

SỎI TÚI MẬT VÀ BIẾN CHỨNG

1-Đại cương

Sỏi túi mật là bệnh lý phổ biến, đặc biệt ở các nước Âu-Mỹ.

Sỏi thường xuất hiện ở độ tuổi trung niên và có tần suất tăng dần theo tuổi. Tỷ lệ sỏi túi mật ở nữ giới gấp đôi so với nam giới, nhưng tuổi càng lớn tỷ lệ này càng giảm.

Sỏi túi mật là kết quả của tình trạng “quá bão hoà” của một trong ba thành phần sau của dịch mật: cholesterol, sắc tố mật, muối can-xi trong dịch mật. Nguyên nhân của tình trạng quá bão hoà này hiện nay vẫn chưa được hiểu tường tận, nhưng có điều chắc chắn rằng sự hình thành sỏi túi mật có liên quan đến sự ứ đọng dịch mật và sự hiện diện của vi trùng trong dịch mật.

10% BN bị sỏi túi mật có sỏi đường mật phối hợp.

Về thành phần, sỏi túi mật được phân thành ba loại: sỏi cholesterol, sỏi sắc tố mật và sỏi hỗn hợp. Sỏi sắc tố mật có thể là sỏi đen hay nâu. Sỏi sắc tố đen là hậu quả của tình trạng tán huyết mãn và chỉ hiện diện ở túi mật. Sỏi sắc tố nâu có liên quan đến nhiễm trùng dịch mật và thường hiện diện trong cả túi mật và đường mật. Ở các nước Âu-Mỹ, phần lớn sỏi túi mật là sỏi cholesterol (70-80%), tuy nhiên sỏi cholesterol đơn thuần chỉ chiếm 10%. Ở Việt nam, tỷ lệ sỏi cholesterol, sỏi sắc tố (nâu) và sỏi hỗn hợp là tương đương nhau.

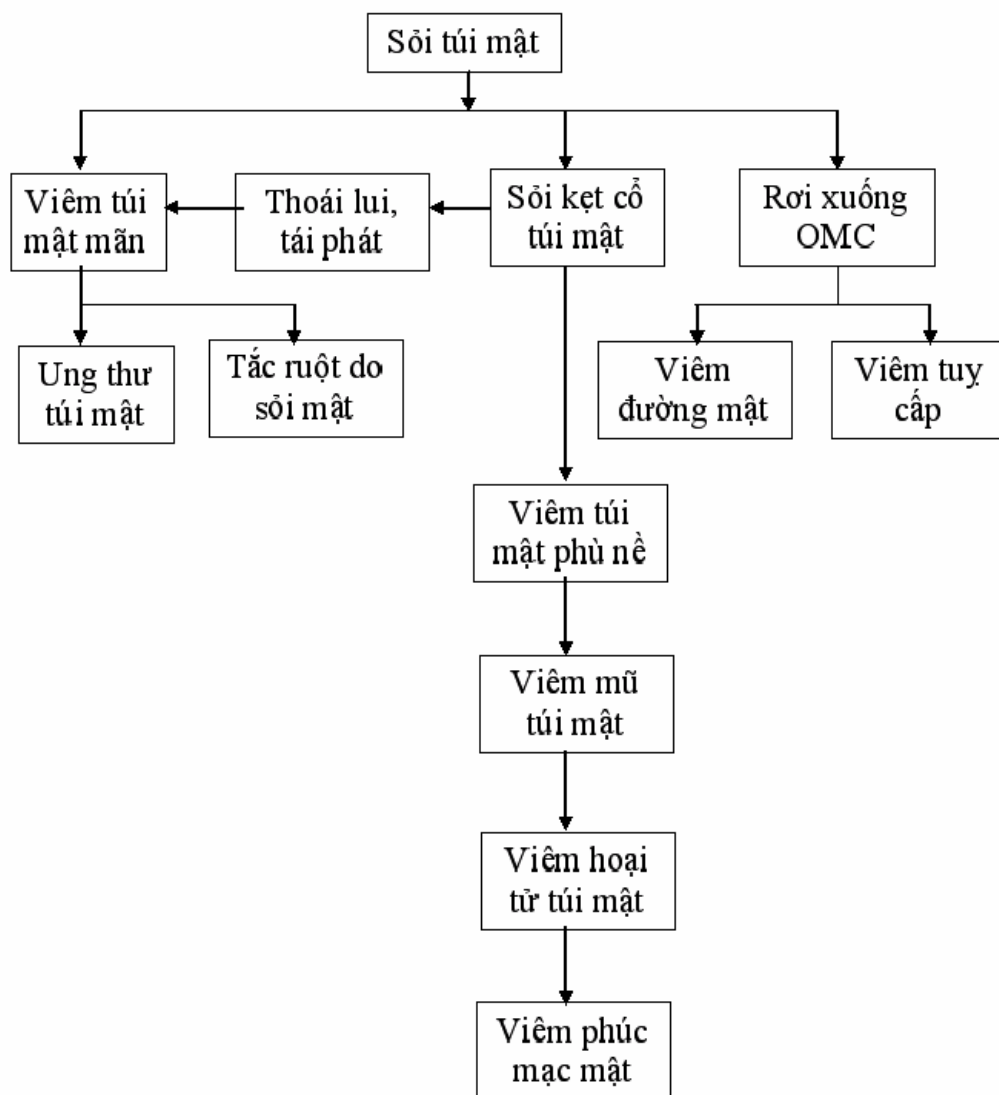
Các yếu tố nguy cơ và điều kiện thuận lợi cho sự hình thành sỏi túi mật:

- Nữ giới
- Thai kỳ, sử dụng thuốc ngừa thai
- Tán huyết, bệnh lý gan (sỏi sắc tố đen)
- Tuổi tác càng lớn tỷ lệ sỏi túi mật càng cao
- Dịch mật bị ứ đọng/cô đặc (nhịn đói hay nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch kéo dài)
- Cắt đoạn hồi tràng

Diễn tiến (hình 1):

- Sỏi túi mật có thể “chung sống hoà bình” trong một thời gian. Phần lớn BN sỏi túi mật không có triệu chứng. Nguy cơ xuất hiện triệu chứng sẽ tăng 1-2% mỗi năm (10% sau 10 năm, 20% sau 20 năm).
- Sỏi kẹt ở cổ hay ống túi mật, gây ra các cơn đau quặn mật. Rớt xuống ống mật chủ (gây viêm đường mật), kẹt ở Oddi (gây viêm tụy cấp)
- Dò vào đường tiêu hoá, gây tắc ruột do sỏi mật. Vị trí dò thường gặp nhất là tá tràng. Sỏi túi mật làm cho túi mật viêm mãn và dính vào tá tràng. Lâu ngày sỏi bào mòn thành túi mật và tá tràng, gây dò túi mật-tá tràng. Sỏi theo đường dò rớt vào lòng tá tràng, theo nhu động ruột di chuyển xuống dưới và mắc kẹt ở đoạn cuối hồi tràng, nơi mà ruột non có khẩu kính nhỏ nhất.

