



Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

SỎI TÚI MẬT

*Giảng viên : Lê Quan Anh Tuấn,
Vũ Quang Hưng,
Trần Hồ*

*Đối tượng: Y6- Y15
Sub by: Team Đi Trễ
Gia Huy - Tổ 9 – Y15B*

“Phần sub là phần in nghiêng, nằm trong dấu ngoặc kép”

“0:20 10.9.2020 – Ngồi sub bài mệt xỉu :v”

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán sỏi túi mật.*
- 2. Trình bày được lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán biến chứng viêm túi mật cấp, viêm túi mật mạn.*
- 3. Nêu chỉ định điều trị sỏi túi mật.*
- 4. Trình bày các phương pháp điều trị sỏi túi mật.*
- 5. Trình bày phác đồ điều trị viêm túi mật cấp theo Tokyo Guidelines 2018.*

I. MỞ ĐẦU

- Sỏi túi mật là một trong những bệnh lý phổ biến trên thế giới cũng như ở nước ta.
- Sỏi túi mật có thể được phát hiện tình cờ nhờ siêu âm hoặc khi bệnh nhân có triệu chứng hoặc biến chứng.
- Chẩn đoán sỏi túi mật cũng như các biến chứng kèm theo giữ vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu cho từng bệnh nhân.

II. LÂM SÀNG

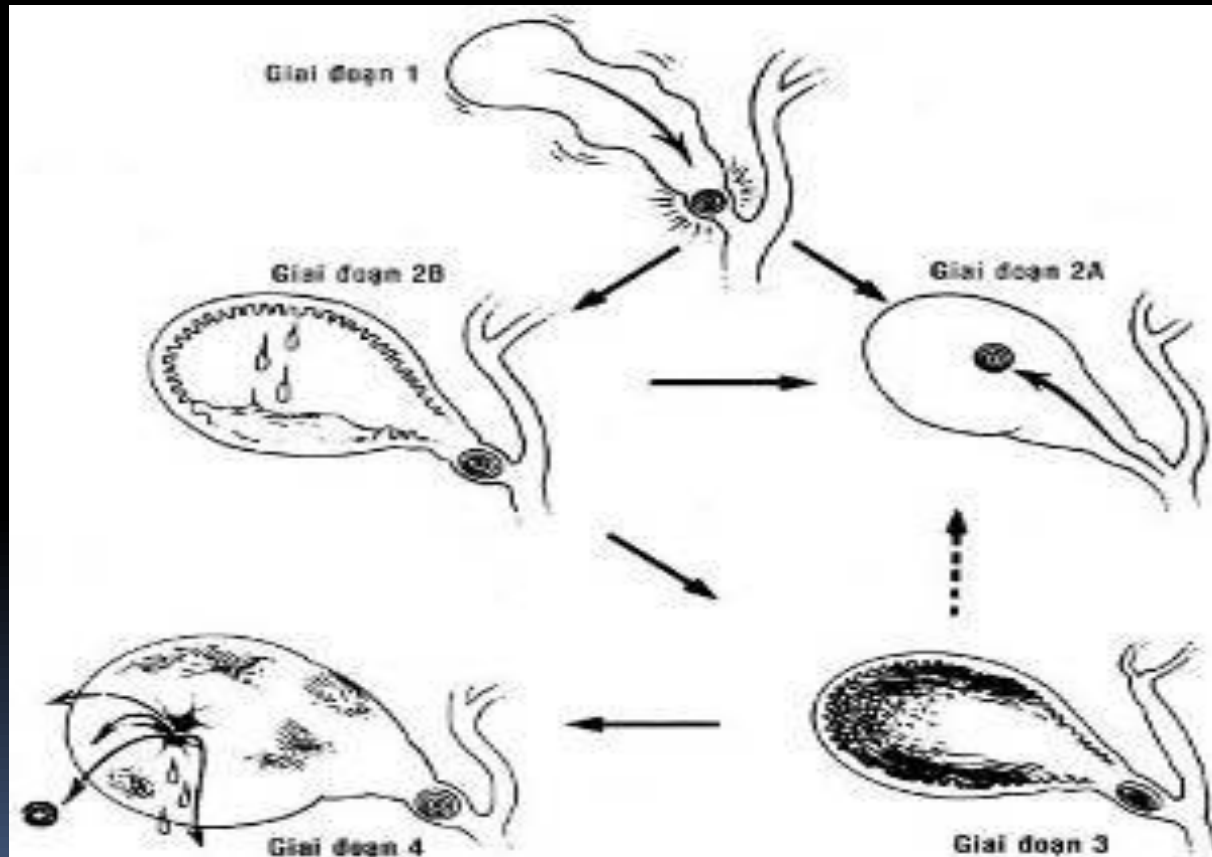
“Sỏi túi mật có thể gây ra biến chứng: Thường là viêm túi mật cấp hoặc viêm túi mật mạn.”

1/SỎI TÚI MẬT

- Không triệu chứng: được phát hiện tình cờ qua siêu âm.
- Cơn đau quặn mật:
 - Xuất hiện sau bữa ăn.
 - Vị trí: trên rốn hoặc dưới sườn phải.
 - Hướng lan: sau lưng hoặc lên bả vai phải.
 - Thời gian: kéo dài vài phút, hiếm khi đau quá 2 giờ.
 - Mức độ đau: có thể từ nhẹ đến nặng khiến bệnh nhân vã mồ hôi, buồn nôn, nôn do phản xạ.

2/ VIÊM TÚI MẬT CẤP

Có 4 giai đoạn:



Giai đoạn 1: Sỏi kẹt cổ túi mật

- Cơn đau quặn mật.

Giai đoạn 2: Viêm túi mật cấp phù nề

- Đau dưới sườn phải liên tục, có thể lan vai phải.
- Dấu hiệu Murphy (+): độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán viêm túi mật cấp tương ứng là 97% và 48%.
- Đề kháng thành bụng có thể có hoặc không.
- Sốt.

Giai đoạn 3: Viêm túi mật mủ

- Đề kháng thành bụng rõ.
- Dấu hiệu nhiễm trùng rõ.

Giai đoạn 4: Viêm túi mật hoại tử

- Dấu hiệu viêm phúc mạc: khu trú hay toàn thể.
- Dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc.

3/ VIÊM TÚI MẬT MẠN

- Viêm túi mật mạn được định nghĩa là tình trạng viêm mạn của vách túi mật do:
 - Viêm túi mật bán cấp hoặc cấp tái diễn nhiều lần.
 - Kích thích cơ học liên tục do sự hiện diện của sỏi túi mật. *“Sỏi nằm trong lòng túi mật, gây kích thích”*
- Cơn đau quặn mật là triệu chứng thường gặp nhất, **thường không rầm rộ** nên bệnh nhân thường bỏ qua.

*“Diễn tiến điển hình nhất của viêm túi mật mạn cũng là cơn đau quặn mật. Tuy nhiên, **mức độ đau thường không nhiều, BN thường hay bỏ qua.** Có thể chẩn đoán lầm với đau do Viêm loét dd-tt”*

“Nghỉ ngơi BN có sỏi mật khi có triệu chứng của cơn đau quặn mật, đau thượng vị hay đau hsp

⇒ Nghỉ ngơi BN có sỏi mật (gồm có sỏi túi mật, và sỏi đường mật chính).”

