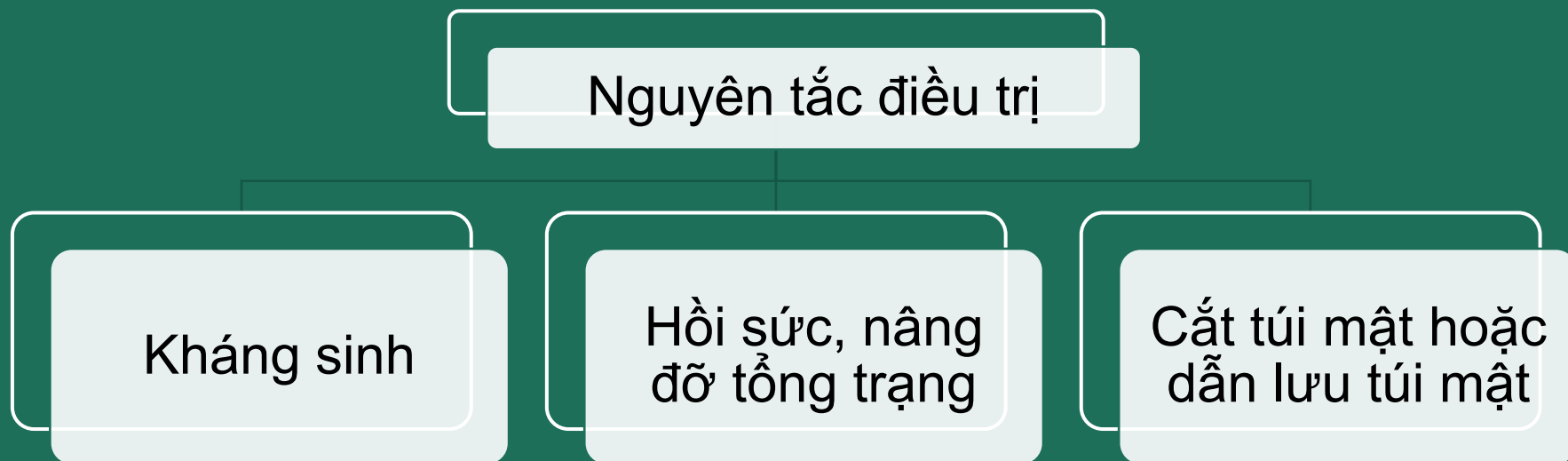
Độ II: viêm túi mật cấp trung bình

- $\text{WBC} > 18.000/\text{G/L}$
- Ấn đề kháng hạ sườn phải
- Triệu chứng kéo dài > 72 giờ
- Kết hợp với các triệu chứng tại chỗ (viêm phúc mạc mật, áp xe quanh túi mật, áp xe gan, viêm túi mật hoại tử)

Độ I: viêm túi mật cấp nhẹ

- Không có các tiêu chuẩn của độ II và độ III

Điều trị viêm túi mật cấp



Điều trị viêm túi mật cấp

- Xử trí ban đầu
 - Đánh giá ABCDE -> Cấp cứu?
 - Nhịn ăn
 - Truyền dịch và điều chỉnh điện giải
 - Kháng sinh
 - Giảm đau
 - Theo dõi hô hấp, huyết động học

Điều trị viêm túi mật cấp

- Chiến lược điều trị
 - Mức độ nặng của viêm túi mật
 - Tổng trạng bệnh nhân
 - Bệnh lý đi kèm

