

## Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm và tổn thương bệnh lý trong viêm túi mật cấp do sỏi

Vũ Bích Hạnh\*; Lê Trung Hải\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 60 bệnh nhân (BN) bị viêm túi mật cấp (VTMC) do sỏi được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật cho thấy: các triệu chứng lâm sàng chính của VTMC là: đau hạ sườn phải và sốt (100%), điểm túi mật đau, túi mật to hoặc dấu hiệu Murphy (+), bạch cầu tăng (88,3%). Các hình ảnh hay gặp trong siêu âm ở BN VTMC là túi mật to, chiều dài  $\geq 8$  cm (93,3%), thành túi mật dày  $\geq 3$  mm (100%) và có dịch quanh túi mật. Tổn thương đặc trưng (100%) trong ổ VTMC: túi mật căng to, thành túi mật phù nề và túi mật dính với các tạng xung quanh. Ngoài ra, có thể gặp sỏi kẹt ở cổ và ống túi mật (13%), hoại tử thành túi mật (10%), mũ túi mật (16,6%) và có dịch trong ổ bụng (20%).

\* Từ khóa: Viêm túi mật cấp; Đặc điểm lâm sàng; Siêu âm; Tổn thương bệnh lý.

## Study on clinical, ultrasound features and pathological injuries of acute cholecystitis

### SUMMARY

*Study on 60 patients with acute calculous cholecystitis treated by laparoscopic cholecystectomy with the main clinical symptoms of acute cholecystitis were: right hypochondrium pain and fever (100%), gallbladder point (+), large gallbladder or positive Murphy sign, white blood cell increased (83.3%).*

*Sonography showed large gallbladder size  $\geq 8$  cm (93.3%), gallbladder wall  $\geq 3$  mm (100%) and fluid around. Pre-operative pathological injuries (100%) of acute cholecystitis were: large gallbladder, edema of gallbladder wall and adhesion of around tissue. Others were impacted stone in gallbladder duct (13%), necrosis of gallbladder wall (10%), gallbladder pus (16.6%) and peritoneal fluid (20%).*

\* *Key words: Acute cholecystitis, Clinical, ultrasound features, Pathological injury.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là tình trạng nhiễm trùng cấp tính của túi mật, do vi khuẩn xâm nhập vào trong túi mật mà nguyên nhân thường là do sỏi túi mật. Túi mật xung huyết, phù nề, vi khuẩn và bạch cầu đa nhân xâm nhập vào niêm mạc dẫn đến hoại

tử niêm mạc và thành túi mật. VTMC do sỏi là một biến chứng cấp tính của sỏi túi mật và là hậu quả thứ phát của tắc cổ túi mật hay ống túi mật do sỏi kẹt (có thể tắc nghẽn thứ phát do phù nề). Theo nhiều thống kê, > 90% trường hợp VTMC là do sỏi. VTMC có các thể như: VTMC xung huyết, viêm mũ túi mật và viêm túi mật hoại tử. VTMC có thể

\* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

điều trị ổn định bằng nội khoa nhưng dễ tái phát, có trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa và gặp biến chứng nguy hiểm như thủng túi mật, sốc nhiễm trùng nhiễm độc, rò mật-tiêu hóa với tỷ lệ tử vong cao. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm và chính xác, tiên lượng mức độ tổn thương cũng như điều trị kịp thời và có chiến thuật hợp lý mang lại hiệu quả tốt cho người bệnh. *Bài viết nêu lên một số đặc điểm lâm sàng, siêu âm và tổn thương bệnh lý trong VTMC do sỏi.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

60 BN VTMC do sỏi được điều trị PTNS cắt túi mật tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 1 - 2008 đến 5 - 2010. Tất cả BN đều được chẩn đoán giải phẫu bệnh lý, xác định là VTMC.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

\* *Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm máu:*

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, tiền sử mổ bụng cũ và bệnh kết hợp.
- Triệu chứng sốt và dấu hiệu của hội chứng nhiễm trùng.
- Đau bụng vùng hạ sườn phải hay thượng vị, có phản ứng thành bụng vùng hạ sườn phải, túi mật to, ấn điểm túi mật đau, dấu hiệu Murphy (khi không sờ thấy túi mật).
- Xét nghiệm máu: số lượng bạch cầu, bilirubin, men gan.

\* *Siêu âm:* kích thước túi mật, độ dày thành túi mật, hình ảnh sỏi trong túi mật, dịch mật trong túi mật, dịch quanh túi mật.