III. CẬN LÂM SÀNG

1/SỎI TỬ MẬT

1.1 SIÊU ÂM BỤNG

- Là phương tiện đầu tiên được sử dụng khi nghi ngờ có bệnh sỏi mật.
- Đặc điểm: cấu trúc phản âm dày, có bóng lưng, di động.
- Độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 84% và 99%.

1.1 SIÊU ÂM BỤNG



Sỏi túi mật trên siêu âm bụng

“Hình ảnh của sỏi túi mật:

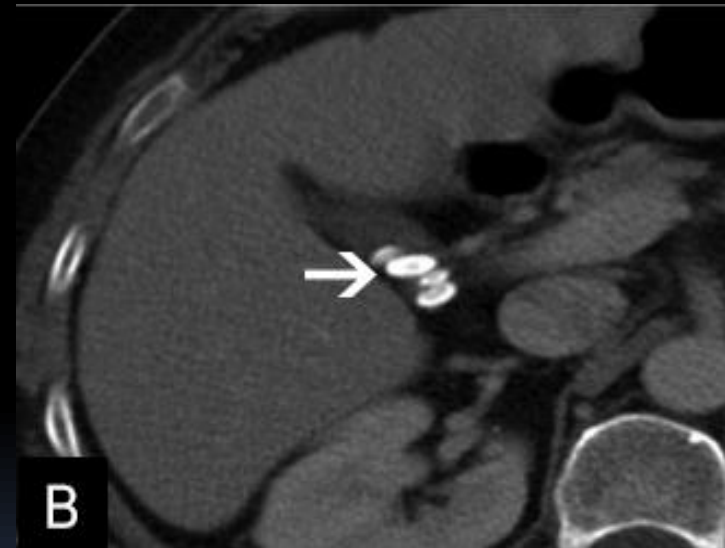
Khối echo dày (hình trắng), có bóng lưng (chiếu xuyên da qua, có viền sỏi nên cản âm lại hết, nên phía sau nhìn không thấy, tạo ra hình ảnh này).

Thay đổi tư thế nằm của BN, viên sỏi sẽ nằm ở vị trí thấp nhất so với trọng lực, trừ khi bị kẹt, hoặc sỏi quá to không di động nữa.

*⇒ Tại sao phải nói đến **di động**? => Để phân biệt với các polyp cholesterol hóa – là những mô tăng sinh, bám lên thành túi mật, thay đổi tư thế cũng không thay đổi vị trí.”*

1.2 CT SCAN BỤNG

- Độ đậm sỏi tuỷ thuộc vào hàm lượng canxi chứa trong sỏi.
- Độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 75,8% và 97,6%.



Sỏi túi mật trên CT Scan (mũi tên)

A: Sỏi hàm lượng Canxi thấp

B: Sỏi hàm lượng Canxi cao

“CT ảnh hưởng bởi nồng độ calci, càng nhiều thì càng trắng.

Hình A có 2 viên sỏi, phải nhìn rất kỹ mới nhìn thấy được, vì nồng độ calci của nó cùng đậm độ dịch mật, cao hơn chút xíu thôi, nên rất khó nhìn.

=> Nghĩ sỏi Cholesterol, nồng độ calci không cao, mềm.

Hình B đậm độ trắng như xương, chứng tỏ nồng độ calci của sỏi cao, và cứng.”

2/ VIÊM TÚI MẬT CẤP

2.1 SIÊU ÂM BỤNG

- Đặc điểm: túi mật căng, đường kính ngang $> 4\text{cm}$, vách túi mật dày $> 3\text{ mm}$, có dịch quanh túi mật. Dấu Murphy trên siêu âm (+).

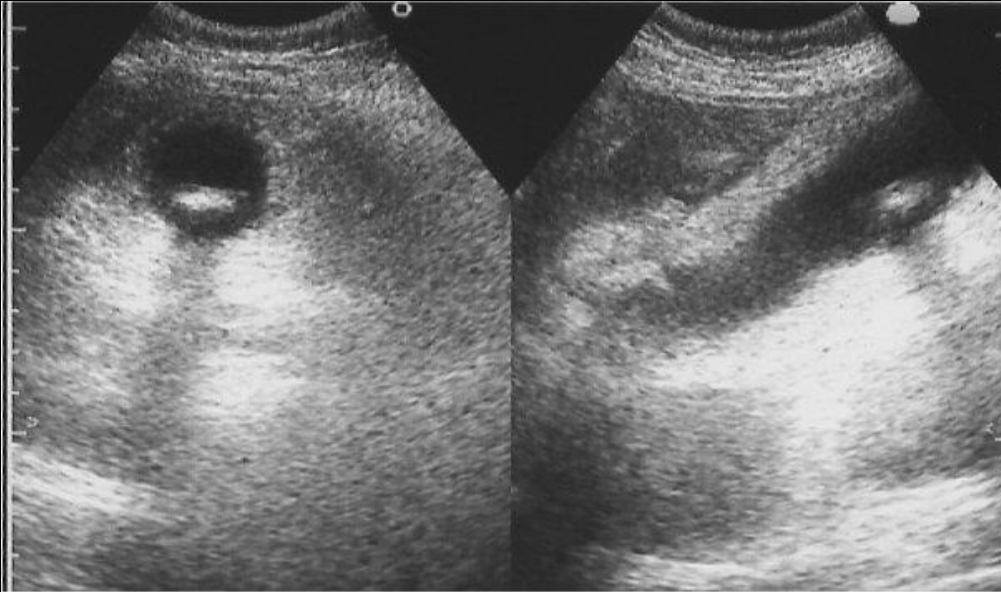
- Độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88% và 80%.

“Dấu Murphy trên khám lâm sàng: dùng tay ấn nhẹ vùng hố chậu phải => hông phải => hsp, kêu BN hít vào, gan đẩy túi mật xuống, đặt ngón tay của mình, BN đau chói là dấu Murphy dương tính.

Dấu Murphy trên siêu âm: Dùng đầu dò, dò vị trí túi mật, kêu BN hít vào, gan đẩy túi mật xuống, đặt đầu dò siêu âm thì BN đau chói.

Tuy nhiên, Murphy siêu âm thì độ chính xác cao hơn. Do mình thấy cái túi mật, túi mật thay đổi vị trí, có khi ra đường trung đòn, nách trước, thậm chí đường nách giữa. Trên LS mình không chắc chắn.”

