

# BMJ Best Practice

## Viêm túi mật

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: Mar 29, 2018

# Mục Lục

<b>Tóm tắt</b>	<b>3</b>
<b>Thông tin cơ bản</b>	<b>4</b>
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	4
Phân loại	5
<b>Phòng ngừa</b>	<b>6</b>
Ngăn ngừa sơ cấp	6
Ngăn ngừa thứ cấp	6
<b>Chẩn đoán</b>	<b>7</b>
Tiền sử ca bệnh	7
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	7
Các yếu tố nguy cơ	8
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	9
Xét nghiệm chẩn đoán	10
Chẩn đoán khác biệt	11
Các tiêu chí chẩn đoán	12
<b>Điều trị</b>	<b>14</b>
Cách tiếp cận điều trị từng bước	14
Tổng quan về các chi tiết điều trị	17
Các lựa chọn điều trị	18
Giai đoạn đầu	24
<b>Liên lạc theo dõi</b>	<b>25</b>
Khuyến nghị	25
Các biến chứng	25
Tiên lượng	26
<b>Hướng dẫn</b>	<b>27</b>
Hướng dẫn chẩn đoán	27
Hướng dẫn điều trị	27
<b>Điểm số bằng chứng</b>	<b>29</b>
<b>Tài liệu tham khảo</b>	<b>30</b>
<b>Hình ảnh</b>	<b>35</b>
<b>Tuyên bố miễn trách nhiệm</b>	<b>37</b>

## Tóm tắt

- ◇ Biến chứng nghiêm trọng của bệnh sỏi mật (tức là sỏi trong túi mật); thường gặp sỏi mật có triệu chứng trước khi xuất hiện viêm túi mật.
- ◇ Đau RUQ (phần tư trên bên phải) kéo dài trong hơn 3 đến 6 tiếng và sốt là các triệu chứng thường gặp.
- ◇ Ấn đau phần tư trên bên phải, một khối căng tức ở phần tư trên bên phải, và dấu hiệu Murphy dương tính là các biểu hiện chính khi khám.
- ◇ Siêu âm là xét nghiệm chẩn đoán xác định ban đầu; chụp gan-ống mật sử dụng axit iminodiacetic (HIDA) và MRI có thể hữu ích trong các trường hợp có chẩn đoán không rõ ràng.
- ◇ Điều trị bằng cách cắt bỏ túi mật sớm.

## Định nghĩa

Viêm túi mật cấp tính là tình trạng viêm cấp tính ở túi mật, và là một trong các biến chứng nghiêm trọng của bệnh sỏi mật hoặc sỏi trong túi mật. Tình trạng này có thể xuất hiện lên đến 10% bệnh nhân bị sỏi mật có triệu chứng.[1] Trong hầu hết các ca bệnh (90%), tình trạng này do tắc nghẽn hoàn toàn ống túi mật thường do sỏi mật mắc kẹt trong cổ túi mật hoặc ống túi mật, dẫn đến tình trạng viêm trong thành túi mật.[1] Trong 5% ca bệnh, cô đặc mật (do mất nước) hoặc ứ mật (do chấn thương hoặc bệnh toàn thân nặng) có thể làm tắc ống túi mật, gây ra viêm túi mật không do sỏi.[1]

[Fig-1]

## Dịch tễ học

Sự phân bố và tỷ lệ mắc mới viêm túi mật cấp tính theo sau bệnh sỏi mật vì giữa hai bệnh này có mối liên hệ chặt chẽ.

Bệnh sỏi mật xảy ra ở khoảng 10% đến 15% số người lớn. Tại Hoa Kỳ, ước tính có 20 đến 25 triệu người bị sỏi mật, và khoảng 750.000 ca phẫu thuật cắt bỏ túi mật được tiến hành hàng năm.[4] Tỷ suất hiện mắc ở châu Phi và châu Á tương đối thấp.[5] Hầu hết các bệnh nhân bị sỏi mật không xuất hiện các triệu chứng. Khoảng 1% đến 2% bệnh nhân bị sỏi mật không triệu chứng trở nên có triệu chứng mỗi năm.[6] [7] Viêm túi mật cấp tính xảy ra ở khoảng 10% bệnh nhân có triệu chứng.[8] Tỷ lệ này ở phụ nữ cao gấp 3 lần so với nam giới cho đến 50 tuổi, và khoảng 1,5 lần so với nam giới ở độ tuổi sau đó.[3] Tại Anh Quốc, 16.884 ca bệnh viêm túi mật đã được báo cáo trong 1 năm từ 2009 đến 2010.[9]

Viêm túi mật không do sỏi cấp tính chiếm 5% đến 14% các ca viêm túi mật cấp tính.[3] Tỷ lệ mắc mới cao hơn trong dân số chăm sóc tích cực, đặc biệt là ở bệnh nhân thuộc các đơn vị bỏng và chấn thương.

## Bệnh căn học

Ít nhất 90% bệnh nhân bị sỏi mật.[2] [3] [8] Nhiễm giun sán là một trong các nguyên nhân chính gây ra bệnh đường mật ở châu Á, Nam Phi và Mỹ La-tinh, nhưng không phải tại Hoa Kỳ.[10] Nhiễm Salmonella đã được mô tả là biến cố nguyên phát trong trường hợp viêm túi mật do sốt thương hàn. Bệnh đường mật và viêm túi mật liên quan đến AIDS có thể do Cryptosporidium và CMV gây ra. Có thể xác định sớm nhiều loại vi sinh vật khác nhau từ khi khởi phát bệnh. Các vi sinh vật này bao gồm Escherichia coli, Klebsiella, enterococci, Pseudomonas và Bacteroides fragilis.[11] Có ý kiến cho rằng vi khuẩn xâm nhập không phải là thủ phạm chính gây ra tổn thương, vì ở >40% bệnh nhân không có vi khuẩn sinh trưởng được ghi nhận từ bệnh phẩm phẫu thuật.[3] [7] [12] [13] Nhìn chung, nhiễm khuẩn là yếu tố thứ phát và không phải là biến cố khởi phát.

Thỉnh thoảng, viêm túi mật cấp tính xảy ra khi không có sỏi mật (ở 5% đến 14% ca bệnh).[3] Sự thiếu ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn, thuốc giảm đau á phiện và tình trạng bất động là các yếu tố nguy cơ của viêm túi mật cấp tính không do sỏi. Tình trạng này cũng được mô tả như một biến cố hiếm trong tiến trình nhiễm vi-rút Epstein-Barr (EBV) cấp tính và có thể là biểu hiện lâm sàng không điển hình của nhiễm EBV nguyên phát.[14] Nhiễm thứ phát hệ vi khuẩn gram âm xảy ra ở hầu hết các ca bệnh viêm túi mật không do sỏi cấp tính.

## Sinh lý bệnh học

Tắc nghẽn cổ định hoặc sỏi mật đi vào cổ túi mật hoặc ống túi mật gây ra tình trạng viêm thành túi mật cấp tính. Sỏi mật bị kẹt khiến mật mắc kẹt trong túi mật, gây kích ứng và làm tăng áp lực trong túi mật. Chấn thương do sỏi mật gây ra kích thích tổng hợp prostaglandin (PGI2, PGE2), các chất này điều hòa phản ứng viêm. Điều này có thể dẫn đến nhiễm khuẩn thứ phát dẫn đến hoại tử và thủng túi mật.[3]

Hiểu biết về sinh lý bệnh của viêm túi mật không do sỏi còn nghèo nàn, nhưng có thể là do đa yếu tố. Tắc nghẽn ống túi mật chức năng thường hiện diện và có liên quan đến bùn mật hoặc cô đặc mật gây ra do mất nước hoặc ứ mật (do chấn thương hoặc bệnh toàn thân). Đôi khi, chèn ép từ bên ngoài có thể đóng một vai trò trong xuất hiện ứ mật. Một số bệnh nhân bị nhiễm trùng huyết có thể có tình trạng viêm trực tiếp thành túi mật và thiếu máu cục bộ ở mô khu trú hoặc toàn thân mà không kèm theo tắc nghẽn.

Vàng da xảy ra lên đến 10% số bệnh nhân và do tình trạng viêm ống dẫn mật liên kờ (hội chứng Mirizzi) gây ra.[1]

Viêm túi mật cấp tính có thể tự khỏi 5 đến 7 ngày sau khi khởi phát triệu chứng. Sỏi mắc kẹt bị bật ra, kèm theo tình trạng ống túi mật thông thoáng trở lại. Nếu ống túi mật không thông thoáng trở lại, tình trạng viêm và hoại tử do áp lực có thể xuất hiện, dẫn đến hoại tử xuất huyết thành và niêm mạc. Viêm túi mật cấp tính không được điều trị có thể dẫn đến viêm túi mật mưng mủ, hoại thư và sinh hơi.

## Phân loại

### Các dạng viêm túi mật cấp tính[2]

1. Do sỏi - 90% đến 95%.
2. Không do sỏi - 3,7% đến 14%.

### Phân loại bệnh lý[2]

1. Phù nề
  - 2 đến 4 ngày
  - Mô túi mật nguyên vẹn về mặt mô học, với phù nề ở lớp dưới thanh mạc.
2. Hoại tử
  - 3 đến 5 ngày
  - Phù nề với các vùng bị xuất huyết và hoại tử
  - Hoại tử không ảnh hưởng đến toàn bộ độ dày của thành túi mật.
3. Mưng mủ
  - 7 đến 10 ngày
  - Các tế bào bạch cầu xuất hiện trong thành túi mật, với các vùng bị hoại tử và mưng mủ
  - Áp-xe trong thành ảnh hưởng đến toàn bộ độ dày của thành túi mật
  - Áp-xe quanh túi mật xuất hiện.
4. Mạn tính
  - Xảy ra sau khi các đợt đau quặn mật nhẹ lặp lại
  - Teo niêm mạc và xơ hóa thành túi mật.
5. Sinh hơi
  - Khí xuất hiện trong thành túi mật do nhiễm vi sinh vật kỵ khí sinh hơi
  - Thường thấy ở bệnh nhân bị đái tháo đường.