Biến chứng:



Hình 1- Diễn tiến của sỏi túi mật

- Viêm túi mật mãn: túi mật co nhỏ, xơ hoá, lắng đọng can-xi và có sự thâm nhập các bạch cầu đơn nhân. Hầu hết các túi mật bị lắng đọng can-xi toàn bộ (túi mật sứ) bị ung thư phối hợp.
- Viêm túi mật cấp là biến chứng nặng của sỏi túi mật. BN bị viêm túi mật cấp có tỉ lệ tử vong 4-5%. Túi mật cấp trải qua ba giai đoạn: phù nề, nung mủ và hoại tử. Túi mật viêm phù nề có thể đáp ứng với điều trị nội khoa. Túi mật viêm mủ thường không đáp ứng. Khi túi mật đã hoại tử, chỉ có một cách điều trị duy nhất là phẫu thuật cắt bỏ túi mật, nếu không, túi mật sẽ thủng, dẫn đến viêm phúc mạc mật và tử vong. Tỉ lệ túi mật viêm cấp bị hoại tử/thủng là 10-15%. Trong thể viêm túi mật hoại thư sinh hơi, tỉ lệ tử vong có thể lên đến 15%. Nguy cơ viêm mủ, viêm hoại tử và thủng túi mật sẽ tăng cao ở các đối tượng sau: BN tiểu đường, nam giới và viêm túi mật không do sỏi.
- Viêm tụy cấp do sỏi mật: sỏi túi mật gây viêm tụy cấp thường là sỏi nhỏ. BN bị sỏi túi mật sẽ có nguy cơ bị viêm tụy cấp nếu túi mật có sỏi nhỏ, ống túi mật lớn. Nếu túi mật mất chức năng, nguy cơ viêm tụy cấp sẽ giảm.
- Tắc ruột do sỏi mật

10% các trường hợp viêm túi mật cấp là không do sỏi. Viêm túi mật cấp không do sỏi thường xảy ra ở những BN bị ứ đọng mật kéo dài (BN mắc các bệnh lý nội khoa, nhiễm trùng, chấn thương hay phẫu thuật nặng; BN nằm liệt giường; BN nhịn đói hay được nuôi ăn qua đường tĩnh mạch kéo dài). Các nguyên nhân khác của viêm túi mật cấp không do sỏi bao gồm: biến chứng tim mạch (nhồi máu cơ tim), nhiễm salmonella, bệnh hồng cầu liềm, tiểu đường, nhiễm cytomegalovirus ở BN bị AIDS... Viêm túi mật cấp không do sỏi có tiên lượng nặng hơn nhiều so với viêm túi mật cấp do sỏi (tỉ lệ tử vong 10-50%).

BN bị sỏi túi mật có thể nhập viện với một trong các bệnh cảnh lâm sàng sau:

- Sỏi túi mật không triệu chứng
- Sỏi túi mật có triệu chứng (con đau quặn mật)
- Viêm túi mật cấp và các biến chứng
- Viêm túi mật mãn
- Viêm tụy cấp

Rối loạn vận động đường mật được xem như là nguyên nhân của các cơn đau quặn mật ở BN không có sỏi mật.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán cơn đau quặn mật:

2.1.1-Chẩn đoán xác định:

Cơn đau quặn mật là triệu chứng thường gặp nhất ở BN có sỏi túi mật. Một cơn đau quặn mật điển hình có các tính chất sau đây:

- Khởi phát ở vùng thượng vị hay dưới sườn phải
- Lan ra vùng xương bả vai bên phải
- Xuất hiện đột ngột. 50% các cơn đau xuất hiện vài giờ sau bữa ăn, đặc biệt bữa ăn có nhiều mỡ
- Liên tục
- Có thể kèm buồn nôn hay nôn ói

Đỉnh đau cao nhất trong vòng 30-60 phút. Cơn đau sau đó thường dịu đi và kéo dài 1-5 giờ.

80% các cơn đau quặn mật sẽ tự thuyên giảm. 10-20% BN có cơn đau quặn mật dữ dội và phải nhập viện. Trong số này, 65-70% sẽ thuyên giảm với điều trị nội khoa, còn lại 25-30% cần được phẫu thuật cấp cứu vì không đáp ứng với điều trị nội khoa hay vì các biến chứng của viêm túi mật cấp như viêm mũ, viêm hoại tử, thủng túi mật.

Khi thăm khám ngoài cơn đau thường không phát hiện điều gì bất thường. Nếu thăm khám trong cơn đau, dấu hiệu thường gặp nhất là ấn đau vùng dưới sườn bên phải. Điều cần chú ý là nếu BN có sốt, bệnh lý đã chuyển sang giai đoạn viêm túi mật cấp.

Kết quả xét nghiệm cho thấy không có dấu hiệu bất thường.

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán được chỉ định trước tiên khi nghi ngờ BN có các cơn đau quặn mật. Siêu âm có độ chính xác gần 100% trong chẩn đoán sỏi túi mật. Trên siêu âm, ngoài cơn đau, sỏi túi mật thể hiện bằng hình ảnh của các cấu trúc phản âm mạnh và di chuyển theo tư thế. Trong cơn đau, ngoài dấu hiệu của sỏi túi mật nằm cố định ở vùng

cổ túi mật, siêu âm còn cho dấu hiệu túi mật căng nhưng thành còn mỏng và không có dịch quanh túi mật.

X-quang bụng: có thể phát hiện sỏi túi mật cản quang trong 10-15% các trường hợp.

Giá trị chẩn đoán của CT thấp hơn siêu âm đối với sỏi túi mật. CT có thể bỏ sót sỏi túi mật nhỏ, sỏi “cát”.

2.1.2-Chẩn đoán phân biệt:

Tùy thuộc vào BN nhập viện trong hay ngoài cơn đau, cơn đau quặn mật cần được chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý sau:

- Cơn đau thắt ngực
- Viêm màng ngoài tim cấp/mãn tính
- Viêm thực quản
- Viêm loét dạ dày-tá tràng
- Thoát vị khe hoành
- Xoắn dạ dày
- Viêm tụy cấp
- Nhồi máu mạc treo
- Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng
- Viêm đại tràng
- Phình động mạch chủ bụng
- Chèn ép rễ thần kinh tuỷ sống

2.1.3-Thái độ chẩn đoán:

Khi một BN nhập viện vì cơn đau có tính chất tương tự như cơn đau quặn mật, siêu âm là phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng đầu tiên được chỉ định. Siêu âm có thể xác định được cơn đau quặn mật là do bế tắc ở túi mật hay đường mật. Trong trường hợp siêu âm cho kết quả không rõ ràng, tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng, X-quang ngực thẳng đứng (tìm liềm hơi), X-quang bụng (tìm dấu tắc ruột), ECG, các xét nghiệm amylase, bilirubin, men gan... có thể được chỉ định.

Để khẳng định cơn đau quặn mật đơn thuần do sỏi kẹt cổ túi mật (chưa đến giai đoạn viêm túi mật cấp) cần phải hội đủ các tiêu chuẩn sau đây:

- Cơn đau chưa kéo dài quá 6 giờ
- Không sốt, số lượng bạch cầu không tăng
- Siêu âm: túi mật căng, có sỏi cố định ở vùng cổ túi mật nhưng thành túi mật còn mỏng (< 4mm), không có dịch quanh túi mật.