2.1 SIÊU ÂM BỤNG



Viêm túi mật cấp do sỏi trên siêu âm bụng

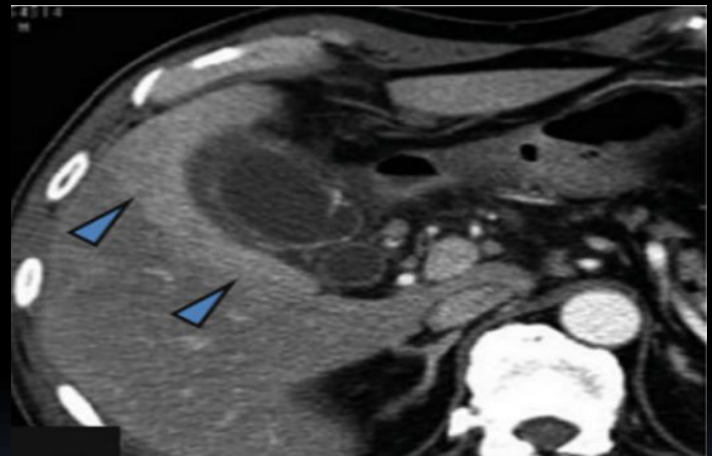
*“Hình ảnh viên sỏi: Echo dày, có bóng lưng.
Túi mật dày, ít dịch quanh túi mật.
=> Hình ảnh viêm túi mật cấp do sỏi.”*

2.2 CT SCAN BỤNG

- Đặc điểm: túi mật **căng, dày thành, tăng tưới máu gan cạnh túi mật (thì động mạch), tụ dịch (hoặc thâm nhiễm mỡ) quanh túi mật**.
- Độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là **94% và 59%**.



*Viêm túi mật cấp do sỏi
trên CT Scan*



*Viêm túi mật cấp với hình ảnh
tăng tưới máu gan cạnh túi mật (đầu mũi tên)*

*“Hình trên: Túi mật có thành dày, thâm nhiễm mỡ xung quanh, có tụ dịch xung quanh
Ở vùng đó bị viêm, tăng tưới máu => Tăng bắt thuốc ở thì động mạch.”*

3/ VIÊM TÚI MẬT HOẠI TỬ

“Tương ứng giai đoạn 4
trong sinh lý bệnh”

3.1 SIÊU ÂM BỤNG

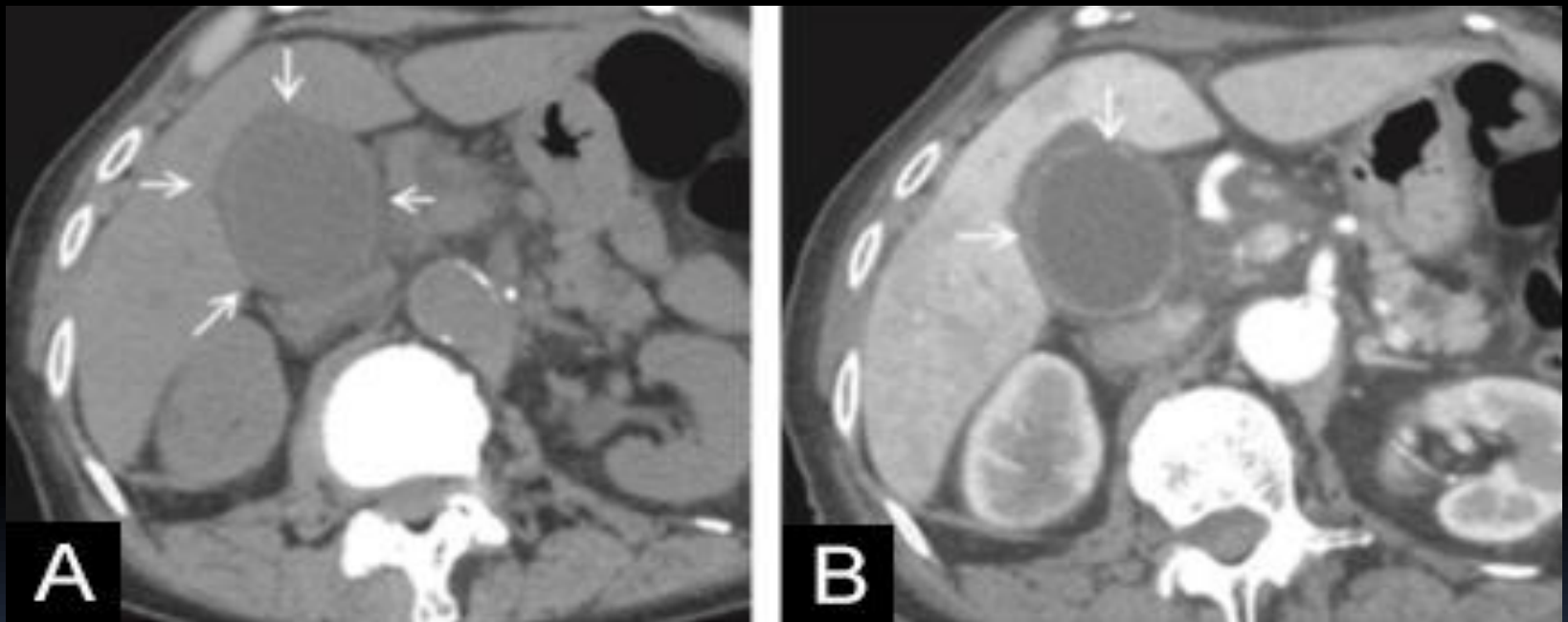
- Đặc điểm: **Niêm mạc bị bong ra khỏi thành túi mật,** có dạng màng (vách mỏng) trong lòng túi mật.



3.2 CT SCAN BỤNG

“Có ưu điểm hơn siêu âm: Do khảo sát được tình trạng túi mật tốt hơn so với siêu âm, hình ảnh sắc nét”

- Đặc điểm: Vùng **không bắt thuốc** trên phim **có cản quang** là vùng túi mật thiếu máu, hoại tử.



Viêm túi mật hoại tử trên CT Scan

A: Phim không cản quang

B: Phim thì động mạch với những vị trí không bắt thuốc tương phản do viêm hoại tử (mũi tên chỉ vị trí không bắt thuốc)

*“Sỏi túi mật: siêu âm nhạy hơn so với CT
Viêm túi mật: CT khảo sát tốt hơn so với siêu âm*

*Vậy: Trên lâm sàng, khi nghi ngờ sỏi túi mật có viêm túi mật,
thì siêu âm và CT hay đi đồng hành với nhau.*

*Siêu âm là cái gì có cấu trúc tinh thể là nó dội lại hết, cho
hình ảnh màu trắng hết.
Còn CT nồng độ calci cao mới màu trắng.”*