Điều trị viêm túi mật cấp

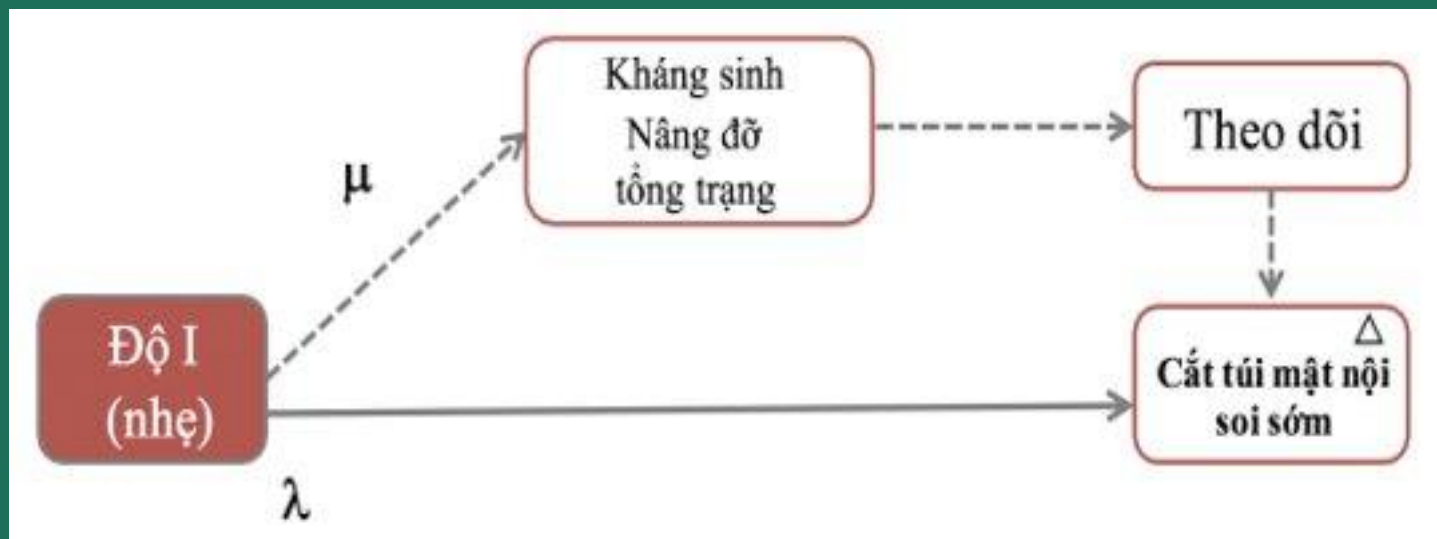
American Society of Anesthesiologists physical status (ASA-PS)

Phân độ	Tiêu chí
ASA I	Bình thường, khoẻ mạnh
ASA II	Bệnh toàn thân nhẹ, không giới hạn chức năng đáng kể
ASA III	Bệnh toàn thân nặng, hạn chế chức năng đáng kể
ASA IV	Bệnh toàn thân đe dọa tính mạng
ASA V	Bệnh cần phẫu thuật tối cấp
ASA VI	Chết não

Charlson Comorbidity Index (CCI)

Bệnh kèm theo	
Nhồi máu cơ tim Suy tim sung huyết Bệnh mạch máu ngoại vi Sa sút trí tuệ Bệnh phổi mãn tính Bệnh mô liên kết Bệnh viêm loét dạ dày Bệnh gan nhẹ Đái tháo đường không biến chứng	1
Liệt nửa người Bệnh thận mãn vừa hoặc nặng Đái tháo đường tổn thương tạng Bất kỳ khối u đặc Bạch cầu cấp U lympho ác tính	2
Bệnh gan vừa hoặc nặng	3
Khối u di căn AIDs	6

Điều trị viêm túi mật cấp



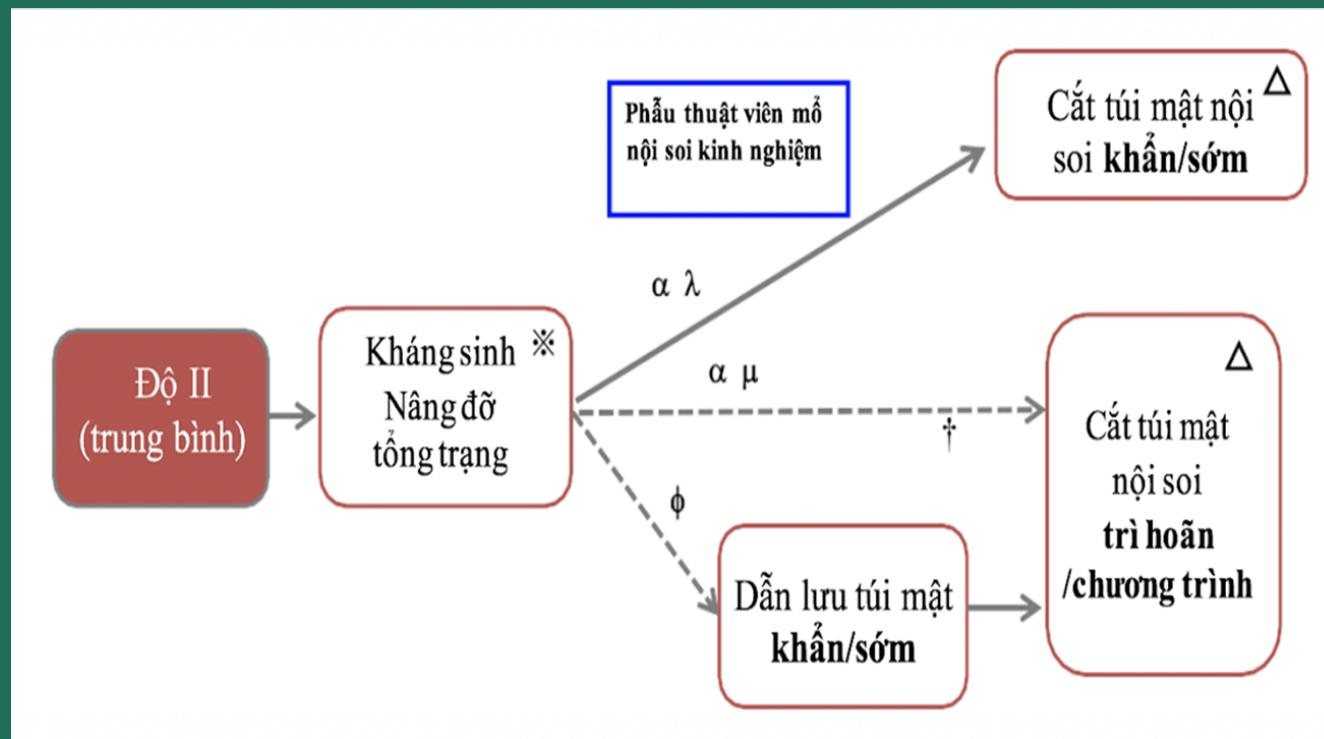
Sơ đồ 1: Hướng điều trị viêm túi mật cấp độ I theo Tokyo Guidelines 2018