## Ngăn ngừa sơ cấp

Phòng ngừa ban đầu bắt đầu với việc phòng ngừa sỏi mật. Hoạt động thể chất có tác dụng bảo vệ với tỷ suất hiện mắc bệnh sỏi mật giảm ở người tham gia hoạt động thể chất mức trung bình so với những người tham gia mức hoạt động thể chất thấp, độc lập với BMI.[20] Hai nghiên cứu đoàn hệ chỉ ra rằng ăn nhiều chất xơ có liên quan đến giảm tỷ lệ mắc mới bệnh sỏi mật có triệu chứng.[21] [22] Vì giảm cân nhanh chóng và nhịn đói kéo dài có liên quan đến nguy cơ hình thành sỏi mật cao, giới hạn giảm cân đến tối đa 1,5 kg/tuần (3,3 lbs/tuần) và bổ sung 10 g (0,35 oz) chất béo vào chế độ ăn có hàm lượng calo thấp đã được chứng minh là làm ngăn ngừa hình thành sỏi mật.[21] [22] [23] Ở người có sỏi không có triệu chứng và có triệu chứng, điều trị bằng axit ursodeoxycholic muối mật ưa nước đã được cho là làm giảm nguy cơ đau đường mật và biến chứng sỏi mật như viêm túi mật cấp tính. Cắt bỏ túi mật ở bệnh nhân sỏi mật không có triệu chứng là chiến lược phòng ngừa quan trọng nhất.

## Ngăn ngừa thứ cấp

Bệnh nhân bị sỏi mật có triệu chứng nên được giới thiệu phẫu thuật cắt bỏ túi mật chọn lọc để ngăn ngừa xuất hiện viêm túi mật cấp tính.

# Tiền sử ca bệnh

## Tiền sử ca bệnh #1

Một phụ nữ 20 tuổi béo phì, có tiền sử 2 năm bị sỏi mật, đến phòng cấp cứu với các biểu hiện đau phần tư trên bên phải nặng, liên tục, buồn nôn và nôn sau khi ăn gà rán vào bữa tối. Cô không bị đau ngực hoặc tiêu chảy. Ba tháng trước, cô bị đau phần tư trên bên phải từng đợt, đau nhói. Khi khám lâm sàng cô có nhiệt độ 38°C (100,4°F), đau phần tư trên bên phải trung bình khi ấn, nhưng không có bằng chứng của vàng da.

## Các bài trình bày khác

Vàng da nhẹ (bilirubin trong huyết thanh <60 micromol/L) có thể là dấu hiệu biểu hiện trong trường hợp viêm túi mật cấp tính nặng. Vàng da gây ra do tình trạng viêm và phù nề quanh đường mật, cũng như áp lực trực tiếp từ túi mật bị sưng. Bilirubin trong huyết thanh >60 micromol/L gợi ý bệnh sỏi ống mật chủ (sỏi mật trong ống mật chủ) hoặc hội chứng Mirizzi (mắc kẹt sỏi mật trong túi Hartmann gây ra tắc nghẽn).[3] Nhiễm khuẩn huyết có thể xuất hiện nếu có nhiễm trùng cholangitis.[3] Viêm túi mật cấp tính có thể xảy ra mà không bị sỏi mật (viêm túi mật không do sỏi). Tình trạng này thường phổ biến ở bệnh nhân bệnh nặng và những người >65 tuổi.

# Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Chẩn đoán sớm là cần thiết để đưa ra các quyết định trị liệu và phòng ngừa biến chứng kịp thời. Chẩn đoán dựa trên các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng viêm khi xuất hiện viêm phúc mạc khu trú ở phần tư trên phải của vùng bụng.[3] Tuy nhiên, không có phát hiện lâm sàng hoặc cận lâm sàng nào có tỷ lệ đủ cao hoặc thấp để dự đoán có hoặc không có bệnh.[24]

## Tiền sử

Bệnh nhân thường có biểu hiện buồn nôn và đau kéo dài trong hơn 3 đến 6 tiếng, dai dẳng và có thể kèm theo sốt. Con đau nặng và tăng dần.[8] [25] Thời gian đau có thể ngắn hơn nếu sỏi mật vào lại bóng túi mật hoặc đi vào tá tràng.

## Khám lâm sàng

Khám lâm sàng có thể thấy đau phần tư trên phải hoặc sờ thấy một khối u. Dấu hiệu Murphy dương tính (bàn tay của người khám tựa dọc theo bờ sườn và hít vào sâu gây đau) có độ đặc hiệu từ 79% đến 96% đối với viêm túi mật cấp tính.[26] Đau kéo dài, sốt, ớn lạnh và nhạy cảm đau khu trú hoặc toàn bộ nặng hơn có thể chỉ ra bệnh có biến chứng (ví dụ như hình thành áp-xe hoặc thủng túi mật).

Viêm túi mật không do sỏi khó chẩn đoán lâm sàng hơn, vì nó thường xảy ra ở những bệnh nhân bệnh nặng có thể không diễn tả được cơn đau. Bệnh nhân nhận liệu pháp nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn có nguy cơ mắc bệnh tăng. Sốt, vàng da, nôn, nhạy cảm đau vùng bụng, tăng bạch cầu và tăng bilirubin huyết sẽ dẫn đến biểu hiện nghi ngờ lâm sàng cao. Thường viêm túi mật không do sỏi là một chẩn đoán loại trừ.

## Xét nghiệm máu

Cần đánh giá công thức máu và protein phản ứng C (CRP) để tìm kiếm bằng chứng của quá trình viêm.[3] [26] [27] Xét nghiệm chức năng gan (LFT) có thể chỉ ra bilirubin, phosphatase kiềm và gamma-GT cao.



## Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm phần tư trên phải cần được chỉ định đầu tiên và có thể được thực hiện tại giường của bệnh nhân. Chỉ riêng phát hiện sỏi mật là không đủ để chẩn đoán dứt khoát bệnh. Để đưa ra chẩn đoán chính xác thì phải có sỏi và dấu hiệu Murphy trên siêu âm. Khoảng 92% bệnh nhân có dấu hiệu Murphy dương tính khi có sỏi mật mắc viêm túi mật.[28] [Fig-2]

Siêu âm cho phép đánh giá tất cả các cấu trúc vùng bụng. Nó cung cấp thông tin cấu trúc giải phẫu về kích thước túi mật, kích thước sỏi, thành túi mật và kích thước ống mật.

Cần tiến hành chụp xạ hình kèm chụp gan-ống mật sử dụng axit iminodiacetic (HIDA) nếu kết quả siêu âm không rõ ràng.[29]

Chụp CT vùng bụng kém ưu việt hơn siêu âm trong việc đánh giá bệnh đường mật cấp tính, nhưng nó hữu ích khi béo phì hoặc đầy hơi trường bụng ảnh hưởng đến việc diễn giải kết quả siêu âm. Chụp CT vùng bụng cũng được chỉ định để đánh giá các biến chứng nghi ngờ (như áp-xe) và các tình trạng đồng mắc trong bụng. MRI vùng bụng phù hợp đối với các bệnh nhân có thai bị đau bụng.[30]

Chụp X-quang không chuẩn bị có thể phát hiện sỏi mật không thấu xạ trong 15% số ca bệnh, và cung cấp thông tin về hình ảnh hơi ở ruột hoặc khí tự do, nhưng không cung cấp thêm thông tin nếu siêu âm hoặc CT được thực hiện.

## Các yếu tố nguy cơ

### Mạnh

#### Sỏi mật

- Sỏi mật gây ra 90% ca bệnh, do bị mắc kẹt trong ống túi mật, dẫn đến tình trạng viêm túi mật.[3] Sỏi mật thường gặp hơn khi già đi ở cả nam và nữ. Người Mỹ bản địa có tỷ suất hiện mắc sỏi mật cao nhất so với các nhóm dân tộc khác tại Hoa Kỳ.[5] Các nghiên cứu đã cho thấy tần suất mắc bệnh sỏi mật tăng ở các gia đình, anh chị em sinh đôi và người thân của bệnh nhân bị sỏi mật.[5]

#### bệnh ở mức độ nặng

- Các yếu tố dẫn đến bệnh đường mật ở bệnh nhân bị bệnh nặng bao gồm rối loạn vận động của túi mật, thiếu máu cục bộ ở túi mật và nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn.[5] Tổn thương mạch máu, đặc biệt ở bệnh nhân ốm nặng trải qua các đợt hạ huyết áp, được cho là yếu tố góp phần gây bệnh.[15] Các bệnh lý nặng gần đây, bao gồm chấn thương và bỏng, khiến bệnh nhân có nguy cơ bị viêm túi mật không do sỏi.

#### nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn (TPN)

- Nhịn đói gây ra giảm vận động túi mật. TPN kéo dài gây ra ứ mật, bùn đường mật và sỏi mật do giảm khả năng làm trống túi mật. Khoảng 60% bệnh nhân được TPN có bùn đường mật sau chỉ 3 tuần.[5] Có ý kiến cho rằng ứ mật dẫn đến tích tụ chất độc trong bóng túi mật, gây ra tổn thương niêm mạc túi mật.[15]

#### Tiểu đường

- Nguy cơ mắc bệnh túi mật tăng ở những người bị đái tháo đường.[18]

### Yếu



**không hoạt động thể chất**

- Yếu tố nguy cơ gây mắc sỏi mật.

**ăn ít chất xơ**

- Yếu tố nguy cơ gây mắc sỏi mật.

**chấn thương**

- Liên quan đến ứ mật, thiếu máu cục bộ, nhiễm khuẩn, nhiễm trùng huyết và kích hoạt yếu tố XII.[16]

**Bỏ nặng**

- Bệnh nhân bị bỏ diện rộng thường có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến xuất hiện viêm túi mật không do sỏi, như nhiễm trùng huyết, mất nước, nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn và thông khí áp lực dương.[17]

**ceftriaxone**

- Được bài tiết vào mật; có thể kết tủa khi có canxi, hình thành bùn mật và sỏi.[5]

**Ciclosporin**

- Có thể làm giảm bài tiết a xít mật, có thể dễ dẫn đến hình thành bùn mật hoặc sỏi mật.[8]

**tắc động mạch gan**

- Thiếu máu cục bộ xảy ra dưới dạng biến cố nguyên phát (ví dụ như viêm mạch máu nhỏ) hoặc dưới dạng biến chứng của nút mạch gan, như vô tình tắc nhánh động mạch túi mật gây ra viêm túi mật cấp tính không do sỏi.[19]

**sự nhiễm trùng, nhiễm khuẩn**

- CMV, Cryptosporidium và Salmonella typhi có thể ảnh hưởng đến hệ thống đường mật và gây ra viêm túi mật. Có thể xảy ra ở bệnh nhân bị AIDS như một phần trong phổ các bệnh đường mật liên quan đến AIDS do nhiễm các chủng microsporidia.

## Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

### Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu

#### Đợt đau đường mật trước đó (thường gặp)

- Khoảng 50% bệnh nhân đã có 1 đợt đau đường mật sẽ tái phát trong vòng 1 năm.[31]

#### Đau phần tư trên phải (thường gặp)

- Thường đau dữ dội, kéo dài trong hơn 30 phút.
- Có thể bắt đầu ở vùng thượng vị hoặc phần tư trên bên trái và di chuyển đến vùng dưới xương sườn bên phải. Thường xảy ra sau khi ăn bữa ăn nhiều chất béo.

#### Dấu hiệu Murphy dương tính (thường gặp)

- Sờ vùng dưới xương sườn phải cho thấy nhạy cảm đau. Trong khi hít vào sâu, nhạy cảm đau đột ngột tăng lên và gây ngưng thở. Cũng có thể thấy trong khi thực hiện siêu âm.

#### Khối u ở vùng bụng (thường gặp)

- Túi mật sưng, đau khi chạm vào có thể sờ thấy như một khối u riêng biệt ở 30% đến 40% ca bệnh.[8]

## Các yếu tố chẩn đoán khác

### Đau vai phải (thường gặp)

- Đau qui chiếu từ túi mật có thể cảm nhận ở vai phải hoặc vùng gian vai.

### Chán ăn (thường gặp)

- Triệu chứng không đặc hiệu thường do bệnh đường mật gây ra.

### Buồn nôn (thường gặp)

- Thường do đau phần tư trên phải liên tục ở bệnh nhân bị bệnh đường mật.

### Sốt (thường gặp)

- Sốt và đau kéo dài gợi ý bệnh có biến chứng nặng hơn như hình thành áp-xe, thủng hoặc viêm túi mật không do sỏi.

### Nôn (không thường gặp)

- Triệu chứng không đặc hiệu thường do bệnh đường mật gây ra.

### Chứng vàng da (không thường gặp)

- Vàng da nhẹ xuất hiện ở khoảng 10% bệnh nhân mắc bệnh viêm túi mật.[1] Do tình trạng viêm và phù nề quanh đường mật và áp lực trực tiếp lên đường mật từ túi mật bị sưng, sỏi trong ống mật chủ, hoặc tắc nghẽn do sỏi mắc kẹt trong cổ túi mật (hội chứng Mirizzi).

## Xét nghiệm chẩn đoán

### Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
<b>Công thức máu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gợi ý quá trình viêm.</li> </ul>	<b>bach cầu tăng</b>
<b>Protein C phản ứng</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gợi ý quá trình viêm.</li> </ul>	<b>&gt;28,6 nanomol/L (&gt;3 mg/dL)</b>
<b>Xét nghiệm chức năng gan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chỉ ra hình ảnh ứ mật.</li> </ul>	<b>phosphatase kiềm, gamma-GT và bilirubin cao</b>
<b>Siêu âm phần tư trên phải</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Một kỹ thuật nhanh chóng, không xâm lấn, không tốn kém và nhạy. Không có phát hiện nào trong này là đặc trưng để chẩn đoán. Dấu hiệu Murphy trên siêu âm là biểu hiện rất đáng tin cậy của viêm túi mật cấp tính, với độ đặc hiệu &gt;90%.</li> <li>Dịch quanh túi mật là dấu hiệu thủng túi mật thực sự hoặc dọa thủng trong các ca bệnh nặng.[27] [32] [Fig-2]</li> <li>Đánh giá siêu âm túi mật trước phẫu thuật cho viêm túi mật có triệu chứng ghi nhận thành túi mật dày (<math>\geq 3</math> mm) và có sỏi là một cảnh báo lâm sàng đối với các bác sĩ phẫu thuật soi ổ bụng, về khả năng khó tiến hành thủ thuật cắt bỏ túi mật dưới nội soi ổ bụng và do đó phải chuyển sang thủ thuật mổ hở cắt bỏ túi mật.</li> </ul>	<b>dịch quanh túi mật, sưng túi mật, dày thành túi mật, sỏi mật, dấu hiệu Murphy dương tính</b>

**Các xét nghiệm khác cần cân nhắc**

Xét nghiệm	Kết quả
<b>chụp xạ hình túi mật (chụp gan-ống mật sử dụng axit iminodiacetic [HIDA])</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trực tiếp chỉ ra tắc nghẽn ống túi mật.</li> <li>• Không đổ đầy túi mật trong vòng 60 phút sau khi truyền chất đánh dấu chỉ ra sự tắc nghẽn ống mật và có độ nhạy &gt;90% đối với viêm túi mật cấp tính.[33] [34] 'Dấu hiệu viên bao' là hình ảnh mờ đục do tăng độ phóng xạ quanh túi mật, xuất hiện ở khoảng 30% bệnh nhân bị viêm túi mật cấp tính và ở khoảng 60% bệnh nhân bị viêm túi mật hoại thư cấp tính.[33]</li> <li>• Được sử dụng nếu chẩn đoán vẫn còn nghi ngờ sau khi siêu âm.[32]</li> <li>• Các bất lợi bao gồm phơi nhiễm tia phóng xạ và không đánh giá một chẩn đoán vùng bụng khác.</li> </ul>	không đổ đầy túi mật với hấp thụ ở gan và bài tiết ở đường mật bình thường; bình thường trong trường hợp viêm túi mật không do sỏi
<b>Chụp CT ổ bụng</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kém hơn so với siêu âm trong đánh giá bệnh đường mật cấp tính.</li> </ul>	tình trạng viêm thành túi mật; mật độ cao theo đường ở các vùng trong mô mỡ quanh túi mật
<b>MRI vùng bụng</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phù hợp đối với bệnh nhân mang thai bị đau bụng.[30]</li> </ul>	phình túi mật kèm theo dày thành túi mật; tín hiệu cao quanh túi mật
<b>chụp x-quang bụng</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hình ảnh chụp XQ cho thấy có hơi trong thành túi mật, ống túi mật hoặc mô quanh túi mật chỉ ra viêm túi mật khí sinh hơi (biến thể nặng của viêm túi mật). Điều này thường gặp ở bệnh nhân bị đá sỏi đường mật và bệnh nhân cao tuổi.[35]</li> </ul>	có thể thấy sỏi mật

**Chẩn đoán khác biệt**

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
<b>Viêm đường mật cấp tính</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biểu hiện điển hình là sốt và ớn lạnh, vàng da và đau bụng (tam chứng Charcot).[36] Khoảng 50% đến 70% bệnh nhân bị viêm đường mật xuất hiện tất cả 3 triệu chứng.[26]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kết quả chụp cộng hưởng từ đường mật hoặc MRI: chất mù trong ống mật có cường độ tín hiệu thấp trên hình ảnh thiên về T2 và/hoặc cường độ tín hiệu trung gian trên hình ảnh thiên về T1 có ức chế tín hiệu từ mô mỡ.</li> </ul>
<b>Viêm túi mật mạn tính</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tái phát các đợt đau nhẹ hoặc kích ứng mạn tính do sỏi mật lớn.[2]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Không có xét nghiệm đặc hiệu.</li> <li>• Teo niêm mạc và xơ hóa thành túi mật trong mẫu bệnh phẩm sau phẫu thuật.</li> </ul>
<b>Bệnh loét dạ dày</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Đau rát vùng thượng vị xảy ra khi đói hoặc sau bữa ăn nhiều tiếng. Thường làm bệnh nhân thức giấc vào ban đêm. Cơn đau thuyên giảm khi ăn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nội soi có thể thấy loét dạ dày.</li> </ul>