3.2 CT SCAN BỤNG

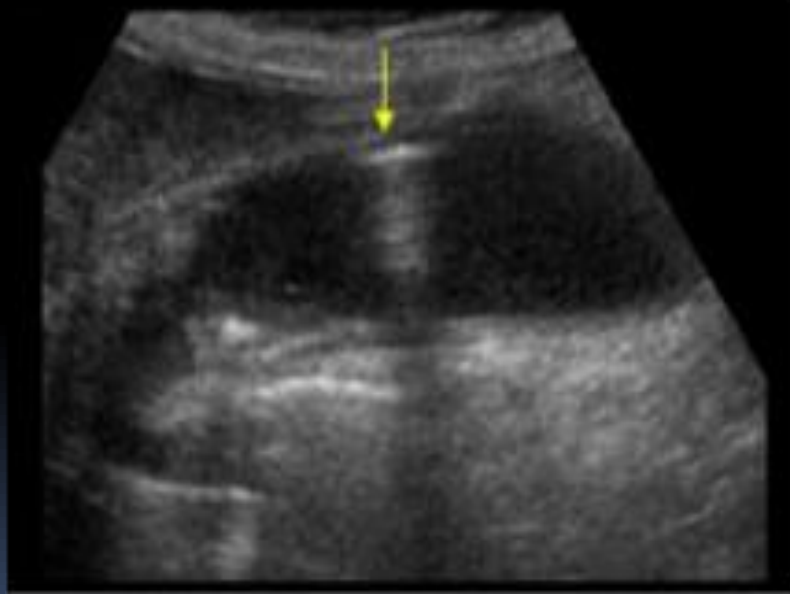


Viêm phúc mạc mật do viêm túi mật hoại tử với dịch quanh túi mật trên CT Scan (đầu mũi tên)

4/ VIÊM TÚI MẬT HOẠI THỰC SINH HƠI

4.1 SIÊU ÂM BỤNG

- Đặc điểm: có hình ảnh hơi trong thành hay trong lòng túi mật.



*Viêm túi mật hoại thực sinh hơi trên siêu âm
với hơi trong lòng túi mật (mũi tên)*

4.2 CT SCAN BỤNG

- Đặc điểm: Ngoài các dấu hiệu viêm túi mật cấp, còn có hình ảnh **hơi trong thành hay trong lòng** túi mật.



“Có thể làm với trường hợp trước đây, bệnh nhân có can thiệp mổ xẻ đường mật, ERCP – nội soi mật tụy ngược dòng để lấy sỏi, thì cũng có thể có hình ảnh hơi trong đường mật hay túi mật.

=> Khi thấy hình ảnh này, phải hỏi BN có tiền căn mổ hay can thiệp ERCP chưa? Nếu chưa, coi chừng có viêm túi mật hoại thư sinh hơi.”

*Viêm túi mật hoại thư sinh hơi trên CT Scan
với hơi trong lòng túi mật (mũi tên)*

5/ VIÊM TÚI MẬT MẠN

“Việc chẩn đoán viêm túi mật mạn đôi khi rất khó khăn”

5.1 SIÊU ÂM BỤNG

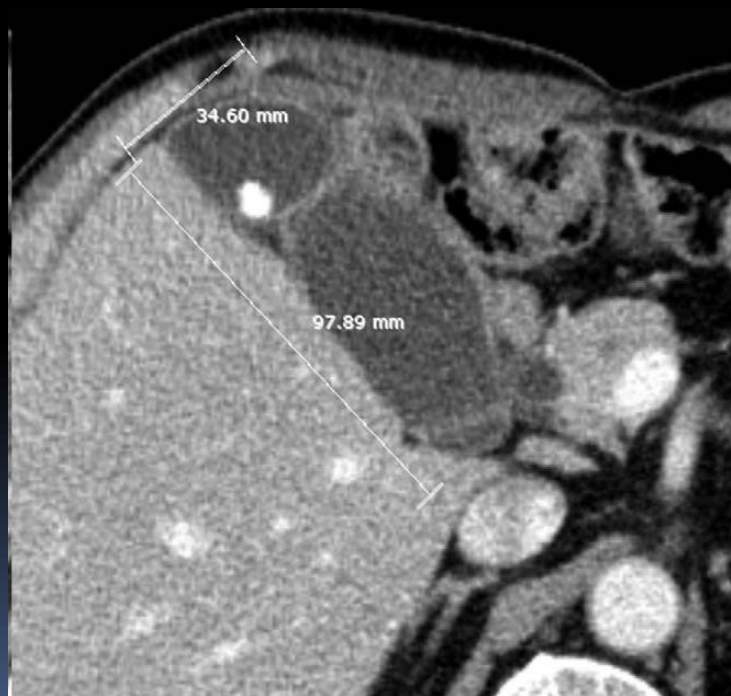
- Đặc điểm: **túi mật thành dày**, co nhỏ, đôi khi xơ teo, khó nhận diện. *“Có thành dày, nhưng KHÔNG CĂNG”*



*Viêm túi mật mạn do sỏi
với thành dày trên siêu âm (mũi tên)*

5.2 CT SCAN BỤNG

- Đặc điểm: sỏi túi mật kèm dày thành, tăng bắt thuốc thành túi mật, túi mật co nhỏ, không tăng tưới máu gan cạnh túi mật (thì động mạch), không tụ dịch (hoặc thâm nhiễm mỡ) quanh túi mật. .



Viêm túi mật mạn do sỏi trên CT Scan

IV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1/ VIÊM TÚI MẬT CẤP

1.1 CHẨN ĐOÁN VIÊM TÚI MẬT CẤP THEO TOKYO GUIDELINES 2018

A. Dấu hiệu viêm khu trú:

(1) Dấu Murphy's, (2) 1/4 trên phải có khối/ ấn đau/ đề kháng.

B. Dấu hiệu viêm toàn thân:

(1) Sốt, (2) Tăng CRP, (3) Tăng bạch cầu .

C. Hình ảnh học đặc trưng của viêm túi mật cấp

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

1.2 PHÂN ĐỘ VIÊM TÚI MẬT CẤP THEO TOKYO GUIDELINES 2018

Viêm túi mật cấp nặng (Độ III)	Khi có 1 trong 6 tiêu chuẩn sau: <ol style="list-style-type: none"> 1. Rối loạn chức năng thần kinh: rối loạn tri giác. 2. Rối loạn chức năng tuần hoàn: tụt huyết áp cần dopamin ≥ 5 $\mu\text{g/kg/phút}$ hoặc bất kỳ liều nào của norepinephrine. 3. Rối loạn chức năng hô hấp: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$.^[SEP] 4. Rối loạn chức năng thận: thiếu niệu, creatinine máu > 2.0 mg/dL. 5. Rối loạn chức năng gan: $\text{PT-INR} > 1,5$. 6. Rối loạn huyết học: tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$.
Viêm túi mật cấp trung bình (Độ II)	Khi có 1 trong 4 tiêu chuẩn sau: <ol style="list-style-type: none"> 1. Bạch cầu $> 18.000/\text{mm}^3$. 2. Sờ thấy khối, đau, đề kháng ở $\frac{1}{4}$ bụng trên phải. 3. Thời gian triệu chứng kéo dài > 72 giờ. 4. Dấu hiệu viêm khu trú rõ (viêm túi mật hoại tử, áp xe quanh túi mật, áp xe gan, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật hoại thư sinh hơi).
Viêm túi mật cấp nhẹ (Độ I)	Khi không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm túi mật cấp nặng và trung bình, sẽ được chẩn đoán là viêm túi mật cấp nhẹ.

2/ VIÊM TÚI MẬT MẠN

- Chẩn đoán xác định dựa vào nhấp nháy đồ gan mật (hepatobiliary scintigraphy) hoặc HIDA scan với cholecystokinin (CCK). 2 phương pháp này ít được sử dụng ở Việt Nam.