2.2-Chẩn đoán viêm túi mật cấp:

2.2.1-Chẩn đoán xác định:

Ở BN có cơn đau quặn mật kéo dài quá 6 giờ hay có sốt, chẩn đoán viêm túi mật cấp nên được nghĩ đến.

Viêm túi mật cấp có thể xảy ra trên một BN không có sỏi túi mật.

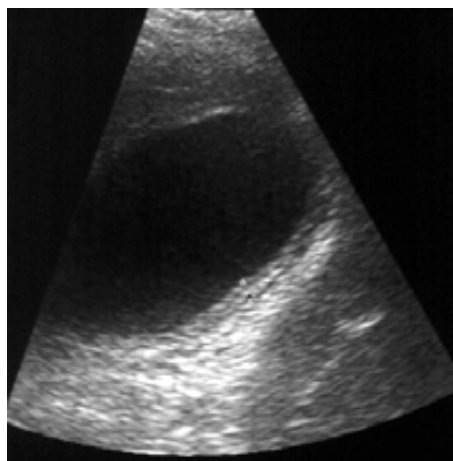
Các dấu hiệu lâm sàng của viêm túi mật cấp:

- Sốt
- Vàng da là dấu hiệu không điển hình của viêm túi mật. Khoảng 15% BN viêm túi mật cấp có biểu hiện vàng da. Da BN thường vàng nhẹ (bilirubin dưới 4 mg%). Nguyên nhân của vàng da có thể là:
 - Viêm túi mật kết hợp sỏi đường mật
 - Viêm gan phổi hợp viêm túi mật
 - Hội chứng Mirrizzi
 - Viêm hoại tử túi mật, viêm phúc mạc mật
- Bụng ấn đau, gồng cơ ¼ trên bụng phải
- Dấu hiệu Murphy có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp
- 30-40% các trường hợp sờ được khối túi mật căng to

Xét nghiệm: số lượng bạch cầu tăng (12.000-14.000), tỉ lệ neutrophil tăng.

Túi mật viêm cấp có thể dẫn đến các biến chứng viêm mũ túi mật, hoại tử túi mật và viêm phúc mạc mật. Các biến chứng có thể xảy ra ở BN có cơn đau kéo dài hơn 24 giờ. BN bị viêm túi mật cấp có biến chứng sẽ có hội chứng nhiễm trùng nặng hơn (sốt cao, số lượng bạch cầu tăng cao), khám bụng có biểu hiện của viêm phúc mạc khu trú hay toàn diện.

Siêu âm có độ nhạy 85% và độ đặc hiệu 95% trong chẩn đoán viêm túi mật cấp (hình 2). Dấu hiệu của viêm túi mật cấp trên siêu âm: túi mật căng to, thành dày từ 4 mm trở lên (bình thường 2 mm), có dịch quanh túi mật, dấu Murphy siêu âm dương tính. Nếu túi mật bị viêm mũ: dịch trong túi mật có phản âm dày hơn bình thường, có hơi trong lòng túi mật. Khi túi mật bị hoại tử: thành túi mật dày nhưng phản âm không đều, có lớp phản âm kém trong thành túi mật, có hơi trong thành túi mật. Trong trường hợp túi mật bị thủng, siêu âm cho thấy có tụ dịch dưới gan, dưới hoành hay có dịch tự do trong xoang bụng.



Hình 2- Hình ảnh viêm túi mật cấp trên siêu âm và CT

Xạ hình gan mật với một đồng phân của iminodiacetic acid được đánh dấu bằng Technetium Tc 99m (^{99}Tc -HIDA) là phương tiện chẩn đoán ít được chỉ định, mặc dù có giá trị chẩn đoán cao (độ nhạy và độ đặc hiệu 95%). Túi mật không hiện hình sau 1 giờ

tiêm thuốc là dấu hiệu đặc hiệu của viêm túi mật cấp. Hiện nay ^{99}Tc -HIDA được chỉ định để chẩn đoán bệnh lý rối loạn vận động đường mật hay viêm túi mật không do sỏi.

CT, MRI: giá trị chẩn đoán của CT không cao hơn siêu âm đối với viêm túi mật cấp nhưng cao hơn đối với các biến chứng của viêm túi mật (hình 2). CT cũng được chỉ định khi cần loại trừ một bệnh lý khác có bệnh cảnh tương tự viêm túi mật cấp.

ERCP có thể được chỉ định khi nghi ngờ BN có sỏi đường mật phối hợp.

2.2.2-Chẩn đoán phân biệt:

Viêm túi mật cấp có thể được chẩn đoán phân biệt với:

- Viêm đường mật cấp: BN có biểu hiện vàng da. Siêu âm cho thấy có dẫn đường mật và có sỏi đường mật.
- Thủng tạng rỗng: đau bụng đột ngột dữ dội. X-quang cho thấy có hơi tự do trong xoang bụng.
- Viêm tụy cấp: amylase huyết tương tăng cao
- Áp-xe gan: bệnh sử thường kéo dài hơn. Gan to đau.
- Viêm gan: đau âm ỉ, chán ăn. Mắt vàng nhẹ. AST, ALT tăng cao
- Viêm ruột thừa cấp (vị trí cao), viêm phúc mạc ruột thừa
- Nhồi máu mạc treo ruột...

2.2.3-Thái độ chẩn đoán:

	<i>Sỏi kẹt cổ TM</i>	<i>Viêm túi mật (phù nề)</i>	<i>Viêm túi mật (mủ)</i>	<i>Viêm túi mật (hoại tử)</i>	<i>Viêm phúc mạc mật</i>
<i>Đau</i>	<i>< 6 giờ</i>	<i>> 6 giờ</i>	<i>> 12 giờ</i>	<i>> 24 giờ</i>	<i>> 24 giờ</i>
<i>Sốt</i>	<i>(-)</i>	<i>Nhẹ→TB</i>	<i>Cao</i>	<i>Cao</i>	<i>Cao</i>
<i>Bạch cầu</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Tăng</i>	<i>Tăng cao</i>	<i>Tăng cao</i>	<i>Tăng cao</i>
<i>Vàng mắt</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(±)</i>	<i>(±)</i>
<i>Đề kháng thành bụng</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(±)</i>	<i>Khu trú</i>	<i>Toàn diện</i>
<i>Siêu âm:</i>					
<i>Túi mật căng</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>	<i>(±)</i>
<i>Thành túi mật</i>	<i>Mỏng</i>	<i>Dày, phản âm đều</i>	<i>Dày, phản âm đều</i>	<i>Dày, phản âm không đều, có hơi trong thành, có lớp dịch trong thành</i>	
<i>Dịch quanh túi mật</i>	<i>(-)</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>	<i>(+)</i>
<i>Dịch xoang bụng</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(-)</i>	<i>(+)</i>

Bảng 1- Chẩn đoán phân biệt các thể giải phẫu bệnh của viêm túi mật cấp dựa vào triệu chứng lâm sàng và các dấu hiệu trên siêu âm

Chẩn đoán xác định viêm túi mật cấp chủ yếu dựa vào siêu âm. Siêu âm là phương tiện chẩn đoán được chỉ định trước tiên đối với một BN lớn tuổi, đặc biệt là BN nữ, nhập viện vì đau bụng cấp vùng $\frac{1}{4}$ trên phải bụng.