\* *Các tổn thương giải phẫu bệnh lý:*

- Tình trạng tổn thương đại thể của túi mật trong mổ: kích thước túi mật, tình trạng túi mật: phù nề, dịch quanh túi mật, thành túi mật dày, viêm mủ, hoại tử, sỏi kẹt cổ túi mật, tình trạng viêm dính của túi mật với các tạng xung quanh, tình trạng đường mật.

- Hình ảnh vi thể của VTMC: VTMC xung huyết, viêm mủ túi mật, viêm túi mật hoại tử.

\* *Xử lý số liệu:* theo phương pháp thống kê y học.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung.

- Tuổi trung bình của BN:  $60,8 \pm 15,5$  (20 - 82 tuổi).
- Giới: nam 33/60 BN (55%), nữ 27/60 BN (45%).
- Tiền sử có mổ bụng cũ: 4/60 BN (6,7%).
- Có bệnh lý kết hợp (tăng huyết áp, tiểu đường, xơ gan, viêm phế quản mạn tính): 19/60 BN (31,7%).

### 2. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm máu.

- Các triệu chứng lâm sàng hay gặp: đau bụng vùng hạ sườn phải (100%), sốt (100%), ấn điểm túi mật đau (50%).

- Một số triệu chứng khác ít gặp hơn: dấu hiệu Murphy (+) (36,7%), sờ thấy túi mật to (30%), có phản ứng thành bụng vùng hạ sườn phải (16,7%), vàng da (6,7%)...

- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng  $\geq 10$  G/l (88,3%), bilirubin tăng nhẹ (10%), men gan tăng nhẹ (8,3%).

### 3. Siêu âm.

- Sỏi túi mật: 100%, thành túi mật dày  $\geq 3$  mm (100%), túi mật to (dài  $\geq 8$  cm): 56/60 BN (93,3%), có dịch quanh túi mật: 28/60 BN (46,6%).

### 4. Đặc điểm tổn thương đại thể trong mổ.

- Túi mật dính, phù nề, thành túi mật dày và kích thước túi mật to (100%), sỏi kẹt ở cổ và ống túi mật (13%), hoại tử thành túi mật (10%), mũ túi mật (16,6%) (những trường hợp này không có tạo đám quánh túi mật), có dịch ổ bụng (20%).

### 5. Kết quả giải phẫu bệnh

- VTMC xung huyết 46,7%; viêm mũ túi mật 16,6%, viêm túi mật hoại tử 15%; viêm túi mật mạn đợt cấp 21,7%.

## BÀN LUẬN

Triệu chứng cơ năng đầu tiên được nói đến trong VTMC là đau bụng. Đặc điểm của đau trong VTMC thường khởi phát bằng cơn đau quặn gan, xuất hiện về đêm sau bữa ăn một vài giờ, đau liên tục không thay đổi và dữ dội, đỉnh cao nhất trong 30 - 60 phút, sau đó cơn đau dịu đi và kéo dài từ 1 - 5 giờ. Trong nghiên cứu này, tất cả BN vào viện với lý do đau hạ sườn phải (100%), sốt  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ . Kết quả này phù hợp với Nguyễn Văn Hải (2005), Nguyễn Tấn Đạt (2009), Phan Khánh Việt (2009)...

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: triệu chứng thực thể qua thăm khám lâm sàng chia đều cho các dấu hiệu như: túi mật to sờ thấy qua thăm khám (30%), điểm túi mật ấn đau (50%) và dấu hiệu Murphy (+) (36,6%). Phản ứng thành bụng vùng hạ sườn phải chiếm 16,6%. Kết quả liên quan đến cơ cấu bệnh, vì BN vào viện ở giai đoạn khác nhau của bệnh. Trên lâm sàng, nếu BN VTMC có đau bụng hạ sườn kết hợp đau thượng vị, có phản ứng thành bụng hạ sườn phải, có biểu hiện vàng da, xét nghiệm bilirubin và men gan tăng là biểu hiện của VTMC nặng.

Siêu âm là phương pháp được chỉ định đầu tiên cho chẩn đoán bệnh lý túi mật. Theo B. Stenberg (2010): phương pháp này có độ nhạy 85 - 99% đối với các bệnh túi mật nói chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc điểm siêu âm ghi nhận chủ yếu là hình ảnh túi mật to, thành túi mật dày và có dịch quanh túi mật. Kết quả này tương tự của một số tác giả nói trên.