“Vì hổng thấy áp dụng ở VN, nên người ta vẫn dựa vào triệu chứng, hình ảnh học, quan sát trong mổ, và kết quả GPB sau mổ”

V. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT

- Không triệu chứng nhưng có nguy cơ cao bị ung thư túi mật hoặc các biến chứng của sỏi túi mật:
 - Sỏi kèm các u tuyến của túi mật (adenoma, biểu hiện là polyp túi mật)
 - Túi mật sứ
 - Sỏi túi mật lớn hơn 3cm
- Có triệu chứng.
- Có biến chứng:
 - Viêm túi mật cấp, mạn
 - Viêm tụy cấp
 - Hội chứng Mirizzi
 - Rò túi mật ruột
 - Tắc ruột do sỏi mật

Tóm lại:

Không triệu chứng:

- Sỏi túi mật + polyp túi mật
- Túi mật sứ (đóng vôi hết toàn bộ túi mật) vì nguy cơ ung thư hóa
- Sỏi túi mật >3cm: hầu như không còn chức năng nữa, có thể gây viêm túi mật mạn, K túi mật

Có triệu chứng: có cơn đau quặn mật, hoặc thậm chí đau vùng hông, đau thượng vị, đau hsp không điển hình của cơn đau quặn mật.

Phải phân biệt được đau do vl dd-tt hay sỏi túi mật, hoặc do nguyên nhân khác. Tuy nhiên, một số tình huống không loại trừ được, ví dụ BN có vl dd-tt, kèm sỏi túi mật, có triệu chứng đau. Thì điều trị vl dd-tt 1 thời gian khỏe mạnh 2-4w, nếu BN giảm triệu chứng có thể là do vl dd-tt, nhưng cũng có thể do sỏi túi mật gây ra. => Giải thích với người ta, rồi cho ngta lựa chọn. (Q: Ủa, rốt cuộc anh muốn nói cái gì :v vậy điều trị thử 4 tuần làm gì chời ==“ 16p20s)

Nếu điển hình cơn đau quặn mật thì có chỉ định can thiệp rồi.

Có biến chứng:

- Viêm túi mật cấp, mạn
- Viêm tụy cấp: do sỏi trong lòng túi mật, rơi xuống OMC gây viêm tụy cấp.
- Hội chứng Mirizzi: sỏi kẹt cổ túi mật, gây viêm mạn, chèn ép OMC, thậm chí có thể rò vào OMC.
- Rò túi mật ruột
- Tắc ruột do sỏi mật

VI. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ SỎI TÚI MẬT

1/ THUỐC TAN SỎI

- 2 loại:
 - Axít chenodeoxycholic (CDCA) trích từ mật ngỗng
 - Axít ursodeoxycholic (UDCA) trích từ mật gấu
- Chỉ có tác dụng tan sỏi cholesterol.
- Hiệu quả điều trị thấp.
- Thực tế phương pháp này ngày nay ít được sử dụng.

“Trên thực tế, những BN có polyp cholesterol nhỏ 2-3mm, không biết thật sự là sỏi hay polyp, đôi khi khó phân biệt. Người ta miêu tả: Lòng túi mật có polyp 2-3mm. Không triệu chứng gì hết, thì đâu có mổ. => BN hỏi có cách nào làm tan không? => Giải thích có thuốc nhưng hiệu quả rất thấp. Mà chỉ theo dõi thôi.”

2/ CẮT TÚI MẬT

- Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được coi là “tiêu chuẩn vàng” trong điều trị ngoại khoa bệnh sỏi túi mật.
- Ưu điểm của phẫu thuật nội soi: ít đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện, hồi phục sớm, vết mổ nhỏ.
- Các biến chứng chính của cắt túi mật gồm: rò mật, tổn thương đường mật, tổn thương ruột, chảy máu.

“Tổn thương đường mật là biến chứng chính, nguy hiểm”



*Vị trí các trocar trong
phẫu thuật nội soi cắt túi mật*



*Cấu trúc giải phẫu trong
phẫu thuật nội soi cắt túi mật*

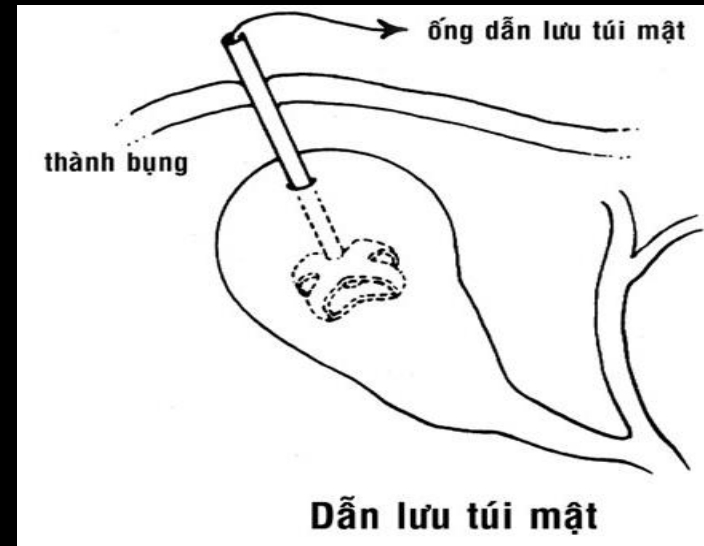
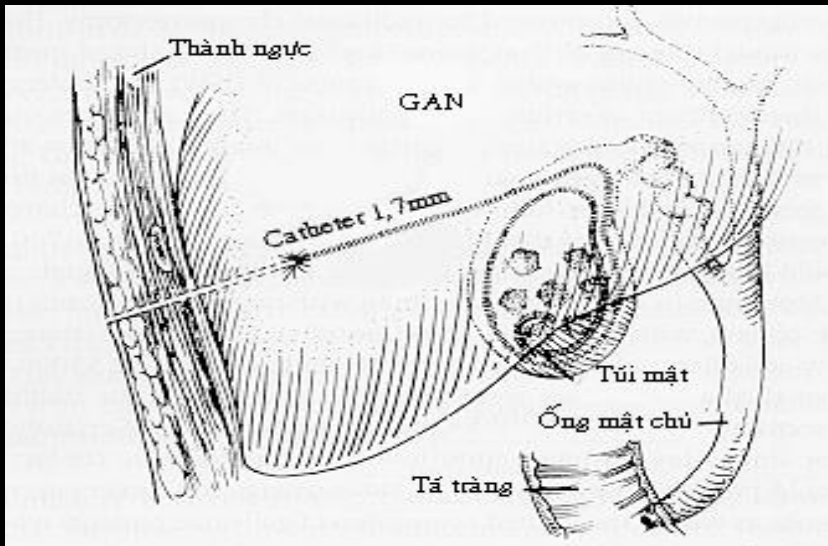
*“Hồi xưa đi đường giữa, hoặc đường
dưới sườn. Giờ nội soi.”*

3/ LẤY SỎI QUA DA

- Chỉ định: khi bệnh nhân không thể chịu đựng cuộc phẫu thuật do lớn tuổi, bệnh nền nặng.
- 2 phương pháp:
 - Chọc dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da (PTGBD)
 - Mở túi mật ra da.