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

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

Δ : có thể chuyển mổ mở nếu mổ nội soi khó khăn

Điều trị viêm túi mật cấp



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

α : Kháng sinh và nâng đỡ tổng trạng thành công

ϕ : Kháng sinh và nâng đỡ tổng trạng thất bại

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

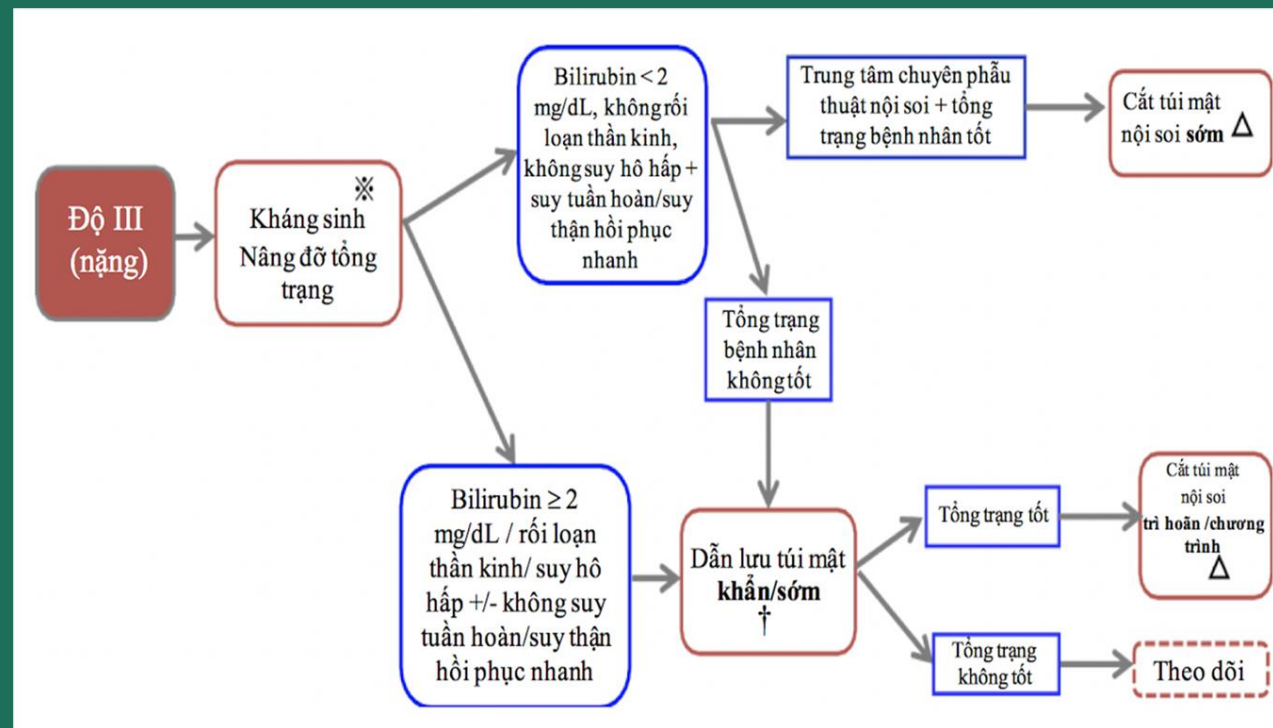
μ : CCI ≥ 6 và/hoặc ASA $\geq III$ (không nguy cơ thấp)

