

# VIÊM TÚI MẬT CẤP

*Ban hành kèm theo Quyết định số 03/QĐ-BV ngày 07/01/2014*

## 1. ĐẠI CƯƠNG

**1.1. Định nghĩa:** Viêm túi mật cấp được định nghĩa là tình trạng viêm của túi mật, với nguyên nhân thường gặp là do tắc nghẽn do sỏi kẹt cổ ống túi mật.

– Khoảng 90% các ca lâm sàng liên quan đến sỏi túi mật, 10% các ca còn lại viêm túi mật xảy ra khi không có bằng chứng của sỏi túi mật.

– Viêm túi mật không do sỏi thường có liên quan đến vấn đề ứ mật như : suy kiệt không ăn uống hoặc ăn kém, chịu phẫu thuật lớn, chấn thương nặng, sốc nhiễm trùng, nuôi ăn qua mạch máu kéo dài v.v...

– Vài nguyên nhân khác có thể góp phần gây viêm túi mật không do sỏi như : bệnh lý tim mạch ( ĐB nhồi máu cơ tim ), bệnh hồng cầu hình liềm, nhiễm thương hàn salmonella, tiểu đường, bệnh nhân nhiễm HIV (nhiễm các dòng cytomegalovirus, cryptosporidiosis, microsporidiosis...).

## 1.2. Diễn tiến

1. Bắt đầu : sỏi kẹt cổ gây viêm túi mật thể sung huyết hay xuất tiết.

2. Viêm túi mật mưng mủ

3. Viêm túi mật hoại tử

4. Thấm mật phúc mạc

5. Viêm phúc mạc mật hay thủng túi mật

6. 2+3 : có thể tạo đám quánh túi mật nhờ các tạng xung quanh bao bọc tốt

7. Ung thư túi mật diễn ra trên nền sỏi túi mật hoặc polyp túi mật có thể biểu hiện bằng tình trạng viêm túi mật.

## 1.3. Tiên lượng

– Viêm túi mật không có biến chứng thường có tiên lượng tốt, tỷ lệ tử vong khá thấp. Hầu hết viêm túi mật khi được điều trị thích hợp thì có thể thuyên giảm triệu chứng sau 1-4 ngày. Tuy nhiên, có khoảng 25-30% số ca không đáp ứng điều trị, phát triển thành dạng biến chứng cần phải can thiệp bằng phẫu thuật

- Ngược lại, khi túi mật có biến chứng hoại tử hoặc thủng thì tiên lượng khá nghèo nàn. Thủng túi mật xảy ra ở 10-15% trường hợp. Những bệnh nhân viêm túi mật không do sỏi có tỷ lệ tử vong vào khoảng 10-50%, lớn hơn nhiều so với tỷ lệ 4% của các ca viêm có sỏi

## **2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

### **2.1. Lâm sàng**

- Khởi phát là cơn đau quặn mật : đau quặn cơn ở thượng vị hay hạ sườn phải, có thể lan lên vai phải, buồn nôn và nôn, đau thường diễn ra sau bữa ăn nhiều dầu mỡ...
- Sau hơn 6 tiếng, cơn đau không giảm đau liên tục, có thể có sốt (38 hoặc 38,5 độ ). Khám thấy nghiệm pháp Murphy dương tính
- Nếu đến muộn hơn, bệnh nhân đau nhiều, dữ dội, đề kháng cả vùng hạ sườn phải, sốt cao hơn (39- 40 độ), hội chứng nhiễm trùng rõ rệt.
- Một số trường hợp viêm túi mật có thể xuất hiện thêm vàng da. Lúc đó cần chú ý đến các vấn đề : viêm túi mật có kèm theo sỏi đường mật, viêm túi mật có sỏi làm nghẽn đường mật (hội chứng Mirrizzi ), viêm túi mật có biến chứng gây thủng mật phúc mạc hay viêm phúc mạc mật, có bệnh lý viêm gan kèm theo v.v...