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
<b>Viêm tụy cấp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Đau bụng vùng thượng vị hoặc quanh rốn lan sau lưng.</li> <li>Vết bầm máu ở vùng quanh rốn (dấu hiệu Cullen) hoặc hông (dấu hiệu Grey Turner) có thể xuất hiện trong trường hợp viêm tụy nặng.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tăng ba lần nồng độ amylase và lipase trong huyết thanh.</li> <li>Chụp CT vùng bụng cho thấy tình trạng viêm tụy.</li> </ul>
<b>Đợt cấp bệnh hồng cầu hình liềm (Sickle cell crisis)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liên quan đến bệnh sỏi mật.</li> <li>Cơn đau xảy ra ở bất kỳ nơi đâu trên cơ thể (bao gồm phần tư trên phải), có thể không liên quan đến hình thành sỏi mật.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phết máu có thể chỉ ra hồng cầu hình liềm.</li> <li>Điện di haemoglobin chỉ ra sự xuất hiện của haemoglobin S hoặc C.</li> </ul>
<b>Viêm ruột thừa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cơn đau thường xảy ra tại hố chậu phải nhưng cũng có thể bắt đầu ở vùng quanh rốn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chụp CT vùng bụng: ruột thừa dẫn kèm theo thành dày, tăng cản quang và phân lớp thành ruột thừa.</li> </ul>
<b>Viêm phổi ở thùy dưới bên phải</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ho có đờm kèm theo sốt.</li> <li>Khám có thể ghi nhận tiếng thở phế quản, ran nổ và gõ đục.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Đông đặc thùy dưới bên phải trên hình ảnh XQ ngực thẳng.</li> </ul>
<b>Hội chứng vành cấp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thường đau giữa ngực, cảm giác bị đè ép, lan lên hàm trên hoặc tay trái. Có thể cảm nhận thấy cơn đau ở vùng thượng vị.</li> <li>Có thể có tiền sử đau thắt ngực và yếu tố nguy cơ của CAD (ví dụ như hút thuốc, tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thay đổi về thiếu máu cục bộ biểu hiện trên hình ảnh ECG (điện tâm đồ) (ST chênh lên hoặc chênh xuống, sóng T đảo ngược, block nhánh trái).</li> <li>Men tim tăng.</li> </ul>
<b>GORD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cảm giác nóng rát ở ngực sau bữa ăn, nặng hơn khi cúi xuống hoặc nằm. Có thể là trào ngược axit và khó nuốt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Điều trị thử có dùng chất ức chế bơm proton (PPI) làm thuyên giảm triệu chứng.</li> <li>Có thể quan sát thấy viêm thực quản khi nội soi.</li> <li>pH &lt;4 trong &gt;4% thời gian là phát hiện thường gặp.</li> </ul>

## Các tiêu chí chẩn đoán

### Tiêu chuẩn siêu âm cho viêm túi mật cấp tính<sup>[32]</sup>

- Dịch quanh túi mật
- Sưng túi mật
- Dày thành túi mật (ít nhất là 4 mm)
- Sỏi mật
- Dấu hiệu Murphy trên siêu âm dương tính.

### Tiêu chí chẩn đoán viêm túi mật cấp tính<sup>[27]</sup>

## A. Dấu hiệu tại chỗ của tình trạng viêm

- Dấu hiệu Murphy
- Khối u/đau/nhảy cảm đau ở phần tư trên phải.

## B. Dấu hiệu toàn thân của tình trạng viêm

- Sốt
- Tăng Protein phản ứng C
- WBC cao.

## C. Kết quả hình ảnh học: đặc trưng cho bệnh.

Chẩn đoán còn nghi ngờ: một biểu hiện từ mục A, và một biểu hiện từ mục B.

Chẩn đoán xác định: một biểu hiện từ mục A, và một chẩn đoán từ mục B, kết hợp với các kết quả hình ảnh đặc trưng.

## Tiêu chí đánh giá mức độ nghiêm trọng của viêm túi mật cấp tính<sup>[27]</sup>

### Nhẹ (cấp I)

- Bệnh nhân khỏe mạnh không bị rối loạn chức năng tạng và thay đổi viêm nhẹ ở túi mật, dẫn đến phẫu thuật cắt túi mật an toàn và có rủi ro thấp.

### Trung bình (cấp II)

- Kèm theo bất kỳ tình trạng nào trong số các tình trạng sau đây:
  - Số lượng bạch cầu cao ( $>18 \times 10^9/L$  [ $>18.000/\text{microlit}$ ])
  - Có thể sờ thấy khối u đau khi chạm vào ở phần tư vùng bụng trên bên phải
  - Thời gian biểu hiện  $>72$  giờ
  - Tình trạng viêm tại chỗ rõ rệt (viêm túi mật hoại thư, áp-xe quanh túi mật, áp-xe gan, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật sinh hơi).

### Nặng (cấp III)

- Liên quan với rối loạn chức năng của bất kỳ một trong số các cơ quan/hệ thống nào sau đây:
  - Rối loạn chức năng tim mạch (hạ huyết áp đòi hỏi điều trị bằng dopamine  $\geq 5$  microgram/kg mỗi phút, hoặc bất kỳ liều noradrenaline [norepinephrine] nào)
  - Rối loạn chức năng thần kinh (giảm mức độ tỉnh táo)
  - Rối loạn chức năng hô hấp (tỷ lệ PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>  $<300$ )
  - Rối loạn chức năng thận (thiếu niệu, creatinine  $>176,8$  micromol/L [ $>2,0$  mg/dL])
  - Rối loạn chức năng gan (INR  $>1,5$ )
  - Rối loạn chức năng huyết học (số lượng tiểu cầu  $<100 \times 10^9/L$  [ $<100.000/\text{microlit}$ ]).

## Cách tiếp cận điều trị từng bước

Khi nghi ngờ chẩn đoán viêm túi mật cấp tính, điều trị nội khoa nên được khởi động, bao gồm nhịn ăn đường miệng, dịch truyền tĩnh mạch, thuốc kháng sinh và thuốc giảm đau, cùng với theo dõi chặt chẽ huyết áp, mạch, lượng nước tiểu. Đồng thời, cần xác định mức độ nghiêm trọng của bệnh. Cần tiến hành điều trị phù hợp theo mức độ nghiêm trọng của bệnh. Cũng cần đánh giá rủi ro phẫu thuật dựa trên mức độ nghiêm trọng của bệnh.

### Cắt túi mật

Phẫu thuật cắt bỏ túi mật là điều trị triệt để, vì tình trạng viêm túi mật thường dai dẳng bất chấp điều trị nội khoa.[37] Có thể làm điều này bằng nội soi ổ bụng hoặc phẫu thuật mở bụng (tức là phẫu thuật mổ hở). Tiến hành thủ thuật này sớm nhất có thể sau khi khởi phát viêm túi mật trừ khi bệnh nhân bị viêm túi mật nặng và được coi là có rủi ro phẫu thuật cao, hoặc tình trạng viêm được cho là đã xảy ra trong hơn 7 ngày. Điều này là do rủi ro cao bị suy gan và xuất huyết nặng.[1][C]Evidence

#### Nội soi ổ bụng

- Hiện tại là biện pháp điều trị ưu tiên. Cắt bỏ túi mật sớm qua nội soi ổ bụng (ELC) trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng đã được chứng minh là làm giảm thời gian nằm viện[38] [39] 2[C]Evidence không tăng tỷ lệ chuyển sang mổ hở cắt bỏ túi mật. ELC cũng dẫn đến chi phí nằm viện thấp hơn, số ngày nghỉ làm ít hơn và sự hài lòng của bệnh nhân cao hơn.[39] [40] [41] [42] [43] Thời gian tối ưu - thậm chí quá 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng - là an toàn và kèm theo tỉ lệ thương tật chung thấp hơn, tổng thời gian nằm viện và thời gian điều trị kháng sinh ngắn hơn, và giảm chi phí so với cắt bỏ túi mật trì hoãn.[44] Có thể cần chuyển sang thủ thuật mổ hở nếu tình trạng viêm đáng kể, khó xác định cấu trúc giải phẫu hoặc chảy máu nhiều.[45] Tỷ lệ chuyển thay đổi phụ thuộc vào nhóm bệnh nhân nhưng không phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật.[46] Bệnh nhân bị xơ gan mức A hoặc B theo thang Child-Turcotte-Pugh có tổng số biến chứng sau phẫu thuật thấp hơn những người trải qua phẫu thuật mổ hở.[47]

#### Mổ hở

- Có thể thích hợp cho những bệnh nhân bị khối u ở túi mật, phẫu thuật lớn vùng bụng trên, nghi ngờ bệnh ác tính hoặc giai đoạn cuối của ba tháng cuối thai kỳ. Phẫu thuật cũng được chỉ định nếu có tình trạng viêm túi mật đáng kể, khó xác định cấu trúc giải phẫu, chảy máu nhiều, xuất hiện mô bám dính, hoặc các biến chứng của cắt bỏ túi mật qua nội soi ổ bụng.[45]

[Fig-3]

### Ống dẫn lưu túi mật qua da

Nếu điều trị nội khoa thất bại, và bệnh nhân không thích hợp cho phẫu thuật (không phù hợp về mặt y khoa), cần cân nhắc đặt ống dẫn lưu túi mật qua da. Điều này đã được chứng minh là mang lại sự cải thiện về mặt lâm sàng ở 80% bệnh nhân trong vòng 5 ngày sau khi đặt ống dẫn lưu.[48] Tuổi trên 70, đái tháo đường, sưng túi mật và WBC cao kéo dài (>15.000 tế bào/microlit) là yếu tố tiên lượng tình trạng xuất hiện các biến chứng như viêm túi mật hoại thư và yếu tố dự đoán sự thất bại của điều trị bảo tồn.[49] Cần cân nhắc đặt ống dẫn lưu túi mật qua da sớm cho các bệnh nhân này.

