

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ Ổ TỤ DỊCH MẬT TỰ PHÁT DƯỚI BAO GAN HIẾM GẶP (SPONTANEOUS INTRAHEPATIC BILOMA)

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Trịnh Thành Vinh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu ca lâm sàng hiếm gặp ổ tụ dịch mật dưới bao gan tự phát với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ca lâm sàng ổ tụ dịch mật dưới bao gan tự phát hiếm gặp. 2. Kết quả can thiệp, điều trị ổ tụ dịch mật tự phát và điểm lại Y văn. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân (BN) nam, 62 T. Tiền sử (TS) đã phẫu thuật ung thư dạ dày (UTDD) tại BV K cách > 2 tháng, đang điều trị hóa chất. Đau bụng dưới sườn phải (DSP) và thượng vị, sốt 38 độ. Khám bụng không sờ thấy mass. Xét nghiệm: HC 3,47 T/L; Hb 8,7 g/L; Hematocrite; 0,267 L/L; BC: 10,54 G/L; Tiểu cầu: 5,13 G/L; Bilirubine 6,9 mmol/L; GOT 65,8 U/L; GPT 48,6 U/L; Albumin 29,6 g/L, Amylase 105 U/L; Lypase 68,2 U/L. Siêu âm bụng và chụp CLVT: ổ tụ dịch dưới bao gan kích thước > 13-6 cm. Không có dịch tự do ổ bụng. Chụp MRI và MRC: ổ tụ dịch > 13-6 cm dưới bao gan ngay sát đường mật phân thùy sau và hạ phân thùy VI, HPTVII. Đường mật trong và ngoài gan không giãn, không có sỏi, túi mật bình thường, không có dịch dưới gan và ổ bụng. Can thiệp: Dẫn lưu (DL) qua da dưới hướng dẫn siêu âm hút ra > 500-600 ml mật, không có mủ. Lưu sond 2 tuần. SA bụng kiểm tra ổ dịch < 5 cm, BN hết đau bụng, không sốt, không có triệu chứng lâm sàng. Rút DL sau 3 tuần. Phối hợp với dùng kháng sinh 7 tuần (kháng sinh thế hệ 3). **Kết luận:** Ổ tụ dịch mật tự phát dưới bao gan vô cùng hiếm gặp. Các ổ tụ dịch mật có thể dưới bao gan hoặc dưới gan, nằm ở ngoài đường mật trong gan và ngoài gan. Triệu chứng lâm sàng hay gặp đau bụng dưới sườn phải, thượng vị, có thể có sốt. Siêu âm và CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán ổ tụ dịch mật (chụp CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu 90%). Chụp cộng hưởng từ đường mật có độ nhạy và độ đặc hiệu > 95%, có thể xác định vị trí tổn thương, đường mật, giãn hay hẹp đường mật, quan hệ giải phẫu giữa ổ tụ dịch mật và đường mật trong ngoài gan. Điều trị chủ yếu là dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn siêu âm hay CLVT phối hợp với điều trị kháng sinh. Có thể mở cơ oddi và đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng.

### SUMMARY

#### DIAGNOSIS AND TREATMENT RESULT OF SPONTANEOUS INTRAHEPATIC BILOMA AND REVIEW OF THE LITERATURE

Retrospective case study aimed at: 1.

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024

Evaluation of clinical and paraclinical features of spontaneous subhepatic biloma. 2. Result of treatment and review of literature. **Results:** + Male patient aged of 62 years old. + Medical history: Subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer in 2 previous month. + Admission for pain in right upper quadrant with fever (38 degree C). Physical examination reveal no mass subhepatic and epigastric area. + Abdominal ultrasound and CT.Scan showed mass measuring > 13 cm-6 cm subhepatic (right liver). - Magnetic resonant cholangiography (MRC) also revealed biloma juxta and subhepatic (posterior and anterior segments) and revealed no dilation and no stones intra or extrahepatic. However MRC showed biloma juxta biliary intrahepatic duct of posterior segment. Intervention was drainage under ultrasound and the volume of fluid aspirated was above 500-600 ml of bile. The drainage tube was left in place for 2 weeks and withdrew after ultrasound confirmation of the residual volume of biloma measuring lower than 5cm and patient had no abdominal pain and no fever (symptoms free). **Conclusion:** Spontaneous intra hepatic biloma is extreme rare condition. The diagnostic methods are abdominal ultrasound, CT.Scan (sensitivity and specificity of 90%) and magnetic resonance cholangiography (sensitivity and specificity of above 95%). Intervention is drainage under ultrasound or CT.Scan in association with antibiotic therapy. If the bile fistula persists, endoscopic sphincterostomy and bile duct stent could be indicated