“Suy tim NYHA 4, COPD, suy hô hấp, gây mê là có khả năng tử vong”

Sau đó bệnh nhân sẽ được lấy sỏi qua đường hầm túi mật – da bằng ống soi đường mật.



Chọc dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da

Mở túi mật ra da

“Chọc vị trí khác bị rò mật, nên chọc qua gan. Vì túi mật ôm lấy gan, nếu có rò thì rò ra ngoài, không rò vào ổ bụng.”

“Gây tê tại chỗ thôi”



Ống soi đường mật

“3 cái:

- Thuốc tan sỏi*
- Cắt túi mật nội soi*
- Lấy sỏi qua đường hầm túi mật – da*

Là 3 phương pháp điều trị cục sỏi.

Sau đây là điều trị biến chứng.

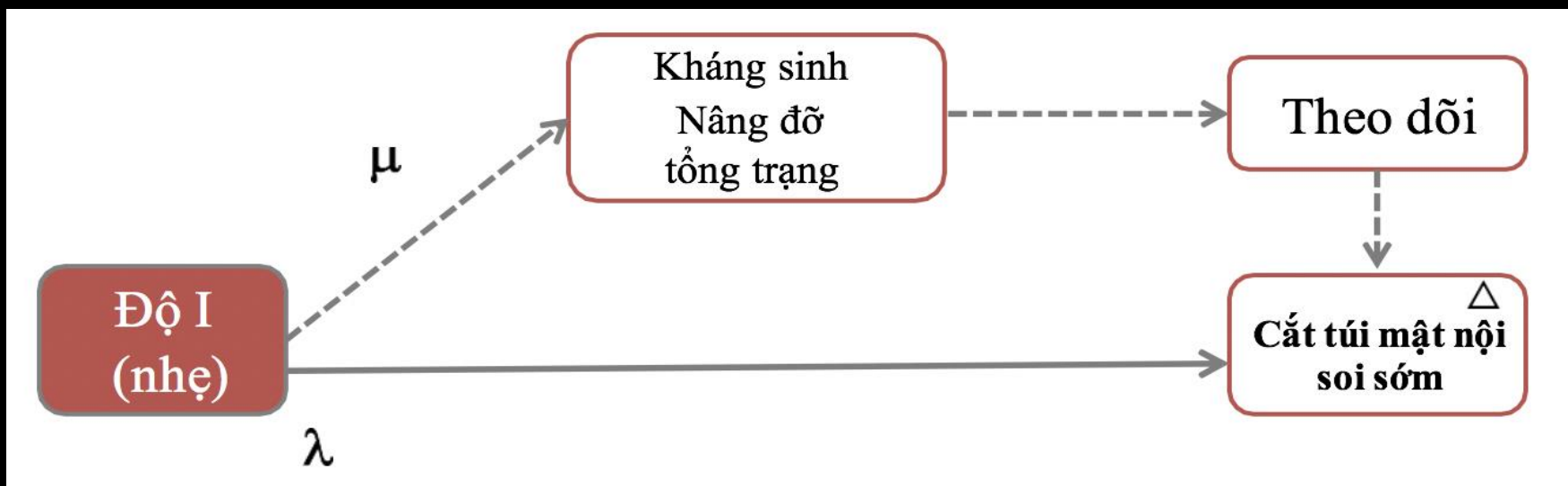
Y6 phải nắm rõ điều trị viêm túi mật cấp.”

VII. ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP THEO TOKYO GUIDELINES 2018:

1/ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ “PHẢI NẮM ĐƯỢC”

- Kháng sinh.
- Hồi sức, nâng đỡ tổng trạng.
- Cắt túi mật hoặc dẫn lưu túi mật.

2/ PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ VIÊM TÚI MẬT CẤP THEO TOKYO GUIDELINES 2018



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

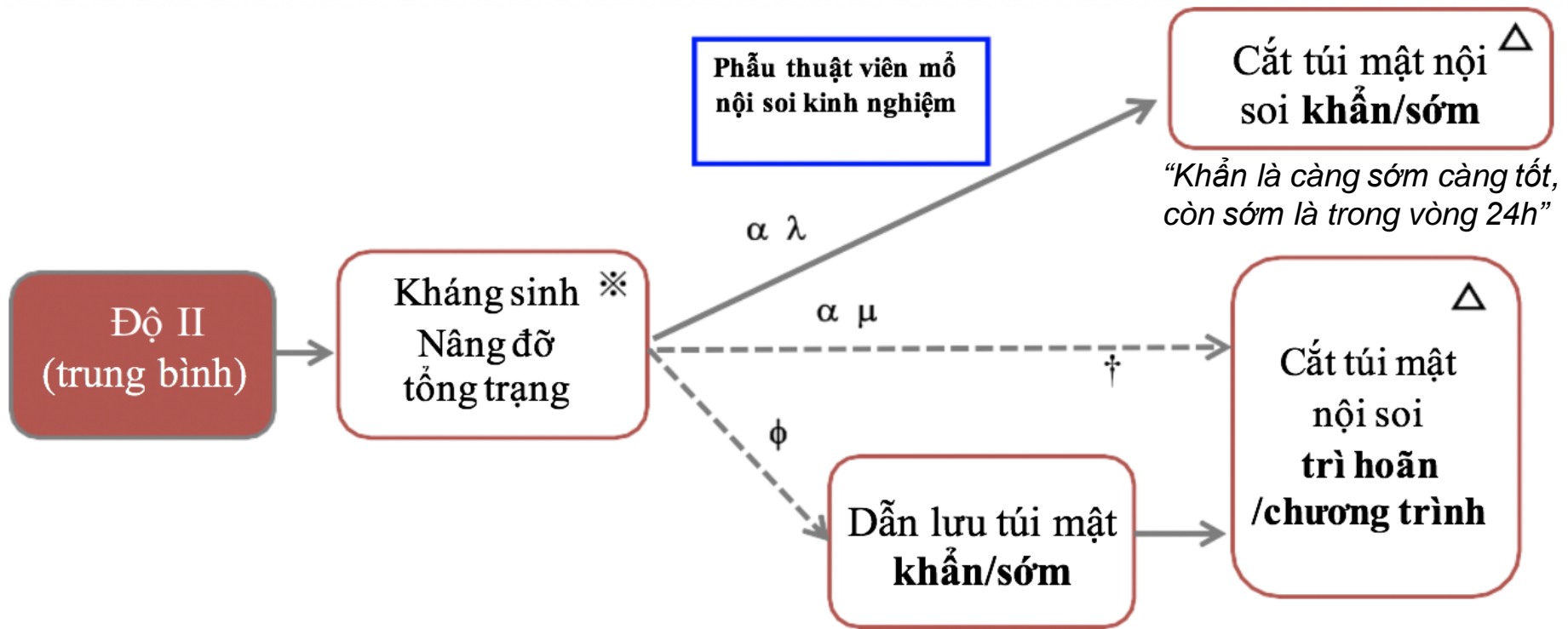
λ : CCI ≤ 5 và/hoặc ASA $\leq II$ (nguy cơ thấp)

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

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

“Độ 1: Tổng trạng BN cho phép, CCI ≤ 5 hoặc ASA $\leq 2 \Rightarrow$ CTMNS sớm.