Sự kết hợp giữa siêu âm và thăm khám lâm sàng giúp chẩn đoán các thể lâm sàng của viêm túi mật cấp.

Vai trò của siêu âm:

- Chẩn đoán viêm túi mật cấp

- Chẩn đoán thể giải phẫu bệnh của viêm túi mật (bảng 1), để từ đó người thầy thuốc có thái độ điều trị thích hợp
- Chẩn đoán các bệnh lý khác có triệu chứng lâm sàng tương tự như viêm túi mật cấp (áp-xe gan, viêm đường mật, viêm tụy...)

Sau khi đã chẩn đoán, các xét nghiệm sau cần được chỉ định:

- Công thức máu toàn bộ
- Thời gian chảy máu, PT, aPTT
- Đường huyết
- Urê, creatinin huyết tương
- Bilirubin, AST/ALT
- Amylase
- ECG
- X-quang ngực thẳng

3-Điều trị:

3.1-Điều trị sỏi túi mật không triệu chứng:

Các phương pháp sau đây có thể được cân nhắc đến:

- Theo dõi, không cần bất cứ điều trị gì
- Khuyến BN tránh chế độ ăn nhiều mỡ, năng vận động, giảm cân
- Uống thuốc làm tan sỏi (ursodeoxycholate) có tác dụng đối với sỏi nhỏ nhưng thời gian điều trị kéo dài và có tỉ lệ tái phát cao (50-60%).
- Tán sỏi ngoài cơ thể: hiện nay không còn được chỉ định cho sỏi túi mật, do có tỉ lệ tái phát cao, và có nguy cơ gây nghẽn đường mật và gây viêm tụy.
- Phẫu thuật cắt túi mật được chỉ định trong một số ít trường hợp:
 - Trẻ em
 - BN tiểu đường
 - Đang sử dụng corticoid, các thuốc giảm đau, các bệnh lý thần kinh làm giảm cảm giác đau thành bụng
 - Túi mật có nhiều sỏi nhỏ hay có sỏi lớn hơn 2cm
 - Có sỏi đường mật kết hợp

3.2-Điều trị sỏi túi mật có triệu chứng:

3.2.1-Điều trị nội khoa cơn đau quặn mật:

BN phải nhập viện vì cơn đau quặn mật thường có mức độ đau đáng kể và cần phải có biện pháp điều trị thích hợp.

Giảm đau là biện pháp điều trị chính đối với BN nhập viện vì cơn đau quặn mật. Các loại thuốc giảm đau sau đây có thể được chỉ định:

- Thuốc giảm đau thuộc nhóm kháng viêm non-steroid (NSAID): ngoài tác dụng giảm đau, NSAID có thể làm chậm lại quá trình viêm túi mật cấp.

- Thuốc giảm đau gây nghiện: meperidine, hydromorphone. Không có chỉ định sử dụng morphine ở BN có cơn đau quặn mật.
- Các loại thuốc chống co thắt: ít có tác dụng

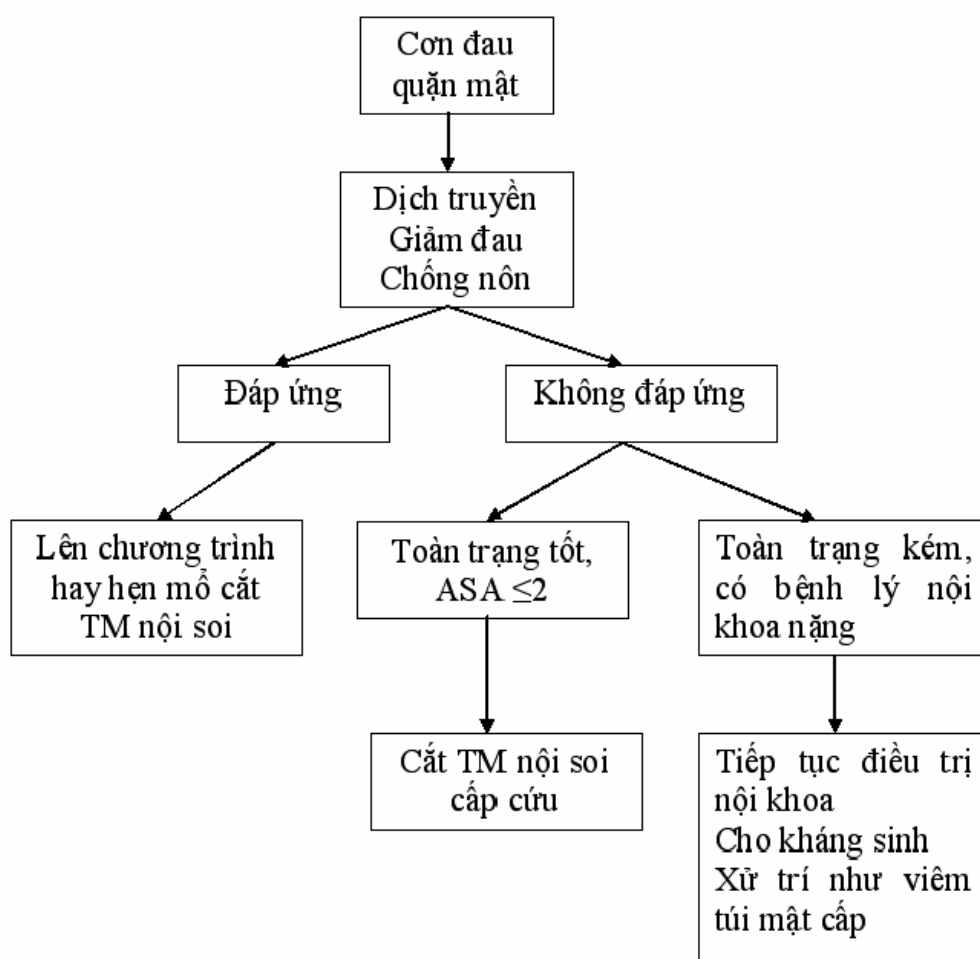
Chống nôn với metoclopramide, prochlorperazine, ondansetron.

Dịch truyền: được chỉ định cho các BN nôn ói.

Khi BN hết đau, thái độ xử trí có hai lựa chọn:

- Cho BN nhập viện, lên chương trình cắt túi mật nội soi
- Cho BN xuất viện, hẹn nhập viện cắt túi mật nội soi sau 4 tuần

Nếu BN không giảm đau: cắt túi mật nội soi cấp cứu (hình 3).



Hình 3- Phác đồ xử trí cơn đau quặn mật do sỏi kẹt cổ túi mật

3.2.2-Cắt túi mật nội soi:

Cắt túi mật nội soi là phương pháp điều trị được chọn lựa cho BN sỏi túi mật có triệu chứng

Trước khi có chỉ định phẫu thuật, phải loại trừ khả năng các cơn đau của BN là triệu chứng của một bệnh lý khác sỏi túi mật. Cần khai thác kỹ các triệu chứng cơ năng. Có thể chỉ định nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng hay nội soi đại tràng, xét nghiệm bilirubin, men gan, phosphatase kiềm huyết tương, ERCP, MRCP...