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biloma là ổ tụ dịch mật ngoài đường mật trong gan hay ngoài gan có nguyên nhân chủ yếu là iatrogenic hoặc thứ phát sau chấn thương hoặc can thiệp đường mật qua da. Biloma tự phát hiếm gặp thường do tăng áp lực đường mật do sỏi đường mật, ung thư đường mật hay co thắt cơ ODĐI, vỡ nang hay túi thừa đường mật hoặc tắc mạch, hoại tử gan... Bởi vậy chúng tôi báo cáo ca lâm sàng (LS) với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm LS, CLS ca bệnh ổ tụ dịch mật trong gan tự phát hiếm gặp.

2. Kết quả chẩn đoán và điều trị ca bệnh biloma tự phát và điểm lại Y văn

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu ca lâm sàng.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

+ BN nam, 62 T.

+ TS: Đã PT cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD), vét hạch D2 cách 3 tháng, kết quả

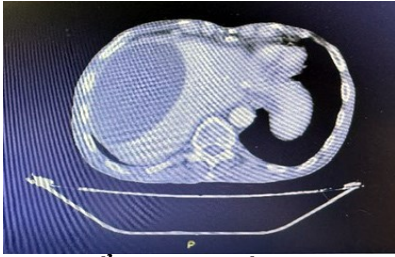
GPB T4NoMo (Tế bào nhẵn).

+ Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng dưới sườn phải, không sốt, không nôn, Mạch, HA bình thường.

++ Khám bụng: Mềm, xẹp không đau, không sờ thấy khối DSP và thượng vị

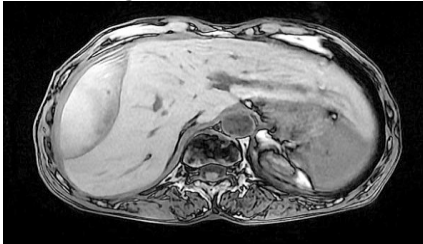
+ SA bụng: Ổ dịch kích thước 12-6 cm, đường mật trong và ngoài gan không giãn, không sỏi, túi mật bình thường.

+ Chụp CLVT bụng: Ổ tụ dịch D' vòm hoành Phải 129 mm, ít dịch tự do OB.

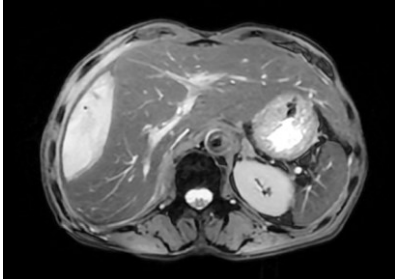


**Ảnh 1: CLVT ổ tụ dịch mật D' bao gan Phải 130 mm**

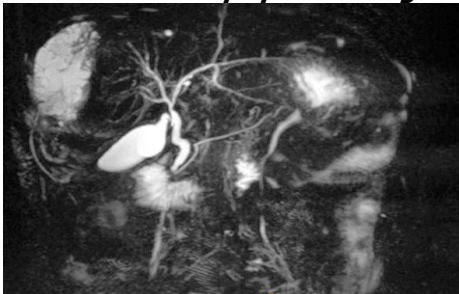
+ Chụp MRI 2 :Ổ tụ dịch D' bao gan 39-110 mm, viền mảnh, gọn.