Đây là thủ thuật xâm lấn tối thiểu thường được thực hiện ở những bệnh nhân có rủi ro phẫu thuật cao và đôi khi thực hiện ở những bệnh nhân bị bệnh nặng. Ban đầu nó được dùng làm thủ thuật cầu nối để giúp bệnh nhân hồi phục sau khi bị bệnh nền nặng và trước khi tiến hành phẫu thuật dứt điểm. Dựa trên bằng chứng sẵn có từ RCT, điều trị cho những người có nguy cơ tử vong cao trước, trong và sau phẫu thuật do tình trạng sức khỏe chung (tức là bệnh nhân nguy cơ rủi ro phẫu thuật cao) với đặt ống dẫn lưu túi mật qua da là không rõ ràng.[50] Cần có thêm dữ liệu.

Túi mật viêm được khu trú với siêu âm hoặc soi huỳnh quang sau khi cho dùng chất cản quang qua đường uống. Tiếp cận dưới hướng dẫn CT có thể hữu ích nếu không cửa sổ siêu âm nào được tìm thấy. Sau đó, đặt một ống qua da để dẫn lưu hoặc giảm áp túi mật.

Đáp ứng không hoàn toàn hoặc kém đáp ứng trong vòng 48 giờ đầu tiên có thể chỉ ra các biến chứng (ví dụ như tuột ống, hoại tử thành túi mật) hoặc chẩn đoán sai.[3] Biện pháp tiếp cận ngoài gan và xuyên gan đã được ủng hộ.[51] Tiếp cận xuyên gan tối thiểu hóa nguy cơ rò rỉ mật trong màng bụng và vô tình gây thương tích góc gan của đại tràng.[52] Biện pháp tiếp cận dưới gan hoặc xuyên qua phúc mạc được ưa dùng hơn nếu việc lấy sỏi được lên kế hoạch do sự cần thiết phải nong đường mật.[53]

Chống chỉ định bao gồm rối loạn đông máu không thể điều chỉnh, cổ trướng nặng không thể dẫn lưu được và nghi ngờ viêm túi mật hoại thư hoặc thủng túi mật. Thành công về mặt kỹ thuật của đặt ống dẫn lưu túi mật qua da cao ở bác sĩ có kinh nghiệm (95% đến 100%), và tỷ lệ biến chứng thấp. Các biến chứng bao gồm tuột ống thông, phản ứng thần kinh phế vị, rò rỉ mật và viêm phúc mạc, và xuất huyết.[52] [53] [54]

Bệnh nhân được điều trị bằng cách đặt ống dẫn lưu túi mật có thể được xuất viện với ống dẫn lưu được đặt sau khi quá trình viêm đã khỏi về mặt lâm sàng. Sau đó, những bệnh nhân này cần được chụp X-quang đường mật thông qua ống dẫn lưu đường mật (6-8 tuần) để xem ống túi mật đã thông thoáng chưa. Nếu ống túi mật đã thông thoáng và bệnh nhân phù hợp để phẫu thuật, cần giới thiệu bệnh nhân để phẫu thuật cắt bỏ túi mật.

## Điều trị dựa trên mức độ nghiêm trọng

### Nhẹ (cấp I)

- Định nghĩa là viêm túi mật cấp tính ở bệnh nhân khỏe mạnh không bị rối loạn cơ quan và có những thay đổi viêm nhẹ ở túi mật; đáp ứng điều trị nội khoa ban đầu.[27]

Bệnh nhân được theo dõi và điều trị bằng thuốc kháng sinh đường uống hoặc thậm chí theo dõi mà không dùng thuốc kháng sinh; chăm sóc nâng đỡ đơn thuần trước phẫu thuật cắt bỏ túi mật chọn lọc trì hoãn có thể phù hợp. Một nghiên cứu hệ thống, bao gồm bệnh nhân bị viêm túi mật do sỏi cấp tính được điều trị bằng thuốc kháng sinh, đã không phát hiện thấy có sự khác biệt đáng kể về thời gian nằm viện và thương tật so với những người không được điều trị bằng thuốc kháng sinh.[55] Sinh lý bệnh của viêm túi mật cấp tính là tắc nghẽn ống túi mật, gây ra tình trạng viêm vô trùng cấp tính. Nhiễm trùng thứ phát khoang túi mật do vi khuẩn có thể xảy ra sau đó. Cần dùng thuốc kháng sinh nếu nghi ngờ nhiễm trùng dựa vào kết quả cận lâm sàng và kết quả lâm sàng. Điều trị kháng sinh cần bao phủ chống lại vi sinh vật thuộc họ Enterobacteriaceae (ví dụ như cephalosporin thế hệ thứ hai hoặc phối hợp quinolone và metronidazole); không cần có hoạt tính kháng Enterococcus.[56]

Khuyến cáo dùng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) như diclofenac hoặc indomethacin như một phần của điều trị nội khoa vì tác dụng giảm đau của chúng và khả năng ức chế giải phóng prostaglandin từ thành túi mật.

Điều trị nội khoa có thể phù hợp với các bệnh nhân bị bệnh nhẹ (cấp I), và phẫu thuật khẩn cấp có thể không cần thiết.[37] Tuy nhiên, đối với hầu hết các bệnh nhân, cần cân nhắc ELC là biện pháp ban đầu (trong vòng 1 tuần kể từ khi khởi phát các triệu chứng).[38] [57] Đối với các bệnh nhân dùng thuốc kháng sinh trước và trong phẫu thuật, có thể không cần đến điều trị kháng sinh sau phẫu thuật.[58]

Hướng dẫn Tokyo nêu rõ rằng ELC là điều trị ưu tiên.[26] [59] [60] ELC (trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng) có lợi ích rõ ràng so với phẫu thuật cắt bỏ túi mật trì hoãn (>6 tuần sau ca nhập viện chỉ định) về mặt tỷ lệ biến chứng, chi phí, chất lượng cuộc sống và thời gian nằm viện. Không có lợi ích trong



việc trì hoãn phẫu thuật cắt bỏ túi mật cho viêm túi mật cấp tính trên cơ sở kết cục.[61] Cũng ủng hộ thủ thuật cắt bỏ túi mật sớm là ở khoảng 15% đến 20% bệnh nhân tiến hành phẫu thuật trì hoãn trong thử nghiệm ngẫu nhiên đã có các triệu chứng dai dẳng hoặc tái phát đòi hỏi can thiệp trước phẫu thuật dự kiến. Một nghiên cứu ngẫu nhiên gợi ý rằng thủ thuật cắt bỏ túi mật sớm, thậm chí quá 72 giờ sau khi khởi phát triệu chứng, là an toàn và có các kết cục tốt hơn phẫu thuật cắt bỏ túi mật trì hoãn sau 6 tuần.[44] Liên quan đến biện pháp dự phòng bằng thuốc kháng sinh trước, trong và sau phẫu thuật, một nghiên cứu ngẫu nhiên với các bệnh nhân bị viêm túi mật cấp tính nhẹ đã phát hiện thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm trùng sau phẫu thuật giữa các bệnh nhân nhận liều đơn thuốc kháng sinh (cefazolin) qua đường tĩnh mạch trước phẫu thuật và nhóm nhận thêm thuốc kháng sinh 3 ngày sau phẫu thuật (cefuroxime và metronidazole) qua đường tĩnh mạch.[62]

Nếu điều trị nội khoa thất bại, và bệnh nhân không phù hợp để phẫu thuật, cần cân nhắc đặt ống dẫn lưu túi mật qua da, kèm theo cân nhắc giới thiệu thực hiện phẫu thuật cắt bỏ túi mật nếu diễn biến lâm sàng có sự cải thiện. Ngoài ra, có thể cân nhắc dẫn lưu túi mật qua nhú tá tràng dưới nội soi hoặc dẫn lưu túi mật dưới nội soi siêu âm hướng dẫn trong một số cơ sở có nguồn lực.[63]

### Trung bình (cấp II)

- Được định nghĩa là viêm túi mật cấp tính kèm theo bất kỳ một trong các biểu hiện sau đây: số lượng bạch cầu cao ( $>18.000/\text{microlit}$ ), có thể sờ thấy khối u đau khi chạm vào ở phần tư vùng bụng trên bên phải, thời gian triệu chứng  $>72$  giờ, và tình trạng viêm khu trú rõ rệt (viêm túi mật hoại tử, áp-xe quanh túi mật, áp-xe gan, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật sinh hơi).[27]

Viêm túi mật mức độ trung bình thường không đáp ứng với điều trị nội khoa ban đầu. Bệnh nhân không cải thiện khi điều trị bảo tồn được giới thiệu để phẫu thuật hoặc dẫn lưu túi mật qua da, thường trong vòng 1 tuần kể từ khi khởi phát triệu chứng.[38] [57]

Có thể chỉ định ELC nếu nhân viên y tế có kỹ năng và kỹ thuật soi ổ bụng trình độ cao.[26] Vẫn còn tranh cãi trong nhóm bị viêm túi mật nặng trung bình, trong đó không có rối loạn chức năng cơ quan nhưng bệnh lan rộng trong túi mật, có thể dẫn đến khó khăn trong việc tiến hành cắt bỏ túi mật một cách an toàn. Trong nhóm này, ưu tiên ELC hoặc mổ hở cắt bỏ túi mật nhưng chỉ nên để bác sĩ phẫu thuật giàu kinh nghiệm thực hiện. Nếu các tình trạng phẫu thuật làm cho việc xác định cấu trúc giải phẫu khó khăn, cần ngưng ELC ngay để chuyển sang mổ hở cắt bỏ túi mật. Khoảng thời gian cắt bỏ túi mật có thể tiến hành trong 6 đến 8 tuần. Các yếu tố hạn chế đối với mổ cấp cứu bao gồm sự sẵn có nhân viên phẫu thuật, không gian phòng mổ và xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh. Ống dẫn lưu túi mật qua da nên được cân nhắc đối với những bệnh nhân không phù hợp để phẫu thuật, với lưu ý giới thiệu đến phẫu thuật cắt bỏ túi mật nếu diễn biến lâm sàng có sự cải thiện.

