

- Grenville A, Lea R.** Prevalence of primary dysmenorrhea in Canada. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005; **27(8)**:765-70.
4. **Pitts MK, Ferris JA, Smith AM, Shelley JM, et al.** Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Med J Aust.* 2008; **189(3)**:138-43.
5. **Ngô Thị Hiếu Hằng, Bùi Phạm Minh Mẫn.** Đánh giá hiệu quả giảm đau bằng phương pháp nhĩ châm ở các huyết tử cung, nội tiết, giao cảm, gan, bụng trên bệnh nhân đau bụng kinh. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ.* 2019; **61(12)**:5-8.
6. **Alshabany AS, Abd El-Mawgod MM1, Al-Anazi AM.** Epidemiology of dysmenorrhea among secondary-school students in Northern Saudi Arabia. *J Egypt Public Health Assoc.* 2016; **91(3)**:115-19.
7. **Pembe AB, Ndolele NT.** Dysmenorrhoea and coping strategies among secondary school adolescents in Ilala District, Tanzania. *East Afr J Public Health.* 2011; **8(3)**:232-36.
8. **Banikarim C, Chacko MR, Kelder SH.** Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000; **154(12)**:1226-29.
9. **Zannoni L, Giorgi M, Spagnolo E, Montanari G, Villa G, Seracchioli R.** Dysmenorrhea, absenteeism from school, and symptoms suspicious for endometriosis in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2014; **27**:258-265.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: CHẢY MÁU ĐƯỜNG MẬT DO SỎI Ở BỆNH NHÂN MẮC BỆNH CAROLI

Nguyễn Thành Luân, Nguyễn Minh Tuấn, Lê Văn Thục
Nguyễn Tiến Mạnh, Trần Nam Long, Nguyễn Đình Hợp, Lò Đức Thành.

TÓM TẮT

Bệnh Caroli là một bệnh bẩm sinh hiếm gặp về gan, đặc trưng bởi sự giãn nở của đường mật trong gan. Biến chứng hay gặp của bệnh Caroli là sỏi trong gan. Với sự có mặt của sỏi trong gan dẫn đến ứ mật, làm tăng nguy cơ viêm đường mật, từ đó gây biến chứng chảy máu đường mật, với các biểu hiện lâm sàng về xuất huyết tiêu hóa cao, diễn biến nặng thì có thể gây mất máu cấp, có thể gây tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Do vậy chẩn đoán và xử trí chảy máu đường mật trong gan cần nhanh chóng, hiệu quả. **Mục tiêu:** Chúng tôi báo cáo những thông tin về lâm sàng và bệnh học của trường hợp chảy máu đường mật trong gan trên nền bệnh nhân mang bệnh Caroli, sỏi đường mật trong gan và tổng quan y văn có liên quan đến trường hợp hiếm gặp này.

SUMMARY

HEMOBILIA BY INTRAHEPATIC STONES IN CAROLI'S DISEASE: A CASE REPORT

Caroli's disease is a rare congenital disease of the liver characterized by cystic dilation of the intrahepatic bile duct. The most common complication of Caroli's disease is stones in the liver. With the presence of stones in the liver can lead to cholestasis, increasing the risk of cholangitis, thereby causing biliary bleeding complications. With clinical manifestations of high gastrointestinal bleeding, severe can cause acute blood loss, the disease can be fatal if not diagnosed and treated promptly. Therefore, the diagnosis and treatment of intrahepatic biliary tract bleeding need to

be quick and effective. **Conclusion:** Hemobilia/ **Intrahepatic Stones in Caroli's disease** is uncommon on synchronously or metachronously. Open parenchymal hepatic remove stone, hemostasis, cyst drainage along with kerh drainage are a surgical treatment method with good results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn đường mật trong gan bẩm sinh được báo cáo lần đầu tiên vào năm 1958 bởi Jacques Caroli nên còn được gọi là bệnh Caroli, là một bệnh bẩm sinh hiếm gặp về gan đặc trưng bởi sự giãn nở của đường mật trong gan [1]. Một trong số những biến chứng hay gặp của bệnh Caroli là sỏi trong gan, chiếm tỉ lệ cao (15 – 30%), sỏi đường mật ở nước ta mà chủ yếu là sỏi bilirubin [1] [2]. Với sự góp mặt của sỏi trong gan có thể dẫn đến ứ mật, làm tăng nguy cơ viêm đường mật, từ đó gây nên biến chứng chảy máu đường mật [3].