Tuy nhiên, nếu tổng trạng BN không tốt, nguy cơ cao, CCI ≥ 6 , hoặc ASA ≥ 3 thì kháng sinh nâng đỡ tổng trạng trước, theo dõi, chỉ số có cải thiện, và đánh giá BN có thể chịu được cuộc phẫu thuật \Rightarrow Ưu tiên mổ NS, khó quá thì mổ hở.”



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

※: Nên cấy máu trước khi dùng kháng sinh

α: Kháng sinh và nâng đỡ tổng trạng thành công

- λ: CCI ≤ 5 và/hoặc ASA ≤ II (nguy cơ thấp) (Sub: tổng trạng BN cho phép phẫu thuật)
- μ: CCI ≥ 6 và/hoặc ASA ≥ III (không nguy cơ thấp) (Sub: Tổng trạng BN không tốt)

†: Cấy dịch mật nên được thực hiện

φ: Kháng sinh và nâng đỡ tổng trạng thất bại

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

“Guideline là một hướng dẫn chung, không bắt buộc tất cả mọi người phải theo nó.

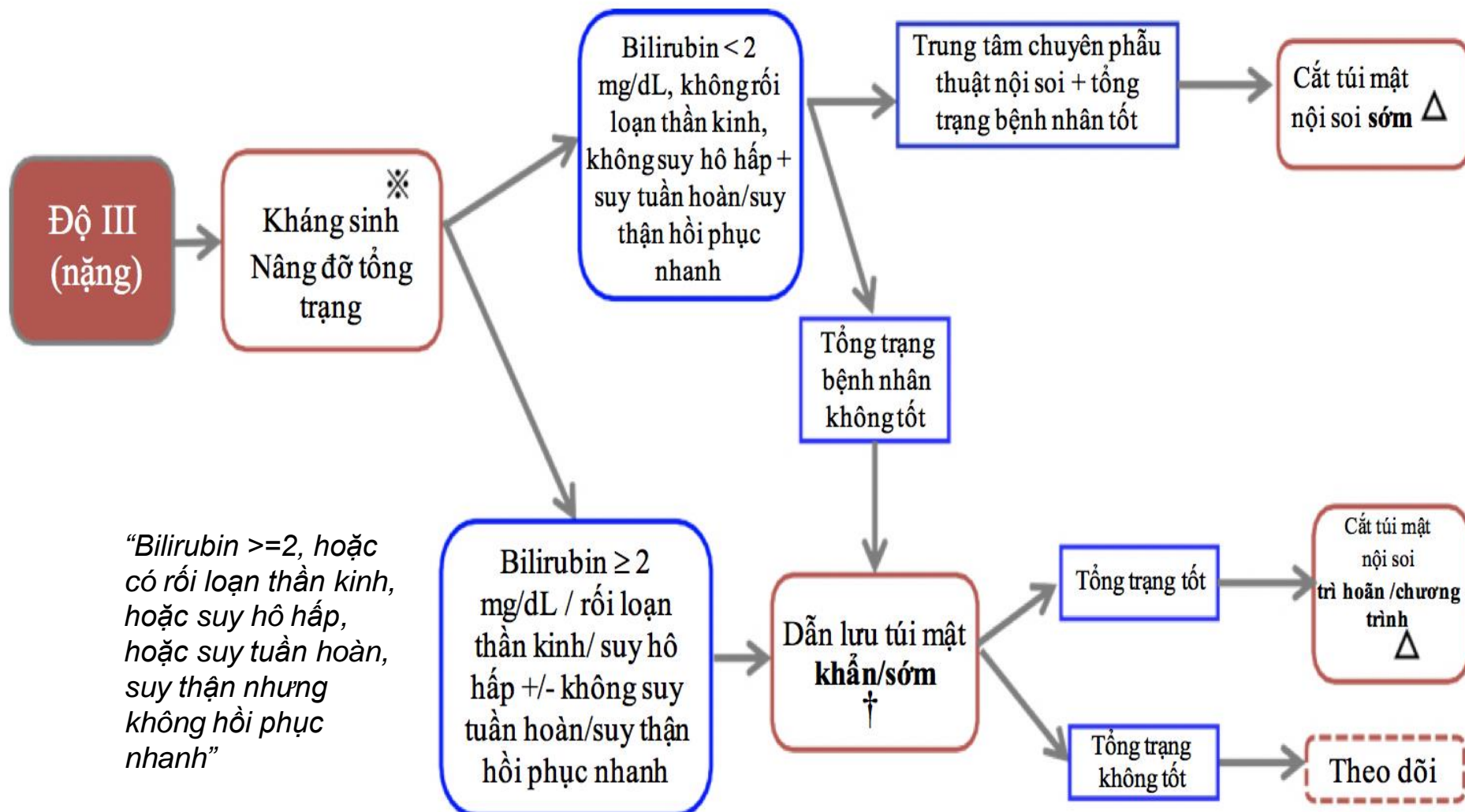
Nên đi BV sẽ thấy trường hợp: điều trị KS xong mổ luôn, hoặc thậm chí độ 1 vẫn mổ khẩn, mổ sớm. Tùy vào điều kiện BV.

Ví dụ:

Độ 1 => Cho BV chích KS, đợi mổ chương trình thì có thể đợi cả tuần lận.

=> Có thể mổ sớm, mổ cấp cứu cho người ta.

Nên hướng dẫn guideline là vậy, nhưng cũng tùy tình hình BV và tình hình nhu cầu của BN.



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

3/ LỰA CHỌN KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ

3.1 Khi chưa có kết quả kháng sinh đồ

	Viêm túi mật mắc phải từ cộng đồng			Viêm túi mật mắc phải trong bệnh viện ^a
	Độ I	Độ II	Độ III ^a	
Nhóm Penicillin	Ampicillin/sulbactam ^b không được khuyến cáo dùng nếu tỉ lệ kháng ở địa phương >20%	Piperacillin/tazobactam	Piperacillin/tazobactam	Piperacillin/tazobactam
Nhóm Cephalosporin	Cefazolin ^c , hoặc cefotiam ^c , hoặc cefuroxime ^c , hoặc ceftriaxone, hoặc cefotaxime ± metronidazole ^d Cefmetazole ^c , Cefoxitin ^c , Flomoxef ^c , Cefoperazone/sulbactam Basultam	Ceftriaxone, hoặc Cefotaxime, hoặc Cefepime, hoặc Cefozopran, hoặc Ceftazidime ± Metronidazole ^d Cefoperazone/sulbactam	Cefepime, hoặc Ceftazidime, hoặc Cefozopran ± Metronidazole ^d	Cefepime, hoặc Ceftazidime, hoặc Cefozopran ± Metronidazole ^d
Nhóm Carbapenem	Ertapenem	Ertapenem	Imipenem/cilastatin, Meropenem, Doripenem, Ertapenem	Imipenem/cilastatin, Meropenem, Doripenem, Ertapenem
Nhóm Monobactam	-	-	Aztreonam ± Metronidazole ^d	Aztreonam ± metronidazole ^d
Nhóm Fluoroquinolone^e	Ciprofloxacin, hoặc Levofloxacin, hoặc Pazufloxacin ± metronidazole ^d Moxifloxacin	Ciprofloxacin, hoặc Levofloxacin, hoặc Pazufloxacin ± metronidazole ^d Moxifloxacin	-	-

“Khi không có KQ KS đồ:

- Độ 1: Có thể sử dụng Cephalosporin thế hệ 3, có thể phối hợp Metronidazole.*
- Độ 2: Có thể sử dụng KS như độ 1, hoặc nâng 1 mức nữa, sử dụng Ertapenem.*
- Độ 3: Sử dụng KS mạnh ngay từ đầu, nhóm Carbapenem (Imipenem, Meropenem...)*

Tùy thuộc vào tình hình kháng kháng sinh ở địa phương.”