**Ảnh 2: Chụp MRI ổ tụ dịch D' bao gan**



**Ảnh 3: MRI: ổ tụ dịch D' bao gan**



**Ảnh 4: Chụp MRC ổ tụ dịch mật D' bao gan có thông với đường mật hạ phân thùy gan P**

- Xét nghiệm (XN):

+ XN máu: HC 3,47 T/L; Hb 8,7 g/L; Hematocrite; 0,267 L/L; BC: 10,54 G/L; Tiểu cầu: 5,13 G/L.

+ Sinh hóa: Creatinin máu 68,7 mmmol/L, Ure máu 7,39 mmol/L; Bilirubine máu 6,9 mmol/L; GOT 65,8 U/L; GPT 48,6 U/L; Albumin 29,6 g/L, Đường máu: 4,57 mmol/L; Amylase 105 U/L; Lypase 68,2 U/L.

- Chẩn đoán: Ổ tụ dịch mật D' bao gan phải (tự phát).

- Xử trí: Dẫn lưu ổ dịch D' SA: hút ra 400-500 ml dịch mật lẫn ít máu, không có mủ.

Lưu catheter 2 tuần: mỗi ngày ra khoảng 20-50 ml dịch mật.

Số lượng dịch giảm dần.

+ SA bụng: còn ổ dịch nhỏ 6-3 cm. Rút catheter sau 1 tháng.

+ BN được điều trị KS Cephalosporin thế hệ III và metronidazol

+ LS: BN không đau bụng, không sốt. bụng mềm.

#### IV. BÀN LUẬN

Ổ tụ dịch mật biloma được mô tả lần đầu tiên năm 1979 bởi 2 tác giả Gould và Patel (Christoforidis E et al. A single center experience in minimally invasive treatment of postcholecystectomy bile leak, complicated with biloma formation. J Surg Res 2007; 141:171-5.) sau đó được Kuligowska mở rộng khái niệm biloma thành ổ tụ dịch mật trong gan (intrahepatic) và ngoài gan (extrahepatic collection).

Các ổ tụ dịch mật thường xảy ra sau mổ: Mổ cắt túi mật (mổ nội soi hoặc mổ) hoặc sau các can thiệp như chụp đường mật qua da, sinh thiết gan, dẫn lưu (DL) đường mật, ERCP hoặc sau chấn thương gan.

Ổ tụ dịch mật tự phát đã được ghi nhận trên lâm sàng (LS) phần lớn do sỏi mật. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn bao gồm ung thư đường mật, nhồi máu gan, apxe gan hoặc tự phát.

Hầu hết các ổ tụ dịch mật nằm dưới hoành (subphrenic) hay D' gan (subhepatic). Các ổ tụ dịch mật D' bao gan thường sau mổ hay sau chấn thương. Ổ tụ dịch mật tự phát rất hiếm gặp (4: Akhtar MA, Bandyopadhyay D, Montgomery HD, Mahomed A. Spontaneous Idiopathic subcapsular. J Hepatobiliary Pancrea Surg 2007; 14: 579-81.

Nguyên nhân và cơ chế Biloma tự phát còn chưa rõ tuy nhiên các điều kiện thuận lợi góp phần tạo ra ổ tụ dịch mật là tăng áp lực đường mật do sỏi mật, U đường mật, co thắt cơ ODDI, hoại tử thành ống mật do sỏi, vỡ nang đường

mật hay túi thừa hoặc hoại tử gan (4)

- Majid MUSHTAQUE et al: Spontaneous hepatic subcapsular biloma: Report of three cases with review of the literature. Turk J Gastroenterol 2012; 23 (3): 284-289): Báo cáo 3 trường hợp biloma D' bao gan trong đó 2 BN có sỏi ống mật chủ (OMC), 1 BN ung thư phần thấp OMC. 3 BN này đều có Biloma D' bao gan do tăng áp lực đường mật (TALDM) thứ phát do tắc đường mật ngoài gan dẫn tới vỡ đường mật trong gan phía ngoại vị (đường mật hạ phân thùy gan: HPT) gây rò mật D' bao gan với triệu chứng LS đau DSP, đầy chướng bụng có sốt, buồn nôn, nôn...