Chảy máu đường mật là tồn tại một sự thông thương bất thường giữa một mạch máu của hệ thống mạch trong gan với hệ thống đường mật. Bệnh thường có biểu hiện đau bụng, xuất huyết tiêu hóa trên và vàng da [4]. Nguyên nhân gây chảy máu đường mật thường do sỏi hoặc sự giãn quá mức của đường mật làm rách tại vị trí chia nhánh của đường mật. Chảy máu đường mật có thể gây tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời [5].

Trên nền của bệnh nhân mắc chứng bệnh Caroli thì chảy máu đường mật càng trở nên nguy hiểm. Ngày 07/10/2021 tại Bệnh viện 19.8 chúng tôi điều trị phẫu thuật thành công đã một trường hợp sau khi được chẩn đoán chảy máu đường mật trong gan/sỏi đường mật trong gan – Caroli.

*Bệnh viện 198

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: drluanbv198@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2021

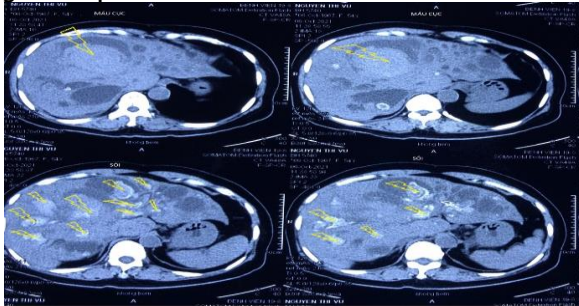
Ngày duyệt bài: 10.01.2022

I. CA LÂM SÀNG

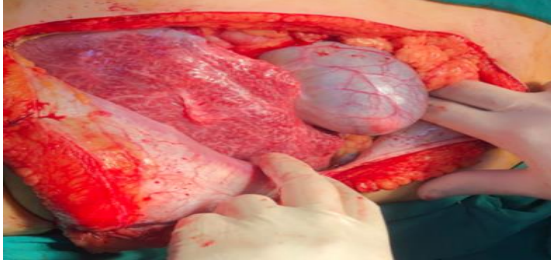
Bệnh nhân Nguyễn Thị V. Nữ. 54 tuổi. Vào viện ngày: 05/10/2021. Lý do vào viện: đau bụng, sốt và đi ngoài phân đen. Tiền sử: sỏi đường mật trong gan, nang gan phát hiện cách nhiều năm. Đợt này cách vào viện 02 tuần, đau bụng thượng vị và hạ sườn (phải) âm ỉ, quặn cơn ngắn, 20-30 phút/cơn, có lúc đau nhiều lan lên vai phải, sốt nhiệt độ dao động 38^o đến 39^o, không nôn, không rối loạn đại – tiểu tiện. nhập viện khám thấy: tỉnh; da – niêm mạc hồng nhợt; sốt nhiệt độ 38^o. Bụng mềm, hạ sườn phải ấn tức, không có phản ứng thành bụng, hội chứng thiếu máu rõ, hội chứng vàng da (-). Mạch 80 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg.

Cận lâm sàng cho thấy: Siêu âm ổ bụng: Giãn và sỏi đường mật trong gan, búi túi mật, nang thận 2 bên, dịch Douglas 25mm. Chụp CLVT ổ bụng: Hình ảnh giãn đường mật trong và ngoài gan do sỏi đường mật trong gan. Chảy máu đường mật gan phải, máu chảy xuống ống mật chủ (hình A), dịch tự do ổ bụng. Nội soi dạ dày: DII tá tràng có nhiều máu đỏ thẫm, có máu chảy ra từ vị trí như Vater, viêm hang vị. Công thức máu: Hồng cầu: 2,7 T/l, Hb 7,8g/l, Hct: 23,1%; bạch cầu: 7,4 G/l, N: 76,2%, tiểu cầu: 189 T/l. Sinh hóa máu: AST/ALT (U/l): 95.0/ 55.3; Billirubin TP / TT(μmol/l): 17.6/ 9.5. Các kết quả tiền phẫu cho phép phẫu thuật với thang điểm ASA= 2.