Nhìn chung, kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều tác giả khác, từ đó cho thấy triệu chứng lâm sàng điển hình của VTMC là: đau hạ sườn phải hoặc đau thượng vị, sốt, khám thấy túi mật to, điểm túi mật đau hoặc dấu hiệu Murphy (+), xét nghiệm máu có số lượng bạch cầu tăng  $\geq 10$  G/l, siêu âm các hình ảnh túi mật to dài  $\geq 8$  cm, thành dày  $\geq 3$  mm, đôi khi có dịch xung quanh túi mật hoặc hình ảnh túi mật 2 thành. Trên lâm sàng, có biểu hiện đau tăng kết hợp đau thượng vị và hạ sườn phải, sốt cao dai dẳng, vàng da, khám có phản ứng thành bụng hạ sườn phải, xét nghiệm bạch cầu có xu hướng men gan tăng và bilirubin tăng là biểu hiện biến chứng nặng của VTMC.

Trong mổ, đặc điểm tổn thương đầu tiên quan sát thấy là: túi mật to căng tròn, mặt hình dáng quả lê, thành túi mật phù nề và túi mật dính với các tạng xung quanh, 3 đặc điểm chúng tôi gặp ở 100% BN. Ngoài ra, 13% BN thấy sỏi kẹt ở cổ và ống túi mật, 10% hoại tử thành túi mật, 16,6% mũ túi mật và 20% thấy có dịch trong ổ bụng.

### KẾT LUẬN

- Bệnh VTMC do sỏi có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng hay gặp như: đau hạ sườn phải và sốt (100%). Khám thấy điểm túi mật đau, túi mật to hoặc dấu hiệu Murphy (+). Xét nghiệm máu số lượng bạch cầu tăng  $\geq 10$  G/l (88,3%).

- Các hình ảnh hay gặp trong siêu âm ở BN VTMC: túi mật to chiều dài  $\geq 8$  cm (93,3%); thành túi mật dày  $\geq 3$  mm (100%); có dịch quanh túi mật.

- Khi có các biểu hiện: vàng da, khám thấy đau và có phản ứng thành bụng ở hạ sườn phải, xét nghiệm máu thấy tăng bilirubin và men gan là biểu hiện của viêm túi mật nặng hay VTMC có biến chứng.

- Tổn thương đặc trưng (100%) trong mổ VTMC: túi mật căng to, thành túi mật phù nề và túi mật dính với các tạng xung quanh. Ngoài ra có thể gặp sỏi kẹt ở cổ và ống túi mật (13%), hoại tử thành túi mật (10%) mũ túi mật (16,6%) và có dịch trong ổ bụng (20%).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Đạt. Đánh giá kết quả điều trị VTMC giữa cắt túi mật nội soi sớm và trì hoãn. Luận văn bác sỹ Chuyên khoa II. Học viện Quân y. TP.Hồ Chí Minh. 2009.

2. Lê Trung Hải. Cắt túi mật nội soi trong VTMC. Phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Các kỹ thuật và tiến bộ mới. Nhà xuất bản Y học. Hà Nội. 2010, tr.48-55.

3. Nguyễn Văn Hải, Nguyễn Tuấn. Kết quả cắt túi mật nội soi trong VTMC. Y học TP.Hồ Chí Minh. 2005, 9 (2), tr.109-113.

4. Lê Quang Minh, Nguyễn Cường Thịnh. Lựa chọn thời gian cắt túi mật nội soi điều trị VTMC. Tạp chí Y học thực hành. 2009, 690 + 691, tr.125-130.

5. Phạm Văn Năng, Nguyễn Minh Hoàng và CS. Cắt túi mật nội điều trị VTMC. Y học thực hành. 2004, (491), tr.241-243.

6. Nguyễn Cường Thịnh. Cắt túi mật nội soi điều trị VTMC. Y học TP.Hồ Chí Minh. 2006, 10 (4), tr.53-56.

7. Phan Khánh Việt. Cắt túi mật nội soi trong VTMC do sỏi. Tạp chí Y học thực hành. 2009, 690 + 691, tr.144-149.

8. Isoda Norio. Laparoscopic cholecystectomy in gallstone patients with acute cholecystitis. Journal of Gastro-enterology. 1999, pp.327-375.

9. Steven M, Strasberg D. Acute calculous cholecystitis. New England Journal of Medicine. 2008, 358, pp.2804-2811.

10. Stenberg B, Simon E. Diagnosis of gallbladder problems using three-dimensional ultrasound. Eur Radiol. 2010, 20, pp.908-914.