Biloma thường gặp ở bên phải tuy nhiên các NC thấy rằng có tỷ lệ 40% biloma D' hoành trái và D' gan trái do dịch mật chảy qua mật hoành gan (3: Fujiwara et al. Spontaneous rupture of an intrahepatic bile duct with biloma treated by percutaneous drainage and endoscopic sphincterotomy. Am J Gastroenterol 1998; 93: 2282-4.),

- SA bụng và chụp CLVT bụng là phương pháp có độ nhạy cao trong chẩn đoán Biloma tuy nhiên CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán các biến chứng: CLVT có thể chẩn đoán khu trú tổn thương, cho biết kích thước, bản chất, số lượng ổ dịch, qua hệ giải phẫu vùng cũng như nguyên nhân gây biloma.

Các chẩn đoán phân biệt gồm: Ổ máu tụ, ổ huyết thanh, apxe gan, nang giả, lymphocel.

Các NC cho thấy hầu hết các Biloma có tỷ trọng < 20 HU.(9: Vazques JL et al. Evaluation and treatment of intraabdominal bilomas. AJR Am J Roentgenol 1985; 144: 933-8) tuy nhiên SA và CLVT không có khả năng phân biệt giữa biloma vs Seromas, lymphoceles, angiomas.

- Chụp MRI và xạ hình gan có thể chẩn đoán trong trường hợp rò mật xảy ra liên tục (điều trị và can thiệp không giảm). Chẩn đoán xác định khi chọc hút ra dịch mật và cấy mũ để xác định vi khuẩn. Chụp đường mật qua ERCP có thể chỉ định để xác định vị trí rò mật và khu trú tổn thương.

- Tổng kết từ 2001-2019 (Medline database) 28 ca biloma tự phát (19 tác giả) cho thấy: Tuổi TB  $66,7 \pm 12,1$ , 15 nam, 13 nữ. Không có triệu chứng đặc hiệu. Các triệu chứng thường gặp là đau bụng, sốt, nôn, buồn nôn, vàng da. Vị trí thường gặp nhất là D' bao (25%) và D' gan (21,4%). Vị trí tổn thương đường mật là ống gan trái (39,3%), ống gan phải (7,1%), không xác định được vị trí 25%. Sỏi OMC chiếm 75% nguyên nhân (22/28 ca), ung thư đường mật 14,3%. Phẫu thuật chiếm 53,6% biloma tự phát, 21,4% theo dõi, 8,6% can thiệp qua nội soi

hoặc ERCP.

- BN của chúng tôi có TS phẫu thuật cắt GTBDD do ung thư dạ dày, không cắt túi mật cũng như không can thiệp đường mật, tuy nhiên ngày 14 sau mổ DL ra ít dịch máu (có thể do vỡ đường mật tự phát D' bao gan). Sau mổ cắt GTBDD 2 tháng xuất hiện, đau DSP, sốt không rõ. SA bụng và CLVT bụng thấy ổ tụ dịch mật D' bao gan phải > 13 cm, không có dịch OB. Chụp MRC ổ tụ dịch mật tiệm cận với đường mật HPT VI-VII. Chúng tôi không chụp được ERCP tuy nhiên DL D' SA hút ra > 500 ml dịch mật, cấy dịch mật (-). Sond DL được lưu 2 tuần. SA và CLVT đánh giá lại Ổ dịch còn 5-1 cm, DL không ra thêm sau 2 tuần. BN không đau bụng, không sốt. Các XN máu và sinh hóa bình thường. DL được rút sau 2 tuần.