Chống chỉ định phẫu thuật nội soi:

- BN có nguy cơ cao khi gây mê toàn thân (ASA $\geq$ 4)
- BN có rối loạn đông máu
- Túi mật đã thủng, gây áp-xe quanh túi mật, dò mật hay viêm phúc mạc mật
- Sỏi túi mật quá to
- Chống chỉ định tương đối: thành bụng có vết mổ cũ

Trước khi phẫu thuật cần phải tham vấn cho BN về khả năng có thể phải chuyển sang mổ mở, đặt ống dẫn lưu...

Thăm khám kỹ BN để tiên lượng những tình huống có liên quan đến kỹ thuật cắt túi mật nội soi có thể xảy ra (bảng 2)

<i>Vấn đề</i>	<i>Tình huống có thể gặp</i>
<i>BN béo phì</i>	<i>Khó khăn khi đặt trocar và khi thao tác trong xoang bụng</i>
<i>BN nhỏ, hay nhiều cơ</i>	<i>Phẫu trường chật</i>
<i>Tiền căn viêm túi mật cấp, viêm tụy cấp, phẫu thuật dạ dày-tá tràng</i>	<i>Đính nhiều quanh túi mật</i>
<i>Tiền căn phẫu thuật bụng</i>	<i>Dây dính trong xoang bụng, đặt trocar khó khăn</i>
<i>Siêu âm: túi mật có nhiều sỏi nhỏ</i>	<i>Có thể phải chụp hình đường mật trong mổ</i>
<i>Siêu âm: túi mật có sỏi to</i>	<i>Lấy túi mật ra ngoài khó khăn</i>

Bảng 2-Các yếu tố tiên lượng tình huống khó khăn trong phẫu thuật cắt túi mật nội soi

Các xét nghiệm tiền phẫu sau đây cần được thực hiện:

- Công thức máu toàn bộ
- Thời gian chảy máu, PT, aPTT
- Đường huyết
- Urê, creatinin huyết tương
- Bilirubin, AST/ALT
- ECG
- X-quang ngực thẳng

Kháng sinh dự phòng thường được chỉ định trước cuộc mổ.

Nội dung phẫu thuật cắt túi mật nội soi bao gồm các bước sau đây:

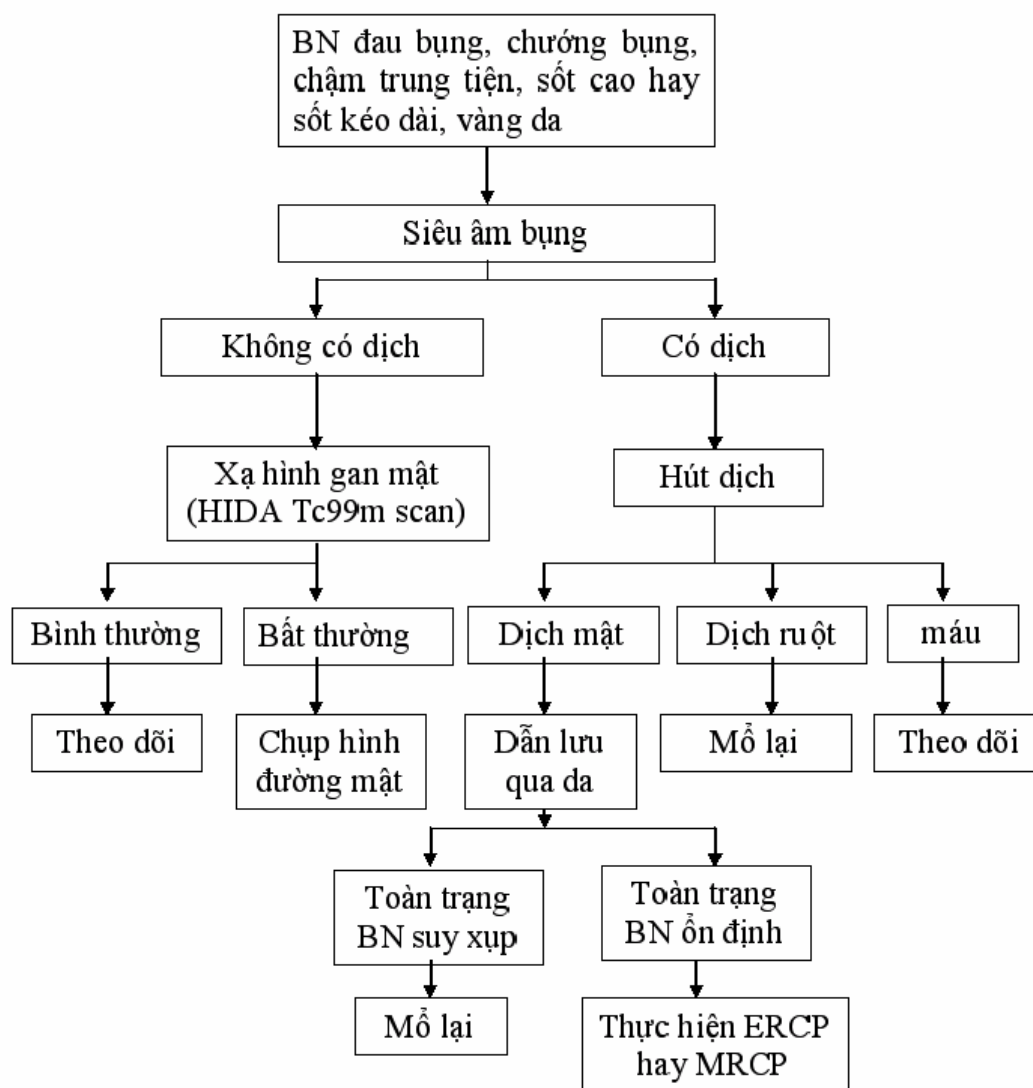
- Đặt các trocar và bơm hơi xoang bụng
- Trình bày tam giác Callot
- Lộ bỏ lá phúc mạc để quan sát rõ vùng nối giữa túi mật và ống túi mật
- Phẫu tích, tìm và kẹp cắt động mạch và ống túi mật
- Chụp đường mật trong mổ, siêu âm gan mật trong mổ
- Tách túi mật ra khỏi giường túi mật
- Lấy túi mật ra ngoài
- Đặt dẫn lưu dưới gan

Chăm sóc sau mổ:

- Cho thuốc giảm đau
- Nếu có đặt dẫn lưu, rút dẫn lưu trong vòng 24 giờ
- Khi BN có trung tiện, bắt đầu cho ăn uống
- Tiêu chuẩn xuất viện:
 - Hết đau
 - Ăn uống, trung tiện bình thường
 - Không sốt
 - Bụng xẹp

Biến chứng phẫu thuật:

- Chảy máu: máu có thể chảy từ vị trí đặt trocar, giường túi mật hay từ một nhánh động mạch túi mật.
- Tụ dịch trong xoang bụng
- Tổn thương đường mật, tổn thương tạng rỗng.