Bệnh nhân được chẩn đoán: chảy máu trong nang đường mật trong gan/ sỏi đường mật trong gan – Bệnh Caroli.



Hình ảnh chụp CT-Scanner trước mổ (A)



Hình ảnh tổn thương tại gan (B)



Sỏi đường mật (C)

Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 07/10/2021. Đường mổ trắng giữa trên – dưới rốn kết hợp mở ngang. Vào ổ bụng thấy túi mật căng to, thành túi mật phù nề, gan xơ, mật độ mềm, bờ tù; ống mật chủ giãn, kích thước khoảng 3cm. Bề mặt gan phải thấy có 02 tổn thương dạng nang lớn nổi gồ lên, sờ qua bề mặt nang thấy có nhiều sỏi cứng, kích thước lớn, ngoài ra còn có một vài nang nhỏ hơn ở các hạ phân thùy khác (hình B). Vòm hoành nhẵn, dạ dày – ruột non – đại tràng không thấy tổn thương, ổ bụng có ít dịch tiết, trong lòng ống tiêu hóa có nhiều dịch máu đen. Phương pháp phẫu thuật: cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi, mở nhu mô gan phải qua 02 vị trí nang gồ lên, nang là đường mật giãn, kích thước chỗ lớn nhất khoảng 10cm, trong lòng chứa nhiều máu cục và sỏi (viên lớn nhất kích thước 7cm) (hình C). Vị trí chảy máu là thành đường mật chỗ chia nhánh. Lấy hết sỏi, khâu cầm máu thành đường mật, kiểm tra đường mật thông xuống ống mật chủ. Bơm rửa, đặt dẫn lưu nang qua nhu mô, dẫn lưu Kerh, dẫn lưu ổ bụng: dưới gan và douglas.

Hậu phẫu bệnh nhân hồi phục tốt, không ghi nhận biến chứng sau mổ. Dẫn lưu ổ bụng ra dịch hồng, số lượng giảm dần và rút hết dẫn lưu ổ bụng ngày 4 sau mổ. Dẫn lưu nang đường mật gan phải ra khoảng 1500ml dịch mật (không lẫn máu) trong ngày hậu phẫu 1, 2, 3. Sau đó số lượng giảm dần vào các ngày tiếp theo, chỉ định kẹp theo dõi vào ngày hậu phẫu thứ 10 và lần lượt rút vào ngày hậu phẫu 13 và 14 sau khi đánh giá không có biến chứng, xì rò chân dẫn lưu. Dẫn lưu Kerh ra khoảng 300ml dịch mật vào ngày thứ 1 sau mổ và lưu thông tốt các ngày tiếp theo. Bệnh nhân được cho ra viện ngày 28/10/2021 (hậu phẫu ngày 21), lưu Kerh và hẹn tái khám sau 2 tháng xét rút.

IV. BÀN LUẬN

3.1 Chẩn đoán, nguyên nhân gây bệnh.

Bệnh Caroli là dị tật hiếm gặp đặc trưng bởi sự dẫn nở bẩm sinh các đường mật trong gan. Đây là một rối loạn rất hiếm, tỷ lệ gặp 1/1.000.000 dân số, được quy định bởi gen lặn nằm trên NST thường. Tỷ lệ mắc bệnh Caroli