Về nguyên nhân xuất hiện ổ tụ dịch mật tự phát chúng tôi thấy rằng đây là BN có TS uống rượu, mới được phẫu thuật cắt GTBDD có loét hành tá tràng nên mồm tá tràng sâu, khó đóng mồm tá tràng. Mặt khác nạn vét hạch nhóm 12, hoặc do có hoại tử, vỡ gan tự phát (vỡ độ 1,2,3) (Sau mổ 7-8 ngày có đợt DL ra máu đỏ, phải truyền máu). Có thể đây là những điều kiện thuận lợi gây tăng áp lực đường mật và vỡ đường mật ngoại vị HPT VI, HPTVII tạo thành ổ tụ dịch mật.

Cho tới nay phần lớn các ổ tụ dịch mật có chỉ định điều trị, chủ yếu là can thiệp qua da D' SA hay CLVT. Trong trường hợp ổ tụ dịch mật do sỏi ống mật chủ. Nội soi mật tụy ngược dòng lấy sỏi và chụp đường mật được chỉ định. Có thể cắt cơ ODDi và đặt stent đường mật ngược dòng làm giảm áp đường mật. Chỉ định mổ đặt ra khi không lấy được sỏi OMC qua ERCP.

- Thái Nguyên Hưng báo cáo 10 BN tăng áp lực ổ bụng do chấn thương (CT) gan trong đó có 2 BN viêm phúc mạc mật và TALOB được PTNS hút rửa và dẫn lưu ổ bụng. 2 BN khác có ổ tụ dịch mật sau CT gan và rò mật được dẫn lưu D' SA nhưng lượng dịch mật qua DL không giảm. Chụp đường mật ngược dòng qua ERCP thấy có tổn thương đường mật phân thùy sau (PTS), BN khác có tổn thương OMC (ở ngã 3, chụp đường mật thuốc ko ngấm vào đường mật trong gan). 2 BN này được can thiệp cắt cơ ODDi và Stent đường mật. Kết quả áp lực ổ bụng giảm, lượng dịch mật rò giảm dần và hết không cần phẫu thuật.

- Thái Nguyên Hưng báo cáo 15 BN biến chứng muện CT gan trong đó có 10 ca có viêm phúc mạc (VPM) mật, rò mật hay tăng áp lực ổ bụng. Xử trí bao gồm 2 ca PTNS, 1 ca mổ mở hút rửa DL dịch mật (3 ca VPM mật), 3 ca rò mật và ổ tụ dịch mật được mổ cắt gan trái (1 ca); 2

ca khác được dẫn lưu dưới SA. 3 BN khác rò mật và TALOB được mổ DL dịch mật (1 ca), DL dưới SA (1 ca), DL dưới SA và chụp đường mật ngược dòng, cắt cơ ODDi, stent đường mật. 1 ca khác rò mật, ổ tụ dịch mật và hoại tử tế bào gan được DL dưới SA. 100% các BN đều hết rò mật và không còn ổ biloma.

## V. KẾT LUẬN

Ổ tụ dịch mật tự phát dưới bao gan vô cùng hiếm gặp. Các ổ tụ dịch mật có thể dưới bao gan hoặc dưới gan, ngoài đường mật trong gan và ngoài gan. Triệu chứng lâm sàng thường là đau bụng dưới sườn phải, thượng vị, có thể có sốt. Siêu âm và CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán ổ tụ dịch mật (chụp CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu 90%). Chụp cộng hưởng từ đường mật có độ nhạy và độ đặc hiệu >95% trong chẩn đoán ổ tụ dịch mật. Có thể xác định vị trí tổn thương đường mật, giãn hay hẹp đường mật, quan hệ giải phẫu giữa ổ tụ dịch mật và đường mật trong ngoài gan. Điều trị chủ yếu là dẫn lưu qua da dưới siêu âm hay CLVT phối hợp với điều trị kháng sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Christoforidis E et al.** A single center experience in minimally invasive treatment of postcholecystectomy bile leak, complicated with biloma formation. *J Surg Res* 2007; 141:171-5.
2. **Akhtar MA, Bandyopadhyay D, Montgomery HD, Mahomed A.** Spontaneous Idiopathic subcapsular. *J Hepatobiliary Pancrea Surg* 2007; 14: 579-81.
3. **Majid MUSHTAQUE et al:** Spontaneous hepatic subcapsular biloma: Report of three cases with review of the literature. *Turk J Gastroenterol* 2012; 23 (3): 284-289).
4. **FuJiwaru et al.** Spontaneous rupture of an intrahepatic bile duct with biloma treated by percutaneous drainage and endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol* 1998;93: 2282-4.
5. **Vazques JL et al.** Evaluation and treatment of intraabdominal bilomas. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 144: 933-8 .
6. **Thái Nguyên Hưng.** Đánh giá kết quả ban đầu chẩn đoán và điều trị tăng áp lực ổ bụng sau chấn thương gan nhân 10 trường hợp. *Tạp chí Phẫu Thuật Nội Soi và Nội Soi Việt Nam.* 3(9) 2019 : 30-37.
7. **Thái Nguyên Hưng.** Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị các biến chứng muộn chấn thương gan. *Tạp chí Y học Việt nam;* tháng 2 (1) 2022: 76-81.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU THẦN KINH HÔNG TO CÓ THOẠI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG CỦA PHÁC ĐỒ TAM TÝ THANG GIA GIẢM, KẾT HỢP VỚI ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP, BẤM HUYỆT