Hình 4- Thái độ chẩn đoán và xử trí các biến chứng sau mổ cắt túi mật nội soi

Các triệu chứng gợi ý (hình 4) có thể đã xảy ra biến chứng sau mổ cắt túi mật nội soi

- Đau bụng, không giảm sau mổ hay tăng thêm
- Chướng bụng
- Chậm trung tiện
- Sốt cao hay kéo dài
- Vàng da

Kết quả:

- 5% phải chuyển sang mổ hở
- 90% hết triệu chứng
- Tử vong 0,1-0,5%

3.3-Điều trị sỏi túi mật kết hợp sỏi đường mật:

Có thể chọn lựa một trong các phương pháp sau:

- ERCP lấy sỏi sau đó cắt túi mật qua nội soi
- Cắt túi mật nội soi sau đó ERCP lấy sỏi
- Cắt túi mật và ERCP lấy sỏi (trong cùng một cuộc phẫu thuật)
- Sỏi lớn ống mật chủ: cắt túi mật và mở ống mật chủ lấy sỏi qua nội soi
- Sỏi nhỏ ống mật chủ: cắt túi mật và lấy sỏi ống mật chủ qua ống túi mật qua nội soi
- BN không thể chịu đựng cuộc phẫu thuật cắt túi mật nội soi: ERCP lấy sỏi đường mật
- Mở mở, cắt túi mật và mở ống mật chủ lấy sỏi

3.4-Điều trị viêm túi mật cấp:

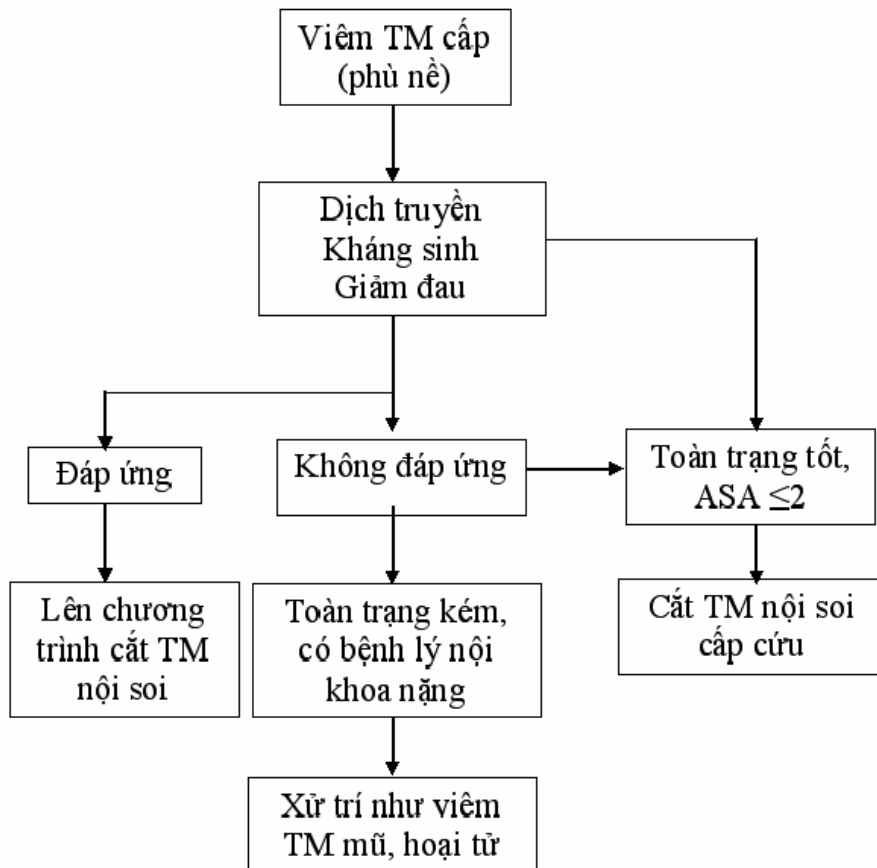
Trước khi triển khai các biện pháp điều trị cần phải xác định túi mật đang ở giai đoạn nào của quá trình viêm cấp. Túi mật viêm mũ hay hoại tử không đáp ứng với điều trị nội khoa và luôn có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

Sau khi đã xác định chẩn đoán, công việc điều trị cần được triển khai gấp và bao gồm:

- Bồi hoàn nước và điện giải
- Cho kháng sinh: ampicillin/sulbactam, piperacillin/tazobactam. Trong trường hợp nặng: cephalosporin thế hệ ba kết hợp với gentamycine và metronidazol (hay clindamycin).
- Cho thuốc giảm đau, hạ sốt

Viêm túi mật cấp (thể phù nề) (hình 5):

- Nếu BN toàn trạng tốt ($ASA \leq 2$), cắt túi mật nội soi cấp cứu sẽ rút ngắn thời gian nằm viện và viện phí. Tỷ lệ phải chuyển sang mổ hở tương đương cắt túi mật không viêm (5%).
- Cắt “nguội” túi mật nội soi: được thực hiện trong vòng 4 tuần.



Hình 5- Phác đồ xử trí viêm túi mật cấp (thể phù nề)

Viêm mũ hay viêm hoại tử túi mật (hình 6):

- Phẫu thuật cấp cứu cắt túi mật là phương pháp điều trị được lựa chọn.
- Có thể mổ nội soi nhưng mổ mở cắt túi mật cũng được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn. Nếu mổ nội soi, tỉ lệ phải chuyển sang mổ mở khá cao (có thể lên đến 30%). Các yếu tố làm cho mổ nội soi cắt túi mật khó khăn: dễ chảy máu, túi mật căng thành dày do đó khó được kẹp giữ, dính túi mật với các tạng lân cận, khó phẫu tích vùng tam giác Callot. Để bảo đảm an toàn cho BN, phẫu thuật viên không nên “cố” tiếp tục mổ nội soi. Việc mạnh dạn chuyển sang mổ mở khi mổ nội soi khó khăn không được xem là cuộc mổ nội soi thất bại mà là “một thái độ khôn ngoan của người thầy thuốc”.
- Nếu BN mắc các bệnh lý nội khoa nặng: chọc hút dẫn lưu túi mật hay mở túi mật ra da. Không có chỉ định chọc hút hay mở túi mật ra da khi đã chẩn đoán viêm hoại tử túi mật. Trong trường hợp này, có thể cắt bán phần túi mật (cắt bỏ phần hoại tử) để kết thúc nhanh cuộc mổ.