### **2.2. Cận lâm sàng**

#### **2.2.1. Các xét nghiệm về máu**

- Bạch cầu tăng cao , chuyển trái
- AST, ALT , Bilirubin toàn phần-trực tiếp : nếu có tăng nên chú ý vấn đề có bệnh kết hợp
- Amylase : nếu tăng có thể nghi có viêm tụy hoặc không
- Các xét nghiệm cần thiết khác để đánh giá bệnh nhân: đường huyết, chức năng thận, chức năng đông máu, nhóm máu.... và một số xét nghiệm khác nếu lâm sàng có nghi ngờ.

### 2.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm là phương tiện đầu tay: siêu âm nhận thấy túi mật căng to, thành túi mật dày > 4mm, có thể có hoặc không sỏi, đánh giá sỏi đường mật kết hợp hoặc các bệnh lý trong chẩn đoán phân biệt.
- XQ bụng đứng và XQ ngực thẳng : để loại trừ các vấn đề thủng tạng rỗng, tắc ruột, viêm đáy phổi phải....
- CT scan được chỉ định trong các trường hợp khó chẩn đoán hoặc nghi ngờ viêm túi mật có biến chứng hoặc có bệnh lý kết hợp
- MRI cũng được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán viêm túi mật cấp, đặc biệt là trên những bệnh nhân triệu chứng không rõ ràng hoặc phụ nữ có thai.
- Nội soi dạ dày tá tràng có thể được chỉ định nếu bệnh nhân đã đáp ứng điều trị nội khoa, được xếp mở chương trình và có yếu tố nghĩ đến bệnh lý dạ dày tá tràng trước đó.

## 3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

**Thường cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý sau đây:**

1. Bệnh mạch vành
2. Viêm tụy cấp
3. Loét dạ dày tá tràng
4. Viêm ruột thừa
5. Cơ đau quặn thận

**Các bệnh sau đây cũng nên được nghĩ tới nếu có yếu tố nghi ngờ**

1. Phình động mạch chủ bụng
2. Thiếu máu mạc treo
3. Viêm đài bể thận cấp
4. Viêm phần phụ

## 4. ĐIỀU TRỊ

- Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa có trì hoãn và bệnh nhân cần được theo dõi tại khoa Ngoại

#### 4.1. Nội khoa

Giai đoạn đầu của điều trị là điều trị nội khoa.

Nguyên tắc điều trị bao gồm:

- Nhịn ăn, có thể cho đặt thông mũi-dạ dày để tránh kích thích túi mật và tụy.
  - Truyền dịch nuôi dưỡng và nâng đỡ.
  - Dùng thuốc giảm đau, kháng viêm : NSAIDS, Perfalgan....
  - Thuốc giảm co bóp hoặc ức chế phó giao cảm : atropine, nospa, alverine...
  - Kháng sinh : theo khuyến cáo của Sanford
- + Những trường hợp viêm túi mật cấp mức độ nhẹ- trung bình, khởi đầu dùng kháng sinh đơn trị. Khuyến cáo chọn lựa các loại kháng sinh sau: Piperacilin/tazobactam, ampicillin/sulbactam, carbapernem... Trong trường hợp viêm nặng có đe dọa tính mạng, Sanford khuyến cáo dùng đến kháng sinh imipenem/cilastatin.
- + Điều trị tiếp theo có thể kết hợp nhóm cephalosporin thế hệ III với metronidazole.
- Theo dõi công thức bạch cầu mỗi 6 tiếng, khám lại và lấy nhiệt độ mỗi 2-3 giờ , tốt nhất nên cùng một bác sĩ hoặc một nhóm trực.
  - Đa số viêm túi mật có thể thoái lui, bệnh nhân giảm đau cũng nên được sắp xếp mổ chương trình. Khoảng ¼ trường hợp sau điều trị nội sẽ diễn tiến đến viêm túi mật hoại tử hoặc viêm phúc mạc, cần được mổ cấp cứu.

#### 4.2. Ngoại khoa

- Điều trị ngoại khoa nên bắt đầu sớm trong vòng 72 giờ đầu sau khi dùng kháng sinh hoặc sớm hơn nếu có bằng chứng của viêm túi mật có biến chứng.
- Phẫu thuật nội soi cắt túi mật được khuyến cáo trong trường hợp túi mật viêm đã được điều trị nội ổn định và nên được thực hiện bởi các bác sĩ có kinh nghiệm.

