

- al (2013). Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol*, 208 (3), 219.e211-217.
- G. Garmi and R. Salim** (2012). Epidemiology, etiology, diagnosis, and management of placenta accreta. *Obstet Gynecol Int*, 2012, 873929.
 - S. Wu, M. Kocherginsky and J. U. Hibbard** (2005). Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 192 (5), 1458-1461.
 - R. Faranesh, S. Romano, E. Shalev et al** (2007). Suggested approach for management of placenta percreta invading the urinary bladder. *Obstet Gynecol*, 110 (2 Pt 2), 512-515.
 - G. M. Mussalli, J. Shah, D. J. Berck et al** (2000). Placenta accreta and methotrexate therapy: three case reports. *J Perinatol*, 20 (5), 331-334.
 - K. E. Fitzpatrick, S. Sellers, P. Spark et al** (2012). Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study. *PLoS One*, 7 (12), e52893.
 - N. Đ. Hình** (1999). So sánh mổ lấy thai vì RTĐ ở 2 giai đoạn 1989 – 1990 và 1993 – 1994 tại viện BVBMSTSS. *Tạp chí thông tin y dược, Số đặc biệt chuyên đề Sản phụ khoa*, 12/ 1999, 107 – 111.
 - P. T. P. Lan** (2007). Biến chứng của rau tiền đạo ở những sản phụ có sẹo mổ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1/2002 – 12/2006, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
 - N. T. Công** (2017). Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược ở thai phụ có sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Hà Nội.
 - N. A. Quang** (2022). Nghiên cứu vai trò của siêu âm Doppler và chụp cộng hưởng từ ở những thai phụ rau cài răng lược rau tiền đạo có sẹo mổ cũ tại Bệnh viện Phụ sản trung ương, Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

RÒ TÚI MẬT - TÁ TRÀNG: THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Nguyễn Hoàng¹, Bùi Anh Hào²

TÓM TẮT

Rò đường mật – đường tiêu hóa là một biến chứng hiếm gặp của bệnh lý sỏi mật có thể gây nhiều hậu quả nặng nề với tỷ lệ tử vong cao. Trong đó rò túi mật – tá tràng là nhóm hay gặp nhất. Cùng với trình bày ca lâm sàng, chúng tôi xem xét lại y văn thế giới về chẩn đoán và điều trị biến chứng hiếm gặp này. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 51 tuổi tiền sử không có bệnh lý nền đặc biệt, vào viện vì đau bụng âm ỉ thượng vị, chán ăn, buồn nôn kèm sốt 38 độ C một tuần trước vào viện. Sau khi được thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng đầy đủ, bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật hoại tử thủng vào tá tràng. Bệnh nhân được mổ mở cắt túi mật, khâu lỗ thủng tá tràng. Quá trình hậu phẫu ổn định, bệnh nhân được ra viện 7 ngày sau mổ.

Từ khóa: Rò túi mật-tá tràng, Rò đường mật-đường tiêu hóa

SUMMARY

CHOLECYSTODUODENAL FISTULA: A CASE REPORT AND LITERATURE

Bilioenteric fistula is an uncommon complication of cholelithiasis that can cause many serious consequences with a high morbidity and mortality rate. Cholecystoduodenal fistula is most common

subtype. The report is followed by a review of the literature regarding the diagnostic and proper treatment of this rare entity. We present a case report of a 51-year-old male with no special underlying medical condition, who was admitted to the hospital because of dull epigastric abdominal pain, loss of appetite, nausea, and fever of 38 degrees Celsius in one week. The patient was diagnosed with necrotizing cholecystitis, cholecystoduodenal fistula after forming the proper clinical and paraclinical examination. The patient underwent open surgery to perform cholecystectomy and suture the duodenal perforation. The postoperative course was stable, the patient was discharged from the hospital 7 days after surgery.