※: Nên cấy máu trước khi dùng kháng sinh

\dagger : Cấy dịch mật nên được thực hiện

Δ : có thể chuyển mổ mở nếu mổ nội soi khó khăn

Điều trị viêm túi mật cấp



Sơ đồ 3: Hướng điều trị viêm túi mật cấp độ III theo Tokyo Guidelines 2018

※: Nên cấy máu trước khi dùng kháng sinh

†: Cấy dịch mật nên được thực hiện

Δ: có thể chuyển mổ mở nếu mổ nội soi khó khăn

Điều trị viêm túi mật cấp

- Mức độ nhẹ
 - Tiến hành PTNS cắt túi mật (PTNS đơn giản)
 - Điều trị kháng sinh và theo dõi (24-48h) nếu chưa có điều kiện phẫu thuật hoặc cuộc phẫu thuật có nguy cơ.
- Mức độ trung bình
 - PTNS cắt túi mật (PTV + phương tiện)
 - Kháng sinh không hiệu quả \Rightarrow Dẫn lưu túi mật
- Mức độ nặng
 - Hồi sức nội khoa tích cực
 - Dẫn lưu túi mật trì hoãn
 - PT cắt túi mật sau 6-12 tuần.



PT-GBD

Percutaneous transhepatic
gallbladder drainage (PTGBD)

ET-GBD

Endoscopic transpapillary gallbladder
drainage (ETGBD)

EUS-GBD

Endoscopic ultrasound-guided gallbladder
drainage (EUS-GBD)

We recommend PTGBD as a standard drainage method for surgically high-risk patients with AC. (Recommendation 1, level B). However, ETGBD or EUS-GBD could be considered in high-volume institutes when performed by skilled endoscopists. (Level B)

Kháng sinh

Vi khuẩn	Tỷ lệ(%)
Vi khuẩn gram âm <ul style="list-style-type: none">• <i>E. coli</i>• <i>Klebsiella</i> spp.• <i>Pseudomonas</i> spp.• <i>Enterobacter</i> spp.• <i>Acinetobacter</i> spp.• <i>Citrobacter</i> spp.	31-44 9-20 0,5-19 5-9 - -
Vi khuẩn Gram dương <ul style="list-style-type: none">• <i>Enterococcus</i> spp.• <i>Streptococcus</i> spp.• <i>Staphylococcus</i> spp.	2-34 2-10 0
Vi khuẩn kỵ khí	4-20
Vi khuẩn khác	-

Kháng sinh

Lựa chọn kháng sinh khi chưa có kháng sinh đồ

Nhóm kháng sinh	Độ I (nhẹ)	Độ II (trung bình)	Độ III (nặng)
Nhóm Penicillin	Ampicillin/sulbactam không được khuyến cáo dùng mà không kèm aminoglycoside	Piperacillin/tazobactam	Piperacillin/tazobactam
Nhóm cephalosporin	Cefuroxime, Cefazolin, Cefotiam, Ceftriaxone, Cefotaxime ± Metronidazole, Cefmetazole, Cefoxitin, Flomoxef, Cefoperazone/sulbactam	Ceftriaxone, Cefotaxime, Cefepime, Cefozopran, Ceftazidime ± Metronidazole, Cefoperazone/sulbactam	Ceftazidime, Cefepim, Cefozopran ± Metronidazole
Nhóm Carbapenem	Ertapenem	Ertapenem	Imipenem/cilastatin, Meropenem, Doripenem, Ertapenem
Monobactam			Aztreonam + Metronidazole
Fluoroquinolone	Ciprofloxacin, Levofloxacin, Pazufloxacin ± Metronidazole, Moxifloxacin	Ciprofloxacin, Levofloxacin, Pazufloxacin ± Metronidazole, Moxifloxacin	

Kháng sinh

Khi đã có kết quả kháng sinh đồ, lựa chọn kháng sinh tùy thuộc:

- Kháng sinh đồ
- Đáp ứng của bệnh nhân với kháng sinh ban đầu

Kháng sinh

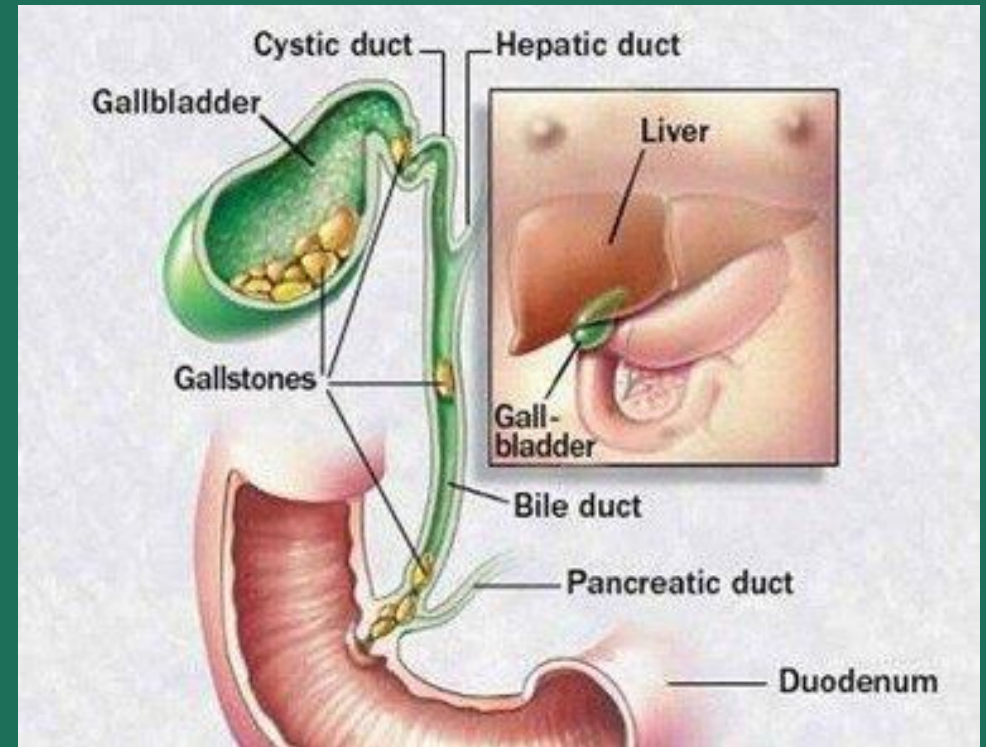
Thời gian sử dụng kháng sinh

	Viêm túi mật mắc phải từ cộng đồng		Viêm túi mật mắc phải trong bệnh viện
Phân độ	Viêm túi mật cấp độ I và II	Viêm túi mật cấp độ III	Viêm túi mật cấp độ I, II và III
Thời gian dùng kháng sinh	Có thể ngưng kháng sinh trong vòng 24 giờ sau cắt túi mật	Một khi nguồn gốc nhiễm trùng đã được kiểm soát, thời gian sử dụng kháng sinh được khuyến cáo từ 4 đến 7 ngày. Nếu cấy máu ra cầu trùng Gram dương như Enterococcus spp., Streptococcus spp., thời gian sử dụng kháng sinh ít nhất là 2 tuần.	Nếu cấy máu ra cầu trùng Gram dương như Enterococcus spp., Streptococcus spp., thời gian sử dụng kháng sinh ít nhất là 2 tuần.
Các trường hợp đặc biệt cần kéo dài thời gian dùng kháng sinh	Nếu trong lúc cắt túi mật ghi nhận thủng túi mật, viêm túi mật hoại tử, viêm túi mật hoại thư sinh hơi, kháng sinh được khuyến cáo sử dụng từ 4 đến 7 ngày.	Nếu có áp xe gan, kháng sinh nên được tiếp tục đến khi lâm sàng, xét nghiệm sinh hoá, hình ảnh học cho thấy ổ áp xe đã đáp ứng điều trị.	

Viêm tụy cấp do sỏi túi mật di trú

- Lâm sàng

- Đau bụng kiểu tụy: đau bụng thượng vị lan lưng trái, đột ngột, sau ăn no, ăn nhiều, bữa ăn nhiều dầu mỡ, đau dữ dội, giảm nhẹ khi gập người (tư thế cò súng)
- Ói nhiều, liên tục, ói xong không đỡ đau
- Có thể có sốt nhẹ hoặc không