Tỷ lệ phẫu thuật nội soi chuyển mổ hở trong cắt túi mật chương trình vào khoảng 5%. Tỷ lệ này cao hơn hẳn trong trường hợp phải mổ cấp cứu, khoảng 30%

- Khi đã chẩn đoán viêm túi mật có biến chứng cần mổ ngay( nội soi hoặc mổ hở) , hoặc mổ túi mật ra da nếu bệnh nhân nặng, không chịu nổi cuộc mổ kéo dài.

- Tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân mổ thông túi mật ra da cao gấp 5-10 lần bình thường do đa số bệnh nhân đều là bệnh nặng, nguy kịch.
- ERCP cần được chỉ định trong trường hợp nghi ngờ có sỏi ống mật chủ kèm theo hay tắc nghẽn đoạn cuối chưa rõ nguyên nhân.
- ERCP và phẫu thuật nội soi cắt túi mật có thể làm trong 1 lần hay chia 2 lần khác nhau. ERCP nên làm trước phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

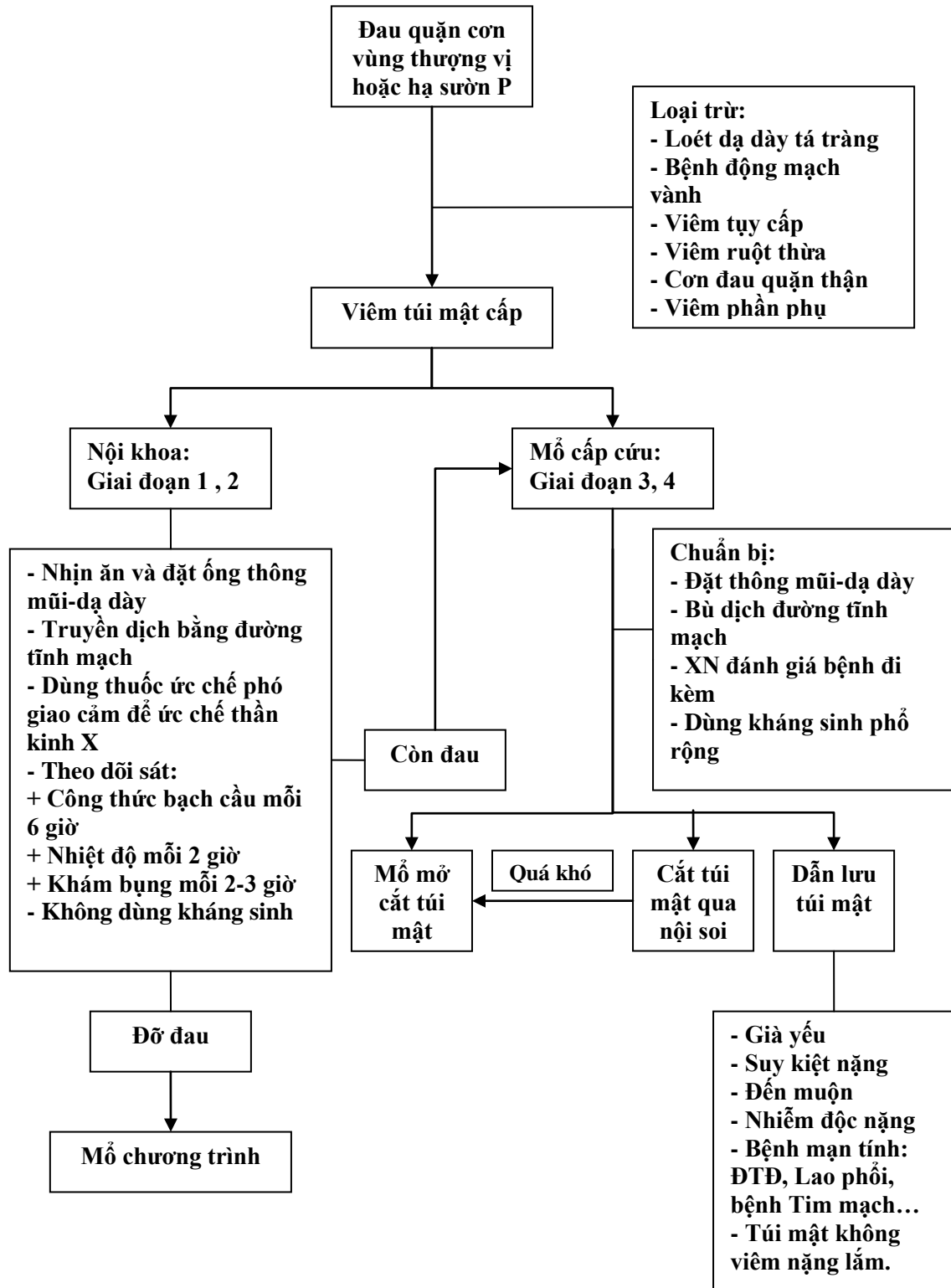
#### **4.2.1. Các chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cắt túi mật bao gồm**