Keywords: Cholecystoduodenal fistula, Bilioenteric fistula

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò đường mật – đường tiêu hóa là một biến chứng hiếm gặp của một bệnh lý thường gặp. Tỷ lệ mắc sỏi mật ở người trưởng thành phương tây từ 10-20%, trong số đó rò đường mật – đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ 0,2-0,5%.¹⁻² Vị trí rò đường mật- tiêu hóa có thể gặp bất cứ đâu trong ống tiêu hóa, thường gặp nhất rò túi mật-tá tràng chiếm 68%, túi mật-đại tràng chiếm 17%, túi mật-dạ dày chiếm 5%.³ Các triệu chứng hay gặp bao gồm đau bụng (75,9%), buồn nôn (44,8%), nôn (27,6%), sốt (20,7%).⁴ Đây là các triệu chứng không đặc hiệu và khó phân biệt với các bệnh lý đường tiêu hóa hay viêm túi mật cấp thông thường. Do đó hầu hết các trường hợp đều được chẩn đoán trong mổ.² Tuy nhiên với sự

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

phát triển của các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng, khả năng chẩn đoán trước mổ ngày càng được cải thiện.⁵ Bài viết này chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 51 tuổi chẩn đoán rò túi mật – tá tràng được phẫu thuật thành công tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

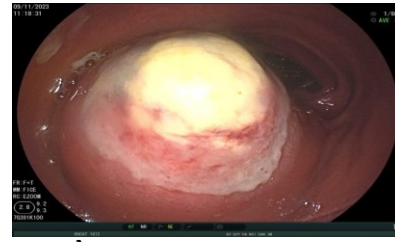
II. BÁO CÁO CASE LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 51 tuổi, tiền sử sỏi túi mật chưa điều trị, không phát hiện viêm loét dạ dày trước đó. Cách vào viện 1 tuần, bệnh nhân xuất hiện đau bụng thượng vị kèm buồn nôn. Cách vào viện 3 ngày bệnh nhân xuất hiện đau bụng thượng vị tăng kèm sốt 38 độ C, không có triệu chứng khác. Bệnh nhân được khám tại phòng khám ngoại trú, siêu âm cho kết quả cấu trúc nang dịch 54x40 mm không đồng nhất khó đánh giá thông thương với tá tràng và túi mật, thâm nhiễm xung quanh, túi mật thành dày 6 mm, trong nhiều sỏi bùn và ít dịch quanh túi mật 3 mm (Hình 1).

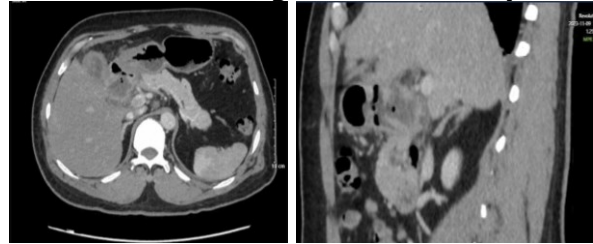


Hình 1: Túi mật dày thành và tổn thương dạng nang dịch quanh túi mật

Sau đó bệnh nhân được nhập viện điều trị và làm các cận lâm sàng chuyên sâu hơn để chẩn đoán. Nội soi thực quản dạ dày tá tràng cho kết quả mật trước hành tá tràng có khối đẩy lùi kích thước khoảng 2,5 cm, bề mặt có giả mạc trắng bám, quan sát thấy nhiều dịch mủ vàng chảy ra (Hình 2). Kiểm tra vi khuẩn Helicobacter pylori âm tính, không thấy tổn thương viêm tá tràng. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang có hình ảnh túi mật viêm hoại tử, niêm mạc có phần mất liên tục thông thương giữa lòng túi mật và ổ dịch khí cạnh túi mật kích thước 30x40 mm, đè đẩy vào hành tá tràng; tá tràng thành dày quanh chu vi, còn cấu trúc lớp, ngấm thuốc sau tiêm, không thấy thoát thuốc cản quang ra xung quanh (Hình 3).