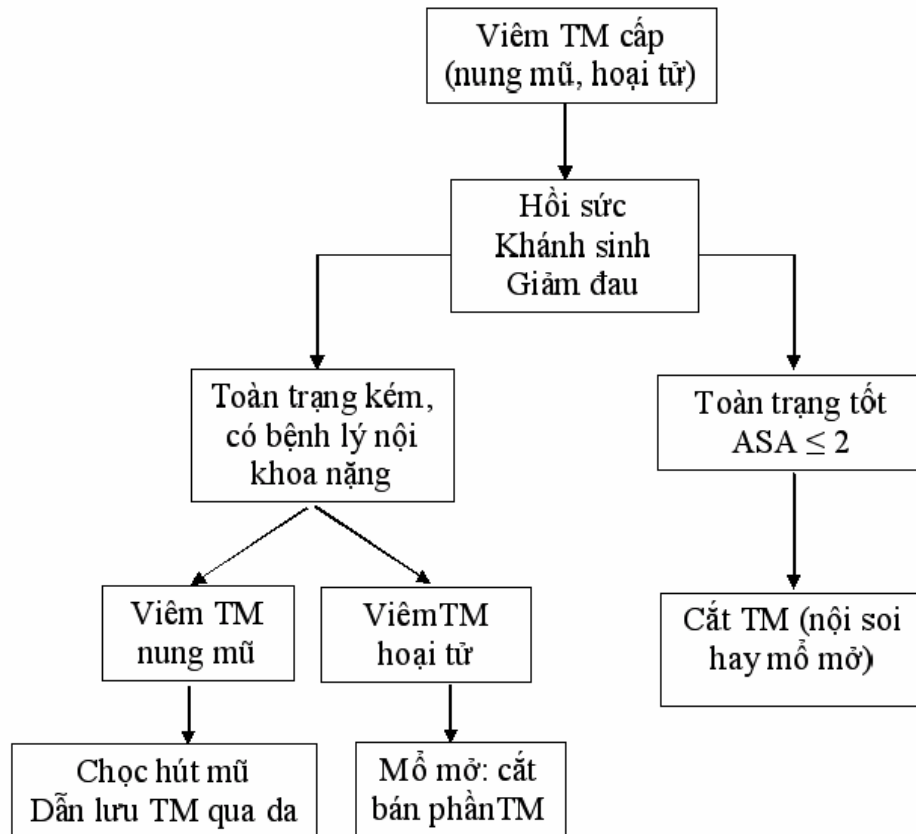
Thủng túi mật gây áp-xe khu trú (quanh túi mật, dưới hoành) hay viêm phúc mạc mật: bắt buộc phải mổ mở cắt túi mật kèm rửa bụng và dẫn lưu xoang bụng.

3.5-Điều trị viêm tụy cấp do sỏi mật:

(xem bài viêm tụy cấp)

3.6-Điều trị rối loạn vận động đường mật:

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

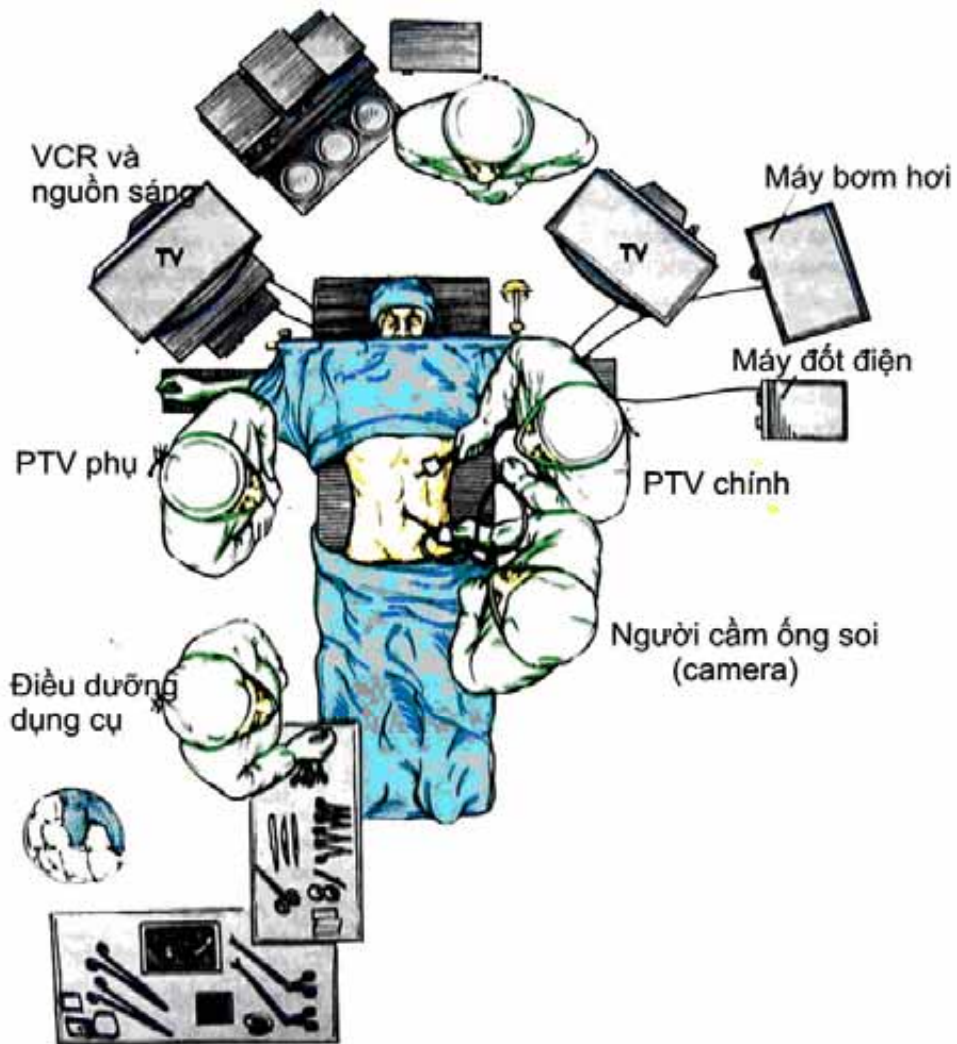


Hình 6- Phác đồ xử trí viêm túi mật cấp (nong mủ, hoại tử)

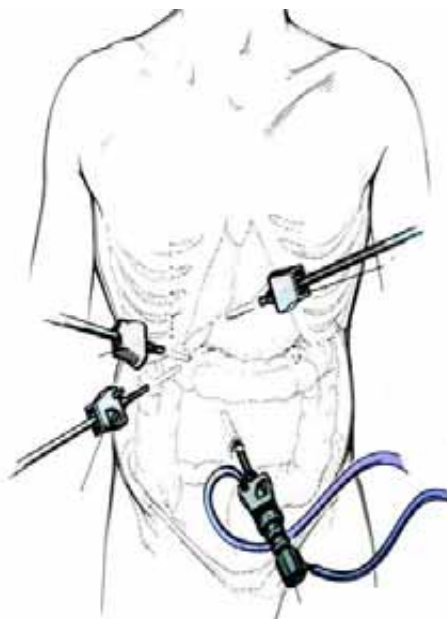
- BN có những cơn đau quặn mật điển hình
- Không có bằng chứng về sự hiện diện của sỏi túi mật hay đường mật
- Đã loại trừ các bệnh lý khác có cơn đau tương tự như cơn đau quặn mật bằng nội soi thực quản-dạ dày-tá tràng hay nội soi đại tràng, xét nghiệm bilirubin, men gan, phosphatase kiềm huyết tương, ERCP, MRCP...
- Test 99Tc-HIDA sau bơm cholecystokinin (CCK-Tc-HIDA): phân suất tổng mật nhỏ hơn 35% sau 20 phút.