- Nguy cơ cao khi gây mê toàn thân
- Bệnh nhân quá béo phì
- Có các dấu hiệu của thủng túi mật : apxe, viêm phúc mạc, dò...
- Sỏi mật quá lớn hoặc nghi ngờ có bệnh lý ác tính.
- Bệnh suy gan nặng ( có tăng áp cửa và rối loạn đông máu nặng )
- Sốc nhiễm trùng đường mật
- Viêm tụy cấp
- Thiếu ê kíp mổ hoặc trang bị không đảm bảo
- Phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm
- Chống chỉ định tương đối : bụng có vết mổ cũ

#### **4.2.2. Tai biến và biến chứng của phẫu thuật**

- Tồn thương đường mật là tai biến đáng sợ nhất. Do đó phẫu thuật nội soi cắt túi mật cần phẫu thuật viên có kinh nghiệm và phẫu tích tốt vùng tam giác Calot trước khi cắt, nếu nghi ngờ cần chụp đường mật trong mổ hoặc chuyển qua mổ hở cho an toàn.
- Chảy máu : đa số chảy máu từ giường túi mật hay từ một nhánh nhỏ của động mạch túi mật. Thường chảy máu phát hiện trong vòng 12 tiếng sau mổ. Những bệnh nhân này nên được mổ lại để giải quyết chỗ chảy máu và lấy máu đông .
- Nhiễm trùng ,apxe tồn lưu, nhiễm trùng vết mổ.

4.3. Lưu đồ xử trí



## 5. TIÊU CHUẨN NHẬP, XUẤT VIỆN

**5.1. Tiêu chuẩn nhập viện :** tất cả các bệnh nhân viêm túi mật cấp cần được nhập viện, theo dõi và điều trị tại khoa Ngoại.

**5.2. Tiêu chuẩn xuất viện:** Tất cả bệnh nhân có viêm túi mật cần được phẫu thuật cắt túi mật (chương trình hoặc cấp cứu) trừ những trường hợp có chống chỉ định của phẫu thuật thì cần điều trị nội khoa tích cực. Tiêu chuẩn có thể xuất viện là:

- Hết đau
- Không sốt
- Bụng xẹp
- Ăn uống ,trung tiện bình thường

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ian F. Yusoft et al. Diagnosis and management of cholecystitis and cholangitis. *Gastroenterol Clin N Am* 32(2007) 1145-1168.
2. Alan A Bloom et al. Cholecystitis (emedicine 2011 <http://emedicine.medscape.com/article/171886-overview> - seen at 06/09/2013).
- 3 Salam S. Zakko et al. Treatment of acute cholecystitis (uptodate 2013: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-cholecystitis-> seen at 06/09/2013).
4. *Phác đồ điều trị phân ngoại khoa Bệnh viện Chợ Rẫy (2013)*. Viêm túi mật cấp.
5. Viêm túi mật. *Bệnh học và điều trị học ngoại khoa tiêu hóa (2007)* NXB Y học TP HCM.