Hình 2: Tổn thương trên hình ảnh nội soi



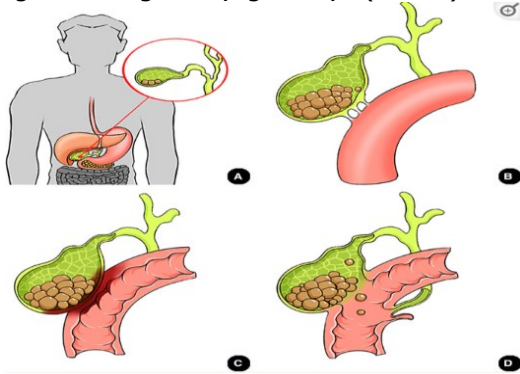
Hình 3: Tổn thương trên cắt lớp vi tính

Bệnh nhân được chẩn đoán: Viêm túi mật hoại tử, áp xe quanh túi mật theo dõi thủng vào tá tràng và được tiến hành phẫu thuật. Trong mổ, tổn thương là túi mật viêm dày thành được gan, và mạc nối lớn bọc lại thành một khối, mặt dưới túi mật viêm dính vào tá tràng. Sau khi phẫu tích thấy thành dưới phễu túi mật có điểm hoại tử gây thông thương với tá tràng, kích thước lỗ rò khoảng 0,5 cm. Bờ lỗ thủng tá tràng mềm mại. Như vậy ổ dịch khí trên phim chính là vùng phễu túi mật viêm hoại tử thủng vào tá tràng. Chẩn đoán trong mổ: Viêm túi mật hoại tử thủng vào tá tràng. Chúng tôi tiến hành cắt túi mật và khâu lỗ thủng hành tá tràng, luồn sonde dạ dày xuống tá tràng. Sau mổ bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch, hút sonde dạ dày áp lực thấp trong 5 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: Túi mật kích thước 8x3 cm, lỗ thủng đường kính 0,6, bờ lỗ thủng bám máu cục, thành túi mật dày (lớn nhất 0,6 cm). Các mảnh cắt mô tìm thấy cấu trúc bị thoái hóa hoại tử kèm xâm nhập nhiều tế bào viêm gồm lympho, tương bào, bạch cầu đa nhân trung tính. Không thấy tế bào ác tính. Sau đó bệnh nhân lâm sàng ổn định và ra viện sau mổ 7 ngày.

III. BÀN LUẬN

Ca lâm sàng đầu tiên được Thomas Bartholin mô tả vào năm 1654.⁶ Funakaga và cộng sự đã báo cáo 187 trường hợp rò túi mật-tá tràng trong đó 91% là do viêm túi mật, 4% viêm loét tá tràng và 4% ung thư biểu mô túi mật.⁷ Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng 75-90% trường hợp rò đường mật-tiêu hóa do sỏi mật, 5-6% trường hợp do viêm loét tá tràng.⁸ Cơ chế hình thành lỗ rò túi mật-đường tiêu hóa đã được nhiều nghiên

cứu chỉ ra: Trên nền các trường hợp đã có các đợt viêm túi mật gây dính túi mật vào các tạng xung quanh trước đó, sỏi túi mật đặc biệt là các sỏi để lên thành túi mật gây ra hiện tượng thiếu máu tại chỗ, dẫn đến hoại tử, thủng và cuối cùng là rò sang các tạng lân cận (Hình 4).^{4,8}



Hình 4: Cơ chế rò túi mật – đường tiêu hóa⁸

Bệnh nhân của chúng tôi được khám sức khỏe định kỳ, phát hiện sỏi và bùn túi mật trước đó nhưng chưa điều trị gì. Cận lâm sàng trước mổ hướng tới tình trạng viêm túi mật cấp, áp xe quanh túi mật, và không thấy đường rò rõ ràng trên hình ảnh cắt lớp tính. Tuy nhiên với hình ảnh tổn thương trên nội soi và thời gian khởi phát bệnh 1 tuần, chúng tôi quyết định mổ mở để xử lý tổn thương. Tổn thương trong mổ là viêm hoại tử túi mật thủng vào tá tràng với kích thước lỗ rò 0,5 cm, tương ứng với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Với kích thước tổn thương này rất khó để đánh giá đúng có rò tá tràng hay không trước mổ. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ chẩn đoán trước mổ chỉ vào khoảng 31-59%.^{4,5}

Các dấu hiệu giúp chẩn đoán xác định trước mổ cũng được Huang và cộng sự chỉ ra trong nghiên cứu: (1) Các đợt viêm túi mật lặp đi lặp lại trong thời gian dài (> 5 năm); (2) Hình ảnh khí trong túi mật trên siêu âm hoặc cắt lớp vi tính ổ bụng; (3) Xác định ranh giới giữa túi mật và tá tràng trên phim cắt lớp vi tính hay cộng hưởng từ; (4) Nội soi đường tiêu hóa xác định lỗ rò; (5) Tắc ruột với tam chứng Rigler.