Viêm tụy cấp do sỏi túi mật di trú

- **Cận lâm sàng**

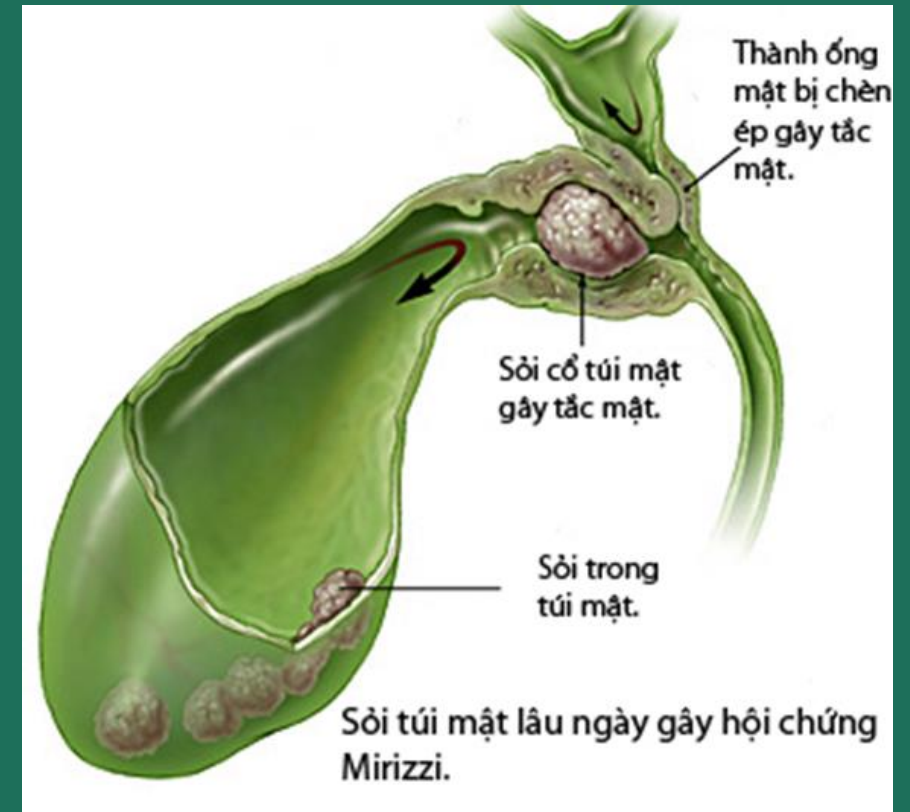
- Amylase, lipase máu tăng
- AST, ALT, Bilirubin tăng nhẹ
- Hình ảnh gợi ý trên siêu âm bụng hoặc CT scan bụng chậu có cản quang

- **Điều trị**

- Hầu hết viêm tụy tự giới hạn do sỏi rớt vào tá tràng \Rightarrow MRCP xem sỏi đã rơi chưa để xét chỉ định ERCP lấy sỏi
- Viêm tụy cấp nặng: ERCP lấy sỏi sớm
- Nên cắt túi mật để dự phòng
- Nếu trước phẫu thuật không có phương tiện hình ảnh xác định tình trạng sạch sỏi trong đường mật \Rightarrow X-quang đường mật trong mổ

Hội chứng Mirizzi

- Sỏi to kẹt ống hoặc phễu túi mật \Rightarrow chèn ép đường mật lân cận \Rightarrow tắc ống gan chung.
- Chẩn đoán xác định: MRCP



Viêm túi mật mạn

- Là tình trạng viêm mạn của vách túi mật
- Cơn đau quặn mật là triệu chứng thường gặp nhất, thường không rõ ràng nên bệnh nhân bỏ qua
- Chẩn đoán xác định dựa vào nhấp nháy đồ gan mật (hepatobiliary scintigraphy) hoặc HIDA scan với cholecystokinin (CCK). Hai phương pháp này ít dùng ở Việt Nam.

04 CA LÂM SÀNG

HÀNH CHÍNH

- Họ và tên: Huỳnh Tấn N.
- Giới: Nam
- Tuổi: 69
- Nghề nghiệp: kinh doanh
- Địa chỉ: huyện Gò Dầu, Tây Ninh
- Nhập viện: 8h56, 02/05/2023
- Khoa cấp cứu, BV.ĐHYD
- MSBN: N23-0119462

LÍ DO NHẬP VIỆN

- Đau bụng

BỆNH SỬ

- Cách nhập viện 3 ngày, bệnh nhân xuất hiện cảm giác đau âm ỉ vùng trên rốn, đau quặn cơ, mỗi cơn 5-10 phút, 5-6 cơn/ngày, không lan, mức độ nhẹ, tăng lên khi ăn, không yếu tố giảm đau, không kèm sốt, tiêu chảy, buồn nôn, nôn. Bệnh nhân không điều trị gì.
- Ngày nhập viện, bệnh nhân hết đau vùng trên rốn, tuy nhiên xuất hiện đau liên tục hạ sườn phải, kiểu đau nhói, lan ra sau lưng mức độ nặng, kèm theo sốt nhẹ, không buồn nôn, không nôn, không tiêu chảy ⇒ nhập cấp cứu BV ĐHYD

BỆNH SỬ

- Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không chán ăn, không sụt cân, không vàng da, tiểu vàng trong, không gắt buốt, không ho, không khó thở.
- Sinh hiệu NV: M: 82l/ph, HA: 130/80 mmHg, NĐ: 36,3°C, NT: 20l/ph, SpO2: 98%/KT

TIỀN CĂN

1. Bản thân:

- Chưa từng ghi nhận đau bụng với tính chất tương tự trước đây
- Chưa từng siêu âm phát hiện sỏi túi mật, đường mật trước đây.
 - a. Nội khoa: Chưa ghi nhận tiền căn THA, ĐTĐ và các bệnh lý nội khoa khác.
 - b. Ngoại khoa: chưa từng phẫu thuật trước đây
 - c. Thói quen: không hút thuốc lá, không uống rượu bia, hay ăn đồ ăn dầu mỡ
 - d. Dị ứng: chưa ghi nhận