### Nặng (cấp III)

- Được định nghĩa là rối loạn chức năng cơ quan ở ít nhất một trong các cơ quan/hệ thống sau đây như tim mạch (hạ huyết áp đòi hỏi điều trị bằng dopamine  $\geq 5$  microgram/kg mỗi phút, hoặc bất kỳ liều noradrenaline [norepinephrine] nào), CNS (giảm mức độ tỉnh táo), hô hấp (tỷ lệ  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ), thận (thiếu niệu, creatinine  $>176,8$  micromol/L [ $>2,0$  mg/dL]), gan (INR  $>1,5$ ), hoặc huyết học (số lượng tiểu cầu  $<100.000$  tế bào/microlit), và/hoặc tình trạng viêm tại chỗ nặng.[27]

Cần chăm sóc nâng đỡ tích cực để theo dõi và điều trị rối loạn chức năng cơ quan.

Đòi hỏi điều trị khẩn cấp tình trạng viêm tại chỗ nặng bằng cách dẫn lưu túi mật qua da (tức là đặt ống dẫn lưu túi mật qua da), sau đó là chỉ định phẫu thuật cắt bỏ túi mật chọn lọc trì hoãn 2 đến 3 tháng sau, khi tình trạng sức khỏe chung của bệnh nhân đã được cải thiện.[26] [60]

Bệnh nhân được điều trị bằng cách đặt ống dẫn lưu túi mật có thể được xuất viện với ống dẫn lưu được đặt sau khi quá trình viêm đã khỏi về mặt lâm sàng. Sau đó, những bệnh nhân này cần được chụp X-quang đường mật thông qua ống dẫn lưu đường mật (6-8 tuần) để xem ống túi mật đã thông thoáng chưa. Nếu ống túi mật đã thông thoáng và bệnh nhân phù hợp để phẫu thuật, cần giới thiệu bệnh nhân để phẫu thuật cắt bỏ túi mật.

## Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu dược địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. ( xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#) )

<b>Cấp tính</b>		<b>( tóm tắt )</b>
<b>Nhẹ (cấp I): ổn định và không có các dấu hiệu thủng/hoại thư</b>		
1	<b>Chăm sóc hỗ trợ</b>	
bổ sung	kháng sinh đường uống	
bổ sung	thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID)	
bổ sung	cắt bỏ túi mật qua soi ổ bụng sớm	
bổ sung	ống dẫn lưu túi mật qua da	
bổ sung	dẫn lưu túi mật qua nhú tá tràng dưới nội soi hoặc dẫn lưu túi mật có nội soi siêu âm hướng dẫn	
<b>Trung bình (cấp II): ổn định và không có các dấu hiệu thủng/hoại thư</b>		
1	<b>Chăm sóc hỗ trợ</b>	
thêm	thuốc kháng sinh đường tĩnh mạch	
bổ sung	thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID)	
thêm	thủ thuật cắt bỏ túi mật sớm hoặc thủ thuật cắt bỏ túi mật kèm theo cắt bỏ túi mật trì hoãn	
<b>Nặng (cấp III): nghi ngờ hoại thư/thủng hoặc bằng chứng rối loạn chức năng cơ quan</b>		
1	<b>nhập viện để chăm sóc tích cực và chăm sóc nâng đỡ</b>	
thêm	thuốc kháng sinh đường tĩnh mạch	
bổ sung	phẫu thuật cắt bỏ túi mật khẩn cấp, sau đó là phẫu thuật cắt bỏ túi mật chọn lọc trì hoãn	

## Các lựa chọn điều trị

### Cấp tính

Nhẹ (cấp I): ổn định và không có các dấu hiệu thủng/hoại thư

#### 1 Chăm sóc hỗ trợ

» Nhẹ (cấp I) được định nghĩa là viêm túi mật cấp tính ở bệnh nhân khỏe mạnh không bị rối loạn chức năng cơ quan và có những thay đổi về tình trạng viêm nhẹ ở túi mật; đáp ứng điều trị nội khoa ban đầu.[27]

» Khi nghi ngờ chẩn đoán viêm túi mật cấp tính, cần bắt đầu điều trị nội khoa, bao gồm nhịn ăn đường miệng, dịch truyền tĩnh mạch, thuốc kháng sinh và thuốc giảm đau, cùng với theo dõi chặt chẽ huyết áp, mạch, lượng nước tiểu.

» Điều trị nội khoa có thể là đủ, và có thể cần đến phẫu thuật khẩn cấp.[37]

bổ sung

**kháng sinh đường uống**

#### Các lựa chọn sơ cấp

» **cefuroxime**: 250-500 mg qua đường uống hai lần mỗi ngày

#### HOẶC

» **Ciprofloxacin**: 500 mg đường uống mỗi ngày hai lần

**-hoặc-**

» **levofloxacin**: 500 mg đường uống mỗi ngày một lần

**--VÀ--**

» **metronidazole**: 500 mg đường uống ba lần mỗi ngày

» Bệnh nhân được theo dõi và điều trị bằng thuốc kháng sinh đường uống hoặc thậm chí theo dõi mà không dùng thuốc kháng sinh; chăm sóc nâng đỡ đơn thuần trước phẫu thuật cắt bỏ túi mật chọn lọc trì hoãn có thể phù hợp. Một nghiên cứu hệ thống, bao gồm bệnh nhân bị viêm túi mật do sỏi cấp tính được điều trị bằng thuốc kháng sinh, đã không phát hiện thấy có sự khác biệt đáng kể về thời gian nằm viện và thương tật so với những người không được điều trị bằng thuốc kháng sinh.[55]

» Sinh lý bệnh của viêm túi mật cấp tính là tắc nghẽn ống túi mật, gây ra tình trạng viêm vô trùng cấp tính. Nhiễm trùng thứ phát khoang túi mật do vi khuẩn xảy ra sau đó. Cần dùng thuốc kháng sinh nếu nghi ngờ nhiễm trùng dựa vào kết quả cận lâm sàng và kết quả lâm sàng.

## Cấp tính

» Điều trị kháng sinh cần bao phủ chống lại vi sinh vật thuộc họ Enterobacteriaceae (ví dụ như cephalosporin thế hệ thứ hai hoặc phối hợp quinolone và metronidazole).[64]

## bổ sung

**thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID)**

**Các lựa chọn sơ cấp**

» **diclofenac potassium**: 50 mg qua đường uống (phóng thích tức thời) hai đến ba lần hàng ngày khi cần

**HOẶC**

» **indometacin**: 25-50 mg qua đường uống hai đến ba lần hàng ngày khi cần

» Khuyến cáo dùng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) như diclofenac hoặc indomethacin như một phần của điều trị nội khoa vì tác dụng giảm đau của chúng và khả năng ức chế giải phóng prostaglandin từ thành túi mật.

## bổ sung

**cắt bỏ túi mật qua soi ổ bụng sớm**

» Đối với bệnh nhân bị viêm túi mật nhẹ, hướng dẫn Tokyo nêu rằng thủ thuật cắt bỏ túi mật qua soi ổ bụng sớm (ELC) là điều trị ưu tiên.[26] ELC (trong vòng 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng) có lợi ích rõ ràng so với cắt bỏ túi mật chậm (>6 tuần sau biến cố nhập viện) về mặt tỷ lệ biến chứng, chi phí, thời gian nằm viện, chất lượng cuộc sống và sự hài lòng của bệnh nhân.[39] [40] [41] [42] [43] [45]

» Không có lợi ích trong việc trì hoãn phẫu thuật cắt bỏ túi mật cho điều trị viêm túi mật cấp tính trên cơ sở kết cục.[61] Cũng ủng hộ thủ thuật cắt bỏ túi mật sớm là ở khoảng 15% đến 20% bệnh nhân tiến hành phẫu thuật trì hoãn trong thử nghiệm ngẫu nhiên đã có các triệu chứng dai dẳng hoặc tái phát đòi hỏi can thiệp trước phẫu thuật dự kiến.