Một biến chứng được báo cáo nhiều của tình trạng rò đường mật – đường tiêu hóa là Hội chứng Bouveret, được mô tả lần đầu tiên vào năm 1770 bởi Beaussier và sau đó vào năm 1896 Leon Bouveret đã công bố bài báo đầu tiên về tình trạng này (hội chứng Bouveret). Hội chứng Bouveret được định nghĩa là tình trạng tắc ruột cao do sự chèn ép của một hoặc nhiều sỏi mật trong tá tràng, thứ phát sau rò đường mật –

đường tiêu hóa.^{9,10} Đây là một dạng tắc ruột đặc biệt, xảy ra ở 3% trong số tất cả các trường hợp sỏi mật trong đường tiêu hóa, chiếm 1-3% trong tất cả các nguyên nhân gây tắc ruột. Đến năm 2008, đã có 300 trường hợp được công bố trên y văn thế giới với tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ tử vong lần lượt là 60% và 12-30%.³

Quan điểm điều trị các trường hợp này đã thay đổi theo thời gian. Có những báo cáo về việc chỉ xử lý sỏi mật gây tắc ruột (bằng nội soi tiêu hóa hay tán sỏi) mà không cắt túi mật hay đóng lỗ rò và lỗ rò có thể tự liền lại sau 30-60 ngày. Việc lựa chọn phương pháp điều trị này có thể xem xét ở những bệnh nhân bệnh lý nền nặng khi thực hiện mổ sẽ có nhiều nguy cơ.⁹ Tuy nhiên, việc để lại lỗ rò tạo điều kiện cho sự ứ đọng dịch mật khả năng tạo sỏi mật cũng như nguy cơ ung thư túi mật. Bossart và cộng sự đã báo cáo sự phát triển của ung thư biểu mô túi mật ở 15% bệnh nhân có lỗ rò đường mật so với 0,8% của tất cả các trường hợp cắt túi mật tại thời điểm đó. Armando và cộng sự cũng chỉ ra sự xuất hiện các biến chứng như viêm túi mật cấp, nhiễm trùng đường mật, tắc ruột do sỏi mật hay ung thư túi mật với tỷ lệ từ 5-17%.⁹ Do đó việc phẫu thuật cắt túi mật và xử lý rò tá tràng nên được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân có tình trạng toàn thân cho phép.¹²

IV. KẾT LUẬN

Rò túi mật – tá tràng là một biến chứng hiếm gặp của một bệnh lý thường gặp. Việc chẩn đoán xác định trước mổ tương đối khó khăn cần có kinh nghiệm lâm sàng vững chắc. Phẫu thuật cắt túi mật, xử lý đường rò là hướng điều trị ưu tiên đối với các bệnh nhân có đủ điều kiện mổ để tránh các biến chứng nặng nề hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Housset C.** Gallstone disease, towards a better understanding and clinical practice. *Curr Opin Gastroenterol.* 2018; 34(2): 57-58. doi: 10.1097/MOG.0000000000000425
2. **Duzgun AP, Ozmen MM, Ozer MV, Coskun F.** Internal biliary fistula due to cholelithiasis: A single-centre experience. *World J Gastroenterol WJG.* 2007; 13(34): 4606-4609. doi:10.3748/wjg.v13.i34.4606
3. **Masannat YA, Caplin S, Brown T.** A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, a case report. *World J Gastroenterol WJG.* 2006; 12(16): 2620-2621. doi:10.3748/wjg.v12.i16.2620
4. **Huang S fei, Han Y hong, Chen J, Zhang J, Huang H.** Surgical Management of Cholecystoenteric Fistula in Patients With and Without Gallstone Ileus: An Experience of 29