Cắt túi mật nội soi là phương pháp điều trị được chọn lựa đối với BN bị rối loạn vận động đường mật. 90% BN có test CCK-Tc-HIDA bất thường không còn có những cơn đau kể từ khi được cắt túi mật. Trong 10% BN còn đau sau mổ cắt túi mật, BN nào hết đau khi được thông và đặt nòng đường mật qua Oddi sẽ được cắt cơ vòng Oddi qua ERCP.

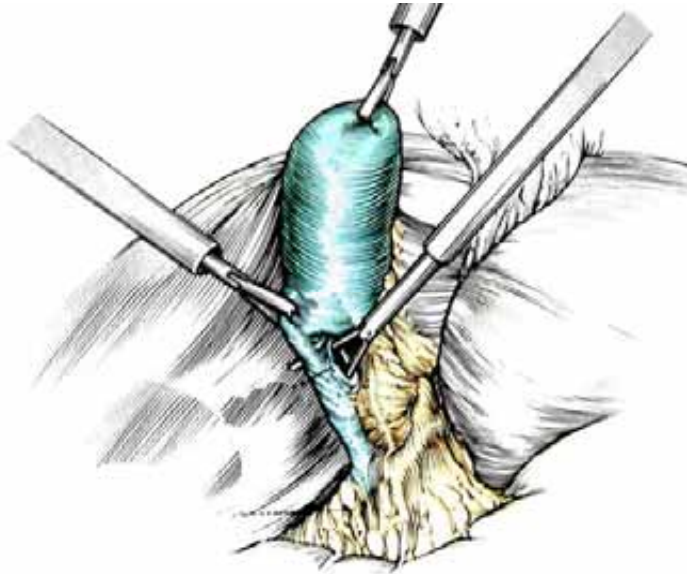
4-Phẫu thuật cắt túi mật nội soi:



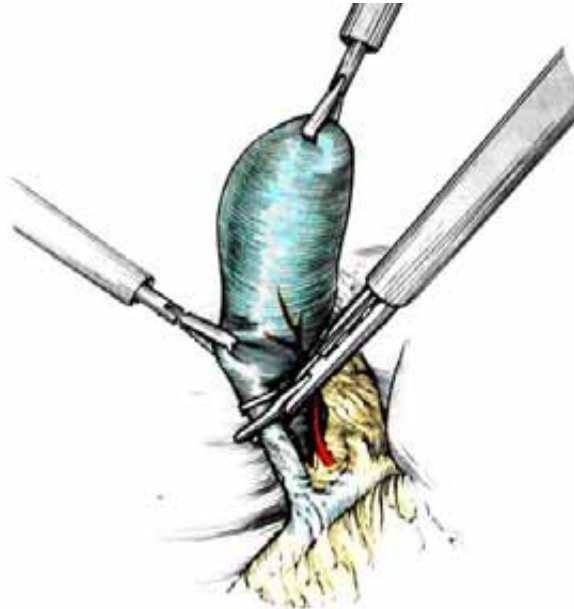
Vị trí phẫu thuật viên, các trợ thủ cùng trang thiết bị khi tiến hành cắt túi mật nội soi.



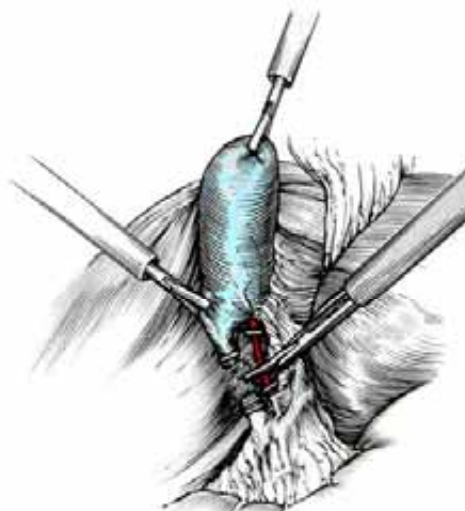
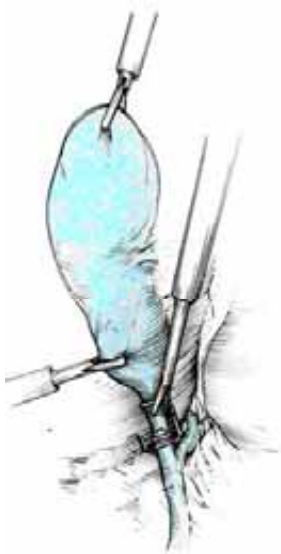
Vị trí đặt trocar:
trocar 10mm ngay trên rốn để bơm hơi và lắp camera,
trocar 10 mm dưới mũi ức (để phẫu tích, kẹp cắt) và một hay hai trocar 5mm dưới sườn P (để giữ túi mật).



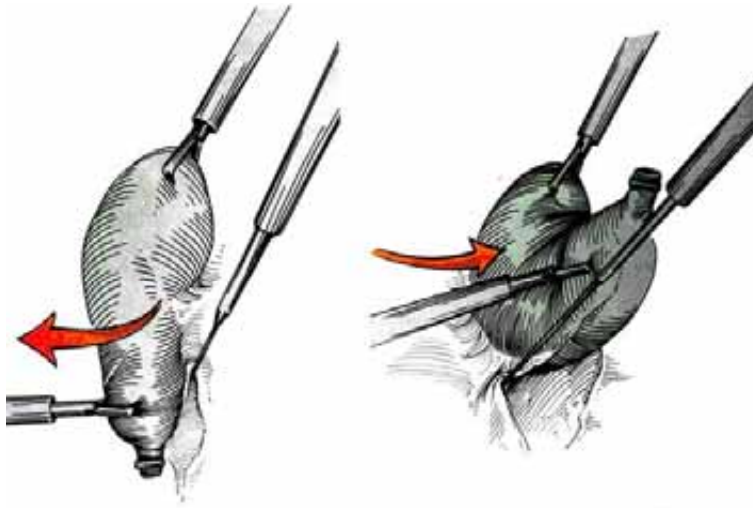
Trước hết quan sát ống mật chủ. Dùng hai kẹp 5mm, một kẹp vào vùng túi Hartmann kéo xuống dưới và ra ngoài, một kẹp vào đáy túi mật kéo lên trên và ra ngoài. Theo cách thức này, tam giác Callot được “bung rộng”. Phẫu tích tam giác Callot để thấy rõ: ống túi mật, ống gan chung, động mạch túi mật.



Kẹp 2 clip ở ống túi mật ở vị trí gần phễu túi mật hơn là gần ống gan chung.



Kẹp clip thứ ba ở sát phễu túi mật. Cắt ống túi mật giữa hai clip đầu và clip thứ ba. Kẹp và cắt động mạch túi mật.



Dùng dao điện tách túi mật ra khỏi giường túi mật.



Dùng dao điện đốt cầm máu giường túi mật. Túi mật được đưa ra ngoài qua lỗ đặt trocar ở rốn.