là như nhau ở nam giới và phụ nữ, bệnh thường biểu hiện ở trẻ sơ sinh hoặc trong tuổi vị thành niên. Cơ chế bệnh sinh của sự dẫn nở này được cho là có liên quan tới sự cuốn vào không hoàn toàn của các tấm ống trong lúc hình thành các cơ quan ở bào thai. Sự bất thường về phát triển của tấm ống dẫn đến hệ quả là ống mật dẫn dạng túi từng đoạn và thông thương với nhau. Đặc biệt các ống mật dẫn này bao quanh một phần hay toàn phần cuống mạch cửa. Bệnh Caroli thường diễn biến âm thầm, kéo dài, được chẩn đoán một cách tình cờ qua siêu âm, chụp CT-Scanner ổ bụng hoặc khi có các biến chứng của bệnh. Biểu hiện với đau bụng liên tục và gan to, và đôi khi có vàng da, nguyên nhân do ứ mật dẫn đến sỏi đường mật và nhiễm trùng thứ cấp dẫn đến viêm đường mật nhiễm trùng huyết, áp xe trong gan và dưới hoành. Bệnh cũng có thể làm tăng áp lực tĩnh mạch cửa dẫn đến nôn ra máu hoặc phân đen thứ phát từ chảy máu do vỡ dẫn tĩnh mạch.

Bệnh nhân của chúng tôi đến viện với bệnh cảnh có xuất huyết tiêu hóa/Bệnh caroli đã được chẩn đoán trước đó. Tuy nhiên qua nội soi dạ dày tá tràng và thực tế trong mổ xác định xuất huyết tiêu hóa do chảy máu đường mật, không phải do nguyên nhân xơ gan gây tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Chảy máu đường mật ở bệnh nhân này có nguyên nhân do sỏi gây tắc, làm đường mật giãn quá mức dẫn đến tại vị trí chia nhánh ống mật bị xé. Đây là biến chứng hiếm gặp trên lâm sàng. Theo Green và cộng sự cho thấy 43% trường hợp chảy máu đường mật có thể điều trị bảo tồn, 36% trường hợp có thể được can thiệp nút mạch. Các nghiên cứu khác trên chảy máu đường mật thể nặng cũng đã chỉ ra rằng điều trị bảo tồn đã được sử dụng thường xuyên nhất (truyền máu). Trong trường hợp có nguyên nhân tắc nghẽn thì ưu tiên giải phóng đường mật bằng cách lấy sỏi, dẫn lưu đường mật kết hợp điều trị nội tích cực: kháng sinh mạnh, hồi sức gan [6]. Năm 2016 Daniel Ion, Carmen Iuliana Mavrodin và cộng sự cũng đã báo cáo 1 trường hợp chẩn đoán chảy máu đường mật, bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp mạch [7].

3.2 Các kỹ thuật đã được thực hiện ở bệnh nhân. Hiện nay để điều trị cho các bệnh nhân mắc bệnh Caroli chưa có phương pháp thống nhất, việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào tình trạng bệnh và kinh nghiệm của thầy thuốc. Có nhiều phương pháp được các tác giả đề xuất: Cắt gan vùng có tổn thương (với những bệnh nhân có giãn đường mật khu trú), cắt gan và lấy sỏi đường mật, nút mạch gan

chọn lọc cầm máu, ghép gan với những trường hợp giãn toàn bộ đường mật gan suy...

Bệnh nhân của chúng tôi đến viện trong tình trạng chảy máu đường mật nặng, siêu âm và chụp CT-Scanner thấy đường mật giãn lớn có nhiều sỏi. Do đó chúng tôi không thực hiện can thiệp mạch để cầm máu.

Quan sát trong mổ, chúng tôi thấy gan xơ nhiều, có 02 nang lớn ở các hạ phân thùy 5, 8, kích thước khoảng 8x10cm chiếm phần lớn thể tích gan phải, ranh giới nang hạn chế đánh giá, chọc dò nang thấy có dịch mật kèm với máu chảy ra số lượng nhiều. Do vậy vấn đề cắt gan trên nền bệnh nhân hiện tại là không thể, ngoài ra thấy vài nang nhỏ ở các hạ phân thùy khác, túi mật căng to, ống mật chủ giãn căng đường kính ≈ 3 cm. Sau khi đánh giá tổn thương thực thể chúng tôi quyết định: Cắt túi mật, mở ống mật chủ lấy sỏi, mở nhu mô gan vào 2 nang lớn ở hạ phân thùy 5 và 8, trong lòng nang chứa đầy máu cục và nhiều sỏi, vị trí chảy máu là vị trí chi nhánh của đường mật bị rách ở hạ phân thùy 5, khâu vị trí chảy máu bằng chỉ PDS 5/0.