- Cases. *Front Surg.* 2022; 9: 950292. doi:10. 3389 /fsurg.2022.950292
- Li X yang, Zhao X, Zheng P, Kao XM, Xiang XS, Ji W.** Laparoscopic management of cholecystoenteric fistula: A single-center experience. *J Int Med Res.* 2017;45(3):1090-1097. doi:10.1177/0300060517699038
 - Ozkan A, Ozaydin I, Kaya M, Kucuk A, Katranci AO.** Malrotation-associated cholecystoduodenal fistula. *Am J Case Rep.* 2014; 15:18-21. doi:10.12659/AJCR.889903
 - Fukunaga H, Aoki Y, Katsumi M, et al.** Spontaneous internal biliary fistula. *J Jpn Pract Surg Soc.* 1982;43(2):173-82.
 - Hasan S, Khan Z, Darr U, et al.** Successful Endoscopic Treatment of Bouveret Syndrome in a Patient with Choledochoduodenal Fistula Complicating Duodenal Ulcer. *Case Rep Gastrointest Med.* 2017;2017:6918905. doi:10.1155/2017/6918905
 - Iñiguez A, Butte JM, Zúñiga JM, Crovari F, Llanos O.** Bouveret syndrome: Report of four cases. *Rev Médica Chile.* 2008;136(2):163-168. doi:10.4067/S0034-98872008000200004
 - Rivera Irigoín R, Ubiña Aznar E, García Fernández G, Navarro Jarabo JM, Fernández Pérez F, Sánchez Cantos A.** Síndrome de Bouveret resuelto mediante litotricia mecánica endoscópica. *Rev Esp Enfermedades Dig.* 2006;98 (10):790-792.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN TẠI PHÒNG KHÁM KHOA NỘI 1 BỆNH VIỆN SAINT PAUL THÁNG 11-12 NĂM 2020

Lê Văn Thêm¹, Phạm Thị Cẩm Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân hen phế quản tại phòng khám khoa Nội 1 bệnh viện Saint Paul tháng 11-12 năm 2020 **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang **Kết quả nghiên cứu:** Đa số người bệnh hen phế quản có độ tuổi trên 70 (40%), là nam giới (58%), trong gia đình có người bị hen (70%), không có tiền sử dị ứng (62%), không mắc bệnh hen từ nhỏ (76%). Đa số người bệnh có ho đờm trong (60%), xuất hiện cơn khó thở cả về đêm và khi thay đổi thời tiết (86%), nặng ngực nhiều lần chiếm 68%. Đa số người bệnh có tần số mạch trong giới hạn bình thường (92%), không sốt (100%), tần số thở trong giới hạn bình thường (96%). Đa số người bệnh không có cơ kéo cơ hô hấp phụ (98%), nghe phổi không có rale (92%), không có rale rít (98%). **Kết luận:** Đa số bệnh nhân hen phế quản ngoài cơn hen có các triệu chứng toàn thân và thực thể bình thường

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ASTHMA PATIENTS AT THE INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT 1 OF SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL, NOVEMBER-DECEMBER 2020

Objective: Describe the clinical characteristics of bronchial asthma patients at the clinic Internal 1 Saint Paul Hospital November-December 2020. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Research:** The majority of patients with asthma was over the age of

70 (40%), was male (58%), had a family history of asthma (70%), did not have a history of allergies (62%), and did not suffer from asthma in childhood (76%). Most patients had productive cough (60%), experienced episodes of nocturnal and weather-related shortness of breath (86%), and chest tightness, which occurred in 68% of cases. The majority of patients had a normal heart rate (92%), no fever (100%), and a normal respiratory rate (96%). Most patients did not exhibit accessory respiratory muscle involvement (98%), and lung auscultation reveals an absence of rales (92%) and stridor (98%). **Conclusion:** The majority of patients aside from asthma attacks, exhibit systemic and normal physical symptoms.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một vấn đề y tế toàn cầu nghiêm trọng ảnh hưởng đến tất cả mọi nhóm tuổi. Theo báo cáo của Tổ chức toàn cầu về hen (GINA) năm 2014: Tỷ lệ người mắc hen phế quản đang tăng lên tại nhiều quốc gia. Dù một số quốc gia đã giảm được số nhập viện và tử vong, hen phế quản vẫn tạo một gánh nặng không thể chấp nhận được lên hệ thống chăm sóc sức khỏe và lên xã hội qua việc mất năng suất nơi làm việc và sự xáo trộn của gia đình [5].

Hen là một bệnh rất nguy hiểm với nhiều hậu quả nghiêm trọng: Tử vong do hen cũng tăng rõ rệt ở nhiều nước. Mỗi năm trên thế giới có khoảng 250.000 trường hợp tử vong do hen, điều quan trọng hơn là 85% những trường hợp tử vong do hen có thể tránh được nếu được phát hiện sớm, điều trị đúng và kịp thời [1].

Chương trình phòng chống hen phế quản toàn cầu đã khẳng định hiệu quả trong điều trị

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024