» ELC không cho thấy ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ chuyển đổi sang mổ hở cắt bỏ túi mật.[40] [41] 3[C]Evidence Thời gian tối ưu - thậm chí quá 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng - an toàn và kèm theo tỉ lệ thương tật chung thấp hơn, tổng thời gian nằm viện và thời gian điều trị kháng sinh ngắn hơn, và giảm chi phí so với cắt bỏ túi mật trì hoãn.[44]

» Bệnh nhân bị xơ gan mức A hoặc B theo thang Child-Turcotte-Pugh trải qua ELC có tổng số biến chứng sau phẫu thuật thấp hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, và bắt đầu lại chế độ ăn uống bình thường nhanh hơn so với những người trải qua thủ thuật mổ hở.[47]

## Cấp tính

## bổ sung

» Có thể cần chuyển sang thủ thuật mổ hở nếu tình trạng viêm đáng kể, khó xác định cấu trúc giải phẫu hoặc chảy máu nhiều.[45] Tỷ lệ chuyển thay đổi phụ thuộc vào nhóm bệnh nhân nhưng không phụ thuộc vào kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật.[46]

**ống dẫn lưu túi mật qua da**

» Nếu điều trị nội khoa thất bại, và bệnh nhân không thích hợp cho phẫu thuật (ví dụ như không phù hợp về mặt y tế), cần cân nhắc đặt ống dẫn lưu túi mật qua da.

» Tuổi trên 70, đái tháo đường, sưng túi mật và WBC cao kéo dài (>15.000 tế bào/microlit) là yếu tố tiên lượng tình trạng xuất hiện các biến chứng như viêm túi mật hoại thư và yếu tố dự đoán sự thất bại của điều trị bảo tồn.[49] Cần cân nhắc đặt ống dẫn lưu túi mật qua da sớm cho các bệnh nhân này.

» Bệnh nhân được điều trị bằng cách đặt ống dẫn lưu túi mật có thể được xuất viện với ống dẫn lưu được đặt sau khi quá trình viêm đã khỏi về mặt lâm sàng. Sau đó, những bệnh nhân này cần được chụp X-quang đường mật thông qua ống dẫn lưu đường mật (6-8 tuần) để xem ống túi mật đã thông thoáng chưa. Nếu ống túi mật đã thông thoáng và bệnh nhân phù hợp để phẫu thuật, cần giới thiệu bệnh nhân để phẫu thuật cắt bỏ túi mật.

» Dựa trên bằng chứng sẵn có từ RCT, điều trị cho những người có nguy cơ tử vong cao trước, trong và sau phẫu thuật do tình trạng sức khỏe chung (tức là bệnh nhân rủi ro phẫu thuật) với đặt ống dẫn lưu túi mật qua da là không rõ ràng.[50] Cần có thêm dữ liệu.

## bổ sung

**dẫn lưu túi mật qua nhú tá tràng dưới nội soi hoặc dẫn lưu túi mật có nội soi siêu âm hướng dẫn**

» Dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da được coi là biện pháp bậc một thay thế cho can thiệp phẫu thuật ở những bệnh nhân bị viêm túi mật cấp tính có rủi ro cao trong phẫu thuật. Tuy nhiên, cũng có thể cân nhắc dẫn lưu túi mật qua nhú tá tràng có sự hỗ trợ của nội soi hoặc dẫn lưu túi mật dưới nội soi siêu âm trong một số cơ sở có nguồn lực.[63]

**Trung bình (cấp II): ổn định và không có các dấu hiệu thủng/hoại thư**

## 1

**Chăm sóc hỗ trợ**

» Bệnh có mức độ nghiêm trọng trung bình (cấp II) được định nghĩa là viêm túi mật cấp tính kèm theo bất kỳ một trong các biểu hiện sau đây: số lượng bạch cầu cao (>18.000/microlit), có thể sờ thấy khối u đau khi chạm vào ở phần tư vùng bụng trên bên phải, thời gian triệu chứng >72 giờ, và tình trạng viêm tại chỗ rõ

## Cấp tính

rệt (viêm túi mật hoại thư, áp-xe quanh túi mật, áp-xe gan, viêm phúc mạc mật, viêm túi mật sinh hơi).[27]

» Khi nghi ngờ chẩn đoán viêm túi mật cấp tính, cần bắt đầu điều trị nội khoa, bao gồm nhịn ăn đường miệng, dịch truyền tĩnh mạch, thuốc kháng sinh và thuốc giảm đau, cùng với theo dõi chặt chẽ huyết áp, mạch, lượng nước tiểu.

**thêm** **thuốc kháng sinh đường tĩnh mạch**

**Các lựa chọn sơ cấp**

» **cefuroxime**: 750-1500 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 6-8 giờ

**HOẶC**

» **Ciprofloxacin**: 400 mg qua đường tĩnh mạch 12 giờ một lần

**-hoặc-**

» **levofloxacin**: 500 mg qua đường tĩnh mạch ngày một lần

**--VÀ--**

» **metronidazole**: 500 mg đường tĩnh mạch mỗi 8 giờ một lần

» Sinh lý bệnh của viêm túi mật cấp tính là tắc nghẽn ống túi mật, gây ra tình trạng viêm vô trùng cấp tính. Nhiễm trùng thứ phát khoang túi mật do vi khuẩn xảy ra sau đó.

» Điều trị kháng sinh cần bao phủ chống lại vi sinh vật thuộc họ Enterobacteriaceae (ví dụ như cephalosporin thế hệ thứ hai hoặc phối hợp quinolone và metronidazole).[64]

**bổ sung** **thuốc kháng viêm không chứa steroid (NSAID)**

**Các lựa chọn sơ cấp**

» **diclofenac potassium**: 50 mg qua đường uống (phóng thích tức thời) hai đến ba lần hàng ngày khi cần

**HOẶC**

» **indometacin**: 25-50 mg qua đường uống hai đến ba lần hàng ngày khi cần

» Khuyến cáo dùng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) như diclofenac hoặc indomethacin như một phần của điều trị nội khoa vì tác dụng giảm đau của chúng và khả năng ức chế giải phóng prostaglandin từ thành túi mật.

**thêm** **thủ thuật cắt bỏ túi mật sớm hoặc thủ thuật cắt bỏ túi mật kèm theo cắt bỏ túi mật trì hoãn**

## Cấp tính

» Viêm túi mật mức độ trung bình thường không đáp ứng với điều trị nội khoa ban đầu. Bệnh nhân không cải thiện khi điều trị bảo tồn được giới thiệu đến phẫu thuật hoặc dẫn lưu túi mật qua da.

» Có thể chỉ định thủ thuật cắt bỏ túi mật qua soi ổ bụng sớm (ELC) nếu nhân viên y tế có kỹ năng và kỹ thuật soi ổ bụng trình độ cao.[26] [38] [39] [57]

» Bệnh nhân bị xơ gan mức A hoặc B theo thang Child-Turcotte-Pugh trải qua ELC có tổng số biến chứng sau phẫu thuật thấp hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, và bắt đầu lại chế độ ăn uống bình thường nhanh hơn so với những người trải qua thủ thuật mổ hở.[47]

» Vẫn còn tranh cãi trong nhóm bị viêm túi mật nặng trung bình, trong đó không có rối loạn chức năng cơ quan nhưng bệnh lan rộng trong túi mật, có thể dẫn đến khó khăn trong việc tiến hành cắt bỏ túi mật. Trong nhóm này, ưu tiên ELC hoặc mổ hở cắt bỏ túi mật nhưng chỉ nên để bác sĩ phẫu thuật giàu kinh nghiệm thực hiện. Nếu các tình trạng phẫu thuật làm cho việc xác định cấu trúc giải phẫu khó khăn, cần ngưng ELC ngay để chuyển sang mổ hở cắt bỏ túi mật. Khoảng thời gian cắt bỏ túi mật có thể tiến hành trong 6 đến 8 tuần.

» Cần cân nhắc đặt ống dẫn lưu túi mật qua da đối với những bệnh nhân không phù hợp để phẫu thuật (ví dụ: không phù hợp về mặt y khoa để phẫu thuật). Bệnh nhân được điều trị bằng cách đặt ống dẫn lưu túi mật có thể được xuất viện với ống dẫn lưu được đặt sau khi quá trình viêm đã khỏi về mặt lâm sàng. Sau đó, những bệnh nhân này cần được chụp X-quang đường mật thông qua ống dẫn lưu đường mật (6-8 tuần) để xem ống túi mật đã thông thoáng chưa. Nếu ống túi mật đã thông thoáng và bệnh nhân phù hợp để phẫu thuật, cần giới thiệu bệnh nhân đến phẫu thuật cắt bỏ túi mật.

### Nặng (cấp III): nghi ngờ hoại thư/thủng hoặc bằng chứng rối loạn chức năng cơ quan

#### 1 nhập viện để chăm sóc tích cực và chăm sóc nâng đỡ

» Bệnh nặng (cấp III) được xác định là rối loạn chức năng cơ quan ở ít nhất bất kỳ một trong các cơ quan/hệ thống sau đây như tim mạch (hạ huyết áp đòi hỏi điều trị bằng dopamine  $\geq 5$  microgram/kg mỗi phút, hoặc bất kỳ liều noradrenaline [norepinephrine] nào), CNS (giảm mức độ tỉnh táo), hô hấp (tỷ lệ PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> <300), thận (thiếu niệu, creatinine >176,8 micromol/L [ $>2,0$  mg/dL]), gan (INR >1,5), hoặc huyết học (số lượng tiểu cầu <100.000 tế bào/microlit), và/hoặc tình trạng viêm tại chỗ nặng.[27]