Hồ Duy Thương<sup>1</sup>, Lâm Văn Nút<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị đau thần kinh hông to có thoái hóa cột sống thắt lưng bằng bài thuốc "Tam tý thang" gia giảm kết hợp châm điện, xoa bóp, bấm huyệt; Khảo sát tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp này. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng mở so sánh trước và sau điều trị trên 33 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị hội chứng thắt lưng hông to có thoái hóa cột sống thắt lưng tại Khoa Y học cổ truyền Bệnh viện đa khoa huyện Nghi Xuân - Hà Tĩnh từ tháng 5/2016 đến hết tháng 9/2016. **Kết quả:** Điều trị đau thần kinh hông to thể phong hàn thấp cùng với can thận hư bằng uống thuốc bằng bài "Tam tý thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau rõ rệt: Mức độ đau tại D0, đau vừa 30 bệnh

nhân, đau nặng có 3 bệnh nhân. Đến D16 không đau 14 bệnh nhân, đau nhẹ 18 bệnh nhân, đau vừa 1 bệnh nhân, không có bệnh nhân nào đau nặng. Dấu hiệu Valleix tại D0, 1 điểm có 1 bệnh nhân, 2 điểm có 2 bệnh nhân, 3 điểm có 5 bệnh nhân, 4 điểm có 7 bệnh nhân, 5 điểm có 18 bệnh nhân. Đến D16, 0 điểm có 11 bệnh nhân, 1 điểm có 11 bệnh nhân, 2 điểm có 8 bệnh nhân, 3 điểm có 2 bệnh nhân, 4 điểm có 1 bệnh nhân, 5 điểm không có bệnh nhân nào. Dấu hiệu Lasegue tại D0, có 31 bệnh nhân Lasegue 45° - 75°, có 2 bệnh nhân Lasegue 30° - 45°. Đến D16, Lasegue lớn hơn 75° là 30 bệnh nhân, Lasegue 45° - 75° là 3 bệnh nhân. Kết quả điều trị chung: Loại A: 42,42%, Loại B: 48,49%, Loại C: 9,09%. **Kết luận:** Điều trị đau thần kinh hông to thể phong hàn thấp cùng với can thận hư bằng uống thuốc bằng bài "Tam tý thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyệt có tác dụng giảm đau rõ rệt. Khi điều trị đau dây thần kinh hông to thể phong hàn thấp bằng uống bài "Tam tý thang" gia giảm và châm điện, xoa bóp bấm huyệt không có tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và trên cận lâm sàng.

**Từ khóa:** Đánh giá kết quả điều trị, đau thần kinh hông to, thoái hóa cột sống thắt lưng, phác đồ tam tý thang gia giảm, điện châm, xoa bóp, bấm huyệt.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa huyện Nghi Xuân

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Duy Thương

Email: hothuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 21.11.2024