Ghi chú:

“Ghi chú này của Thầy, không phải của Sùi :v”

- ^a Vancomycin được khuyến cáo để điều trị *Enterococcus* spp. đối với viêm túi mật cấp độ III mắc phải từ cộng đồng. Linezolid hoặc daptomycin được sử dụng nếu kết quả cấy ra *Enterococcus* kháng vancomycin (VRE), nếu trước đó đã điều trị vancomycin, và/hoặc nếu *Enterococcus* kháng vancomycin (VRE) phổ biến trong cộng đồng.
- ^b Ampicillin/sulbactam ít có tác dụng đối với *Escherichia coli*, nó không còn được sử dụng trong phác đồ điều trị ở Bắc Mỹ.
- ^c Nghiên cứu nhạy cảm kháng sinh của từng địa phương nên được sử dụng.
- ^d Nếu bệnh nhân có nổi mật ruột, cần phối hợp kháng sinh để điều trị vi khuẩn kỵ khí như metronidazole, tinidazole, hoặc clindamycin. Các kháng sinh như carbapenems, piperacillin/tazobactam, ampicillin/sulbactam, cefmetazole, cefoxitin, flomoxef, và cefoperazone/sulbactam cũng có tác dụng chống vi khuẩn kỵ khí.
- ^e Fluoroquinolone được khuyến cáo sử dụng nếu bệnh nhân dị ứng với nhóm β -lactam và có bằng chứng nhạy với vi khuẩn trên kháng sinh đồ vì nhiều vi khuẩn Gram âm tiết ESBL cũng đề kháng với fluoroquinolone.

3.2 Khi 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.

“Cân nhắc đổi KS theo KS đồ hay không, không phải nhất thiết dựa vào KS đồ 100%, mà còn phải dựa vào đáp ứng của BN với KS ban đầu.

Ví dụ: BN điều trị với 1 loại KS mà LS hết sốt, bạch cầu giảm, CRP giảm => đôi khi vẫn giữ kháng sinh đó.

*KSĐ có thể có sai lệch nhất định, thậm chí dương tính giả.
Nên không phải KSĐ ra là ồ, đổi liên đổi liên =))”*

4/ 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.	

“Một số trường hợp đặc biệt, kéo dài thời gian kháng sinh:

Ví dụ 1 BN viêm túi mật cấp, độ II. Nhưng độ II là 1 trong 4 tiêu chuẩn: ví dụ BC trên 18.000, siêu âm – CT không hoại tử gì hết.

⇒ Dự là ngưng KS trong 24h đầu sau mổ CTMNS.

⇒ Tuy nhiên, khi mổ ra, phát hiện có hoại tử túi mật, có thủng,... thì phải kéo dài KS 4-7 ngày.

⇒ Tức là độ II theo cái gì mới được, BC trên 18 ngàn, hay độ II do viêm túi mật hoại tử,... Đối với độ II do viêm túi mật hoại tử, viêm túi mật hoại thư sinh hơi thì phải kéo dài kháng sinh 4-7 ngày.

Nhắc lại Độ II:

Khi có 1 trong 4 tiêu chuẩn sau:

- 1. Bạch cầu > 18.000/mm³.*
- 2. Sờ thấy khối, đau, đề kháng ở ¼ bụng trên phải.*
- 3. Thời gian triệu chứng kéo dài > 72 giờ.*
- 4. Dấu hiệu viêm khu trú rõ (viêm túi mật hoại tử, áp xe quanh túi mật, áp xe gan, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật hoại thư sinh hơi).*

=> Phải coi thật kỹ!”

KẾT LUẬN

- Sỏi túi mật là bệnh lý khá phổ biến.
- Với sự tiến bộ của các phương tiện cận lâm sàng, 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 cũng như nội soi can thiệp 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.

“Tóm lại, để chẩn đoán sỏi, có thể:

- *Tình cờ phát hiện*
- *Có triệu chứng: cơn đau quặn mật*
- *Có biến chứng: 6 biến chứng (Viêm túi mật cấp/mạn, viêm tụy cấp, hội chứng Mirizzi, rò túi mật ruột, tắc ruột do sỏi mật)*

Để chẩn đoán xác định:

1. *Sỏi hay không: Dựa vào hình ảnh học: Siêu âm nhạy hơn so với CT*
2. *Chẩn đoán biến chứng: Viêm túi mật cấp – mạn*

Tiêu chuẩn

- *Viêm túi mật cấp: Tokyo guideline*
- *Viêm túi mật mạn: dựa trên LS, hình ảnh học, kết quả trong mổ, GPB*

3. *Điều trị:*

- *Sỏi: 3 phương pháp (PTNS CTM; đặt dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da, sau đó lấy sỏi qua da; còn thuốc tan sỏi quên đi cũng được)*
- *Biến chứng của sỏi:*
 1. *Viêm túi mật cấp: Tokyo guideline: độ 1-2-3*
 2. *Viêm túi mật mạn: Phẫu thuật khi BN có khả năng chịu đựng được; nếu không chịu được thì dẫn lưu túi mật và lấy sỏi”*

“Cuối cùng cũng xong =))

Cố lên mọi người ơi :v Không tin là đã vào Y6 luôn á :v

Sub có 40p mà mất hết 2 tiếng rưỡi :v Fineeeee.”

“Slide này chỉ để than vãn và in dấu ấn ngàn đời của Sùi Sùi =)) Hahaha”

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2012). *Sỏi đường mật*.
2. Gomi H., Solomkin J. S., Schlossberg D., Okamoto K., Takada T., et al. (2018), "Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis". J Hepatobiliary Pancreat Sci, 25 (1), pp. 3-16.
3. Nezam H Afdhal MD, FRCPI Charles M Vollmer Jr, MD, (2020), "Complications of laparoscopic cholecystectomy". Up to date.
4. Okamoto K., Suzuki K., Takada T., Strasberg S. M., Asbun H. J., et al. (2018), "Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis". J Hepatobiliary Pancreat Sci, 25 (1), pp. 55-72.
5. Yokoe M., Hata J., Takada T., Strasberg S. M., Asbun H. J., et al. (2018), "Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos)". J Hepatobiliary Pancreat Sci, 25 (1), pp. 41-54.

Thank
you



Team Đi Trễ

Y15B – TỔ 9