## Cấp tính

- » Cần chăm sóc nâng đỡ tích cực để theo dõi và điều trị rối loạn chức năng cơ quan.
- thêm thuốc kháng sinh đường tĩnh mạch**
- Các lựa chọn sơ cấp**
- » **cefuroxime**: 750-1500 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 6-8 giờ
- HOẶC**
- » **Ciprofloxacin**: 400 mg qua đường tĩnh mạch 12 giờ một lần  
**-hoặc-**  
 » **levofloxacin**: 500 mg qua đường tĩnh mạch ngày một lần
- VÀ--**
- » **metronidazole**: 500 mg đường tĩnh mạch mỗi 8 giờ một lần
- » Điều trị kháng sinh cần bao phủ chống lại vi sinh vật thuộc họ Enterobacteriaceae (ví dụ như cephalosporin thế hệ thứ hai hoặc phối hợp quinolone và metronidazole).
- bổ sung phẫu thuật cắt bỏ túi mật khẩn cấp, sau đó là phẫu thuật cắt bỏ túi mật chọn lọc trì hoãn**
- » Đòi hỏi điều trị khẩn cấp tình trạng viêm tại chỗ nặng bằng cách dẫn lưu túi mật qua da (tức là đặt ống dẫn lưu túi mật qua da), sau đó là chỉ định phẫu thuật cắt bỏ túi mật chọn lọc trì hoãn 2 đến 3 tháng sau, khi tình trạng sức khỏe chung của bệnh nhân đã được cải thiện.[26] [60]
- » Bệnh nhân bị xơ gan mức A hoặc B theo thang Child-Turcotte-Pugh trải qua LC (thủ thuật cắt bỏ túi mật qua soi ổ bụng) chọn lọc có tổng số biến chứng sau phẫu thuật thấp hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, và bắt đầu lại chế độ ăn uống bình thường nhanh hơn so với những người trải qua thủ thuật mổ hở.[47]
- » Bệnh nhân được điều trị bằng cách đặt ống dẫn lưu túi mật có thể được xuất viện với ống dẫn lưu được đặt sau khi quá trình viêm đã khỏi về mặt lâm sàng. Sau đó, những bệnh nhân này cần được chụp X-quang đường mật thông qua ống dẫn lưu đường mật (6-8 tuần) để xem ống túi mật đã thông thoáng chưa. Nếu ống túi mật đã thông thoáng và bệnh nhân phù hợp để phẫu thuật, cần giới thiệu bệnh nhân để phẫu thuật cắt bỏ túi mật.

## Giai đoạn đầu

### Phẫu thuật cắt bỏ túi mật bằng robot

Có một số bằng chứng cho thấy rằng thủ thuật cắt bỏ túi mật bằng robot có thể làm giảm thương tích đường mật nhỏ, tỷ lệ chuyển đổi sang mổ hở, và lượng máu mất trung bình so với thủ thuật cắt bỏ túi mật qua soi ổ bụng.[65] Tuy nhiên, các nghiên cứu khác đã không phát hiện thấy bất kỳ lợi ích nào trong kết quả phẫu thuật của biện pháp tiếp cận bằng robot.[66]

## Khuyến nghị

### Giám sát

Bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bỏ túi mật nên được tái khám trong vòng 2 tuần sau khi xuất viện. Cần hỏi bệnh nhân về việc có hoặc không có buồn nôn, nôn, và đau bụng cũng như khả năng dung nạp qua đường miệng. Vết thương cần được xem xét để phát hiện phù nề, tiết dịch hoặc đau. Ngoài ra, cần lưu ý bất kỳ dấu hiệu nào của vàng da; nếu các dấu hiệu này xuất hiện, nồng độ bilirubin trực tiếp và gián tiếp cần được xác định và siêu âm vùng bụng cần được chỉ định.

Ở bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt bỏ túi mật qua da, nếu không xuất hiện sỏi mật và chụp X-quang đường mật chỉ ra ống túi mật không bị ảnh hưởng, thì cần tháo ống ra sau 6 đến 8 tuần.

### Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

## Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
<b>thủng</b>	<b>ngắn hạn</b>	<b>trung bình</b>
Xảy ra trong 10% ca bệnh, thường ở bệnh nhân không đáp ứng với điều trị bảo tồn hoặc nếu đã có sự chậm trễ trong việc tìm kiếm trợ giúp y tế. Sau khi thủng, bệnh nhân có thể thuyên giảm triệu chứng tạm thời do giảm chèn ép túi mật. Tình trạng thủng tự do liên quan đến 30% tỷ lệ tử vong, và bệnh nhân có biểu hiện viêm phúc mạc mật toàn thể.[3]		
<b>viêm túi mật mưng mủ</b>	<b>ngắn hạn</b>	<b>trung bình</b>
Dày thành túi mật kèm theo thâm nhiễm bạch cầu, áp-xe trong thành và hoại tử. Điều này có thể dẫn đến thủng túi mật và hình thành áp-xe quanh túi mật.[2]		
<b>viêm túi mật hoại thư</b>	<b>ngắn hạn</b>	<b>trung bình</b>
Xảy ra ở 2% đến 30% ca bệnh. Thường xảy ra ở đáy túi mật vì tổn thương mạch máu.[3]		
<b>tổn thương ống mật do phẫu thuật</b>	<b>ngắn hạn</b>	<b>thấp</b>
Biến chứng hiếm gặp của phẫu thuật cắt bỏ túi mật. Liệu pháp bao gồm đặt stent dưới nội soi, nong bằng bóng xuyên gan qua da và phẫu thuật tái tạo. Nhận biết sớm và biện pháp tiếp cận liên chuyên khoa phù hợp có sự tham gia của các chuyên gia là nền tảng để có một kết quả cuối cùng tối ưu.		
<b>liệt ruột do sỏi mật</b>	<b>ngắn hạn</b>	<b>thấp</b>
Do sỏi mật đi từ đường mật vào đường tiêu hóa (thông qua lỗ rò) dẫn đến tắc nghẽn ruột non.[3] Sỏi mật to lên trong quá trình đi vào đường tiêu hóa. Điều trị với phẫu thuật mở ruột (gần vị trí tắc nghẽn vì nguy cơ đóng ruột bị tổn thương) và lấy sỏi ra. Sau đó là thủ thuật cắt bỏ túi mật trong giai đoạn không viêm 4 đến 6 tuần sau đó.		

## Tiên lượng

Cắt bỏ túi mật và loại bỏ sỏi mật bị mắc kẹt khi bắt đầu xuất hiện cơn đau đường mật sẽ ngăn ngừa các cơn đau đường mật sau đó và làm giảm nguy cơ bị viêm túi mật. Nếu túi mật bị thủng, tỷ lệ tử vong là 30%.

Viêm túi mật do sỏi cấp tính không được điều trị đe dọa tính mạng và có liên quan đến 50% tỷ lệ tử vong.<sup>[3]</sup>

## Hướng dẫn chẩn đoán

### Bắc Mỹ

#### ACR-SPR Practice Parameter for the performance of hepatobiliary scintigraphy

Nhà xuất bản: American College of Radiology and Society for Pediatric Radiology

Xuất bản lần cuối: 2017

#### ACR Appropriateness Criteria: right upper quadrant pain

Nhà xuất bản: American College of Radiology

Xuất bản lần cuối: 2013

#### ACR Appropriateness Criteria: jaundice

Nhà xuất bản: American College of Radiology

Xuất bản lần cuối: 2012

#### ACR Appropriateness Criteria: acute (nonlocalized) abdominal pain and fever or suspected abdominal abscess

Nhà xuất bản: American College of Radiology

Xuất bản lần cuối: 2012

### Châu Á

#### TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis

Nhà xuất bản: Tokyo Guidelines Revision Committee

Xuất bản lần cuối: 2013

## Hướng dẫn điều trị

### Châu Âu

#### Gallstone disease: diagnosis and management

Nhà xuất bản: National Institute for Health and Care Excellence

Xuất bản lần cuối: 2014

### Quốc tế

#### 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis

Nhà xuất bản: World Society of Emergency Surgery

Xuất bản lần cuối: 2016

### Bắc Mỹ

#### Treatment of gallstone and gallbladder disease

Nhà xuất bản: The Society for Surgery of the Alimentary Tract

Xuất bản lần cuối: 2014

#### SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery

Nhà xuất bản: The Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons

Xuất bản lần cuối: 2010

## Châu Á

### TG18 indications and techniques for gallbladder drainage in acute cholecystitis

Nhà xuất bản: Tokyo Guidelines Revision Committee

Xuất bản lần cuối: 2017

### TG13 flowchart for the management of acute cholangitis and cholecystitis

Nhà xuất bản: Tokyo Guidelines Revision Committee

Xuất bản lần cuối: 2013

### TG13 management bundles for acute cholangitis and cholecystitis

Nhà xuất bản: Tokyo Guidelines Revision Committee

Xuất bản lần cuối: 2013

### TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis

Nhà xuất bản: Tokyo Guidelines Revision Committee

Xuất bản lần cuối: 2013

### TG13 surgical management of acute cholecystitis

Nhà xuất bản: Tokyo Guidelines Revision Committee

Xuất bản lần cuối: 2013

## Điểm số bằng chứng

1. Thời gian nằm viện: có bằng chứng kém thuyết phục cho thấy rằng thủ thuật cắt bỏ túi mật sớm (tại thời điểm chẩn đoán hoặc trong vòng 7 ngày kể từ khi khởi phát triệu chứng) có thể hiệu quả hơn cắt bỏ túi mật chậm ( $\geq 6$  tuần sau khi khởi phát triệu chứng) trong việc làm giảm thời gian nằm viện.  
**Bằng chứng cấp độ C:** Các nghiên cứu quan sát (thuần tập) có chất lượng thấp hoặc các thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng (RCT) có lỗi về phương pháp với  $< 200$  người tham gia.
2. Thời gian nằm viện: có bằng chứng kém thuyết phục cho thấy rằng cắt bỏ túi mật qua soi ổ bụng có thể hiệu quả hơn mổ hở cắt bỏ túi mật trong việc làm