2. Gia đình: không ghi nhận có người thân bị sỏi mật, ung thư đường tiêu hóa và các bệnh lý khác.

KHÁM (N1)

1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, không vẻ mặt nhiễm trùng.
- Sinh hiệu: M 84l/ph, HA 110/70 mmHg, NĐ 37°C, NT: 20 l/ph, SpO2: 99%/KT.
- CC: 165 cm, CN: 65 kg (BMI=23.9 kg/cm²)
- Da vàng nhẹ, củng mạc mắt vàng, niêm mạc dưới lưỡi vàng.
- Không phù, không xuất huyết da niêm, không lòng bàn tay son, không sao mạch.
- Hạch cổ, hạch thượng đòn không sờ chạm.

KHÁM (N1)

2. Khám vùng:

A. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không u không sẹo
- Môi không khô, lưỡi không dơ.
- Tuyến giáp không to

B. Ngực:

- Cân đối di động theo nhịp thở, không sẹo, không u
- Tim: mỏm tim KLS V, đường trung đòn trái, Harzer (-), T1, T2 đều rõ, tần số 84 l/ph, không T3 T4, không âm thổi.
- Phổi: Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường, không rale

KHÁM (N1)

C. Bụng:

- Bụng cân đối, rốn lõm, di động đều theo nhịp thở, không sọc mổ cũ, không u, không ổ đập bất thường, không tuần hoàn bàng hệ.
- Nhu động ruột: 6l/ph
- Gõ trong khắp bụng
- Bụng mềm.
- **Túi mật căng to, ấn đau tức nhiều.**
- Gan: bờ dưới không sờ chạm, bờ trên KLS VI, chiều cao gan khoảng 7 cm, ấn kẽ sườn âm tính, rung gan âm tính.
- Lách không sờ chạm.
- Chạm thận âm tính, rung thận âm tính.

KHÁM (N1)

D. Tứ chi, cột sống:

- Cổ mềm, không đau thần kinh khu trú.
- Các khớp không sưng nóng đỏ đau, không biến dạng, không giới hạn vận động.

TÓM TẮT BỆNH ÁN

- BN nam 69 tuổi, nhập viện vì đau bụng, bệnh 3 ngày:
- Triệu chứng cơ năng:
 - Đau bụng âm ỉ trên rốn chuyển đau bụng dữ dội hạ sườn phải.
 - Sốt nhẹ
- Triệu chứng thực thể:
 - Túi mật căng to, ấn đau nhiều
- Tiền căn: không bất thường.

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Đau bụng hạ sườn phải
2. Túi mật căng to, ấn đau tức

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán sơ bộ: Viêm túi mật cấp

Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm đường mật cấp do sỏi
- Viêm tụy cấp do sỏi kẹt đoạn cuối OMC

BIỆN LUẬN

BN đau bụng âm ỉ ở trên rốn sau đó đau bụng hạ sườn phải mức độ dữ dội lan sau lưng, khám có túi mật căng to, ấn đau tức nhiều ngoài ra còn sốt nhẹ, nghĩ nhiều viêm túi mật cấp.

Phân biệt:

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

ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG

- CLS chẩn đoán:
 - Siêu âm bụng tổng quát
 - CTM, CRP
 - Bilirubin TP, TT, GT; AST, ALT, Amylase máu
 - CT- scan bụng chậu có cản quang
- CLS thường quy:
 - TPTNT
 - Ion đồ
 - X quang ngực thẳng
 - ECG
 - Đông máu toàn bộ
 - Creatinin máu

KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

Siêu âm bụng:

- **GAN :** Nhiễm mỡ, bờ đều.
Các TM trên gan và TM cửa bình thường.
 - **ĐƯỜNG MẬT :** Trong và ngoài gan không giãn. Không sỏi.
 - **TÚI MẬT :** KT # 35x107 mm, thành dày nhẹ # 4 mm, lòng có bùn mật và vài sỏi $d \leq 16$ mm, thâm nhiễm mỡ xung quanh và rối loạn tưới máu nhu mô gan quanh túi mật.
Thận phải : Kích thước : bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, có vài sỏi $d \leq 4$ mm.
Thận trái : Kích thước : bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, có vài sỏi $d \leq 4$ mm.
Niệu quản phải : Không giãn. Thượng thận: không thấy.
Niệu quản trái : Không giãn. Thượng thận: không thấy.
 - **LÁCH :** Không to, đồng nhất.
 - **TỤY :** Khảo sát giới hạn.
 - **THẬN :**
 - **BÀNG QUANG :** Thành đều, lòng phản âm trống.
 - **TIỀN LIỆT TUYẾN** Không to, khá đồng nhất, vỏ bọc đều.
 - **CÁC BỘ PHẬN KHÁC :** Các mạch máu lớn và khoang sau phúc mạc khảo sát giới hạn.
Dịch màng phổi (-).
 - **XOANG BỤNG :** Chưa ghi nhận bất thường.
- Chẩn đoán :** Túi mật: căng, thành dày nhẹ, lòng có bùn mật và vài sỏi, thâm nhiễm mỡ xung quanh và rối loạn tưới máu nhu mô gan quanh túi mật -> theo dõi viêm túi mật cấp.
Gan nhiễm mỡ.
Sỏi hai thận.



KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

WBC	7.68k/uL
Neu%	64.0%
Neu #	4.92 k/uL
Hb	12.8 g/dL
MCV	89.2fL
MCHC	349 g/L
PLT	316k/uL

CRP	50.4 mg/dL
Lipase	33.89 U/L
Bilirubin TP	7.16 mg/dL
Bilirubin TT	0.25 mg/dL
AST	29 U/L
ALT	31 U/L
Creatinine	94.8 umol/L
INR	0.97

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Viêm túi mật cấp độ I do sỏi

ĐIỀU TRỊ

Theo TG 2018:

- Bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật thấp
- Phẫu thuật nội soi cắt túi mật sớm.
- Giảm đau: Paracetamol
- Kháng sinh: Cefoperazone + sulbactam

TIỀN LƯỢNG

Tiền lượng khá, bệnh nhân viêm túi mật độ I, được phẫu thuật sớm, sau mổ không ghi nhận biến chứng.

TƯỜNG TRÌNH PHẪU THUẬT

Chẩn đoán trước mổ: Viêm túi mật cấp độ I do sỏi

Chẩn đoán sau mổ: Viêm túi mật cấp độ I do sỏi

Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật nội soi cắt túi mật

TƯỜNG TRÌNH PHẪU THUẬT

Bệnh nhân nằm ngửa. Mê nội khí quản.

Vào bụng 3 trocar: 10mm ở rốn phương pháp kín, 10mm ở thượng vị, 5mm ở hạ sườn phải.

Ổ bụng sạch. Dạ dày, tá tràng bình thường.

Túi mật căng, thành dày, có sỏi khoảng 2cm kẹt ở vùng phẫu túi mật, có mạc nối lớn đắp xung quanh.

Ống mật chủ không dẫn đường kính #06mm.

Các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường.

Phẫu tích tam giác gan mật. Clip và cắt đốt động mạch túi mật. Cắt túi mật ra khỏi giường túi mật.

Bộc lộ ống túi mật dài #15mm, kiểm tra ống túi mật không có sỏi. Clip và cắt ống túi mật.

Cầm máu giường túi mật. Lau sạch dịch ổ bụng.

Đặt 01 ống dẫn lưu dưới gan ra hạ sườn phải.

Lấy túi mật và gạc qua trocar rốn trong bao bệnh phẩm, gửi túi mật làm giải phẫu bệnh.

Đủ gạc và dụng cụ.

Đóng các lỗ trocar. Khâu da.

GPB: túi mật vách dày, viêm, lòng có 1 sỏi #20mm



KẾT LUẬN

- Sỏi túi mật là bệnh lý khá phổ biến
- Với sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, việc chẩn đoán sỏi túi mật cũng như các biến chứng của sỏi túi mật khá chính xác, từ đó đưa ra hướng điều trị kịp thời giúp giảm nguy cơ biến chứng và tử vong.
- Sự phát triển của phẫu thuật nội soi giúp cho việc điều trị sỏi túi mật và các biến chứng đạt được nhiều kết quả tốt, giúp bệnh nhân sớm hồi phục và trở lại với cuộc sống thường ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, Bộ môn Ngoại, Đại học Y dược TP.HCM (2021)
- Cấp cứu ngoại tiêu hóa, Bộ môn Ngoại, Đại học Y dược TPHCM (2020)
- Bài giảng sỏi túi mật, TS. BS Lê Quan Anh Tuấn, BS Vũ Quang Hưng, BS Trần hồ
- Acute cholecystitis causes, symptoms, diagnosis, treatment & pathology - Osmosis
- Overview of gallstone disease in adults – Uptodate 2022
- Overview of gallstone disease in adults – Uptodate 2022
- Treatment of acute calculous cholecystitis – Uptodate 2022

Thank
You!

The text "Thank You!" is written in a black, elegant cursive script. The word "Thank" is on the top line, and "You!" is on the bottom line. The letters are fluid and connected, with decorative flourishes at the beginning and end of the word "You!". Surrounding the text are several small, light green stars and dots of varying sizes, scattered in a circular pattern around the central text.