Năm 2005 Kasahun đã nghiên cứu 33 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh caroli, trong đó phẫu thuật cắt gan được thực hiện trên 27 bệnh nhân, có 2 trường hợp được chỉ định ghép gan và cho kết quả tốt sau phẫu thuật. Kết luận cắt một phần gan cho bệnh Caroli khu trú có khả năng chữa khỏi. Ở những bệnh nhân mắc bệnh Caroli lan tỏa ghép gan mang lại kết quả về lâu dài [8].

Năm 2010 G. Clemente và cộng sự nghiên cứu 49 trường hợp cắt gan lấy sỏi trong gan trong giãn ống mật bẩm sinh cho kết quả 47 người được phẫu thuật cắt gan. Trong phần lớn các trường hợp, bệnh chỉ giới hạn ở thùy trái và phẫu thuật cắt gan trái được thực hiện phổ biến nhất. Tỷ lệ tử vong trong phẫu thuật là 0%. Ung thư đường mật được chẩn đoán trong sáu trường hợp (12,2%). Trong 91,6% trường hợp, kết quả lâu dài là tốt hoặc khả quan tốt hoặc hài lòng. Kết luận mục tiêu điều trị trong mọi trường hợp phải là loại bỏ sỏi trong gan, ngăn ngừa sỏi tái phát và phòng ngừa hoặc chữa khỏi ung thư đường mật. Phẫu thuật cắt bỏ là phương pháp điều trị tốt nhất có thể cho những bệnh nhân có triệu chứng bị bệnh khu trú [9].

Năm 2015 Satvik Jhamb, MD và cộng sự đã báo cáo 01 trường hợp bệnh nhân 47 tuổi phẫu thuật cắt gan trái thành công điều trị bệnh sỏi đường mật trong gan trên nền bệnh giãn đường mật trong gan bẩm sinh [3].

Năm 2016 Daniel Ion, Carmen Iuliana Mavrodin và cộng sự cũng đã báo cáo 1 trường

hợp chẩn đoán chảy máu đường mật. Kết luận can thiệp mạch là phương pháp điều trị đầu tiên. Thất động mạch chọn lọc hoặc cắt gan vẫn là những lựa chọn trong trường hợp không có cơ sở vật chất để tiến hành chụp mạch hoặc không có kết quả sau khi can thiệp mạch thất bại [7].

Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật lấy sỏi, cầm máu và dẫn lưu đường mật cho bệnh Caroli có biến chứng chưa thấy được các tác giả nào nêu trước đây. Tuy nhiên chúng tôi vẫn lựa chọn áp dụng cho bệnh nhân này với lý do: (1) Bệnh nhân có giãn đường mật lớn và lan tỏa nên không thể cắt gan được, (2) ngoài chảy máu, đường mật còn có rất nhiều sỏi nên việc can thiệp nút mạch là không hợp lý, (3) mặc dù giãn đường mật lan tỏa nhưng chức năng gan còn tốt, mặt khác ghép gan là một phương pháp điều trị phức tạp và tốn kém nên áp dụng cho bệnh nhân này cũng chưa phù hợp, (4) sau khi lấy hết sỏi kiểm tra thấy đường mật lưu thông tốt xuống ống mật chủ và tá tràng.

Sau mổ bệnh nhân diễn biến tốt dần, không còn tình trạng chảy máu đường mật (các dẫn lưu đường mật không có máu), chức năng gan hồi phục (xét nghiệm men gan GOT/GPT về trị số bình thường vào ngày thứ 10 sau mổ), Bệnh nhân được rút các dẫn lưu ổ bụng vào ngày thứ 4, các dẫn lưu đường mật gan phải rút vào ngày thứ 13 và 14 sau mổ. Bệnh nhân ra viện sau mổ 21 ngày, được hẹn tái khám, chụp X-quang đường mật kiểm tra và rút kerh ống mật chủ sau mổ 2 tháng.

Tuy nhiên đây mới là kết quả sớm, để đánh giá kết quả đầy đủ về sự lưu thông mật, hình thành sỏi tái phát bệnh nhân cần được theo dõi

tình trạng bệnh lâu dài về sau.

V. KẾT LUẬN

Chảy máu đường mật/sỏi đường mật trong gan ở bệnh Caroli hiếm gặp trên thực hành lâm sàng. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh ngày càng hiện đại đã giúp giúp tầm soát và chẩn đoán bệnh tốt hơn. Mở nhu mô gan lấy sỏi, cầm máu, đặt dẫn lưu nang cùng với dẫn lưu kerh là một phương pháp điều trị phẫu thuật bước đầu cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ananthkrishnan, A. N. and K. Saeian (2007).** "Caroli's disease: identification and treatment strategy." *Current gastroenterology reports* 9(2): 151-155.
2. **Bệnh viện đa khoa Bình dân. (2017).** "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị: sỏi đường mật trong ngoài gan." 172 - 176.
3. **Jhamb, S., et al. (2015).** "Intrahepatic stones from congenital biliary dilatation." *Ochsner Journal* 15(1): 102-105.
4. **GROVE, W. J. (1961).** "Biliary tract hemorrhage as a cause of hematemesis." *Archives of Surgery* 83(1): 67-72.
5. **SƠN, T. H., et al. (2013).** "Xuất huyết tiêu hóa: Các nguyên nhân và thái độ xử trí." *Y học thực hành* (886) - SỐ 11/2013.
6. **Green, M., et al. (2001).** "Haemobilia." *Journal of British Surgery* 88(6): 773-786.
7. **Ion, D., et al. (2016).** "Haemobilia-A Rare Cause of Upper Gastro-Intestinal Bleeding." *Chirurgia (Bucharest, Romania: 1990)* 111(6): 509-512.
8. **Kassahun, W. T., et al. (2005).** "Caroli's disease: liver resection and liver transplantation. Experience in 33 patients." *Surgery* 138(5): 888-898.
9. **Clemente, G., et al. (2010).** "Liver resection for intrahepatic stones in congenital bile duct dilatation." *Journal of Visceral surgery* 147(3): e175-e180.

NHẬN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN VỀ THỰC TRẠNG QUẢN LÝ BẠO HÀNH TẠI NƠI LÀM VIỆC

Nguyễn Hoàng Long*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả nhận thức của điều dưỡng viên về thực trạng quản lý bạo hành tại nơi làm việc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 201 học viên điều dưỡng tại Trường Đại

học Y Dược Thái Nguyên. Số liệu được thu thập qua phát vấn bằng bảng hỏi. **Kết quả:** 54,7% điều dưỡng viên cho biết bệnh viện có quy trình báo cáo bạo hành, 18,4% trả lời không có và 26,9% không biết bệnh viện có quy trình đó hay không. 22,9% điều dưỡng viên chứng kiến bạo hành tại nơi làm việc cho biết bệnh viện không xử lý, hoặc không biết bệnh viện có xử lý gì không với sự việc mà mình chứng kiến. 14,9% người được biết cách xử lý của bệnh viện không hài lòng với giải pháp được đưa ra. **Kết luận:** Các cơ sở y tế cần xây dựng quy trình xử lý bạo hành, nâng cao nhận thức của điều dưỡng viên về các quy trình đó, cũng như cần nâng cao hiệu quả của các biện pháp xử lý sau bạo hành.

*Viện Khoa học Sức khỏe, Trường Đại học VinUni

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: long.nh@vinuni.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.12.2021

Ngày duyệt bài: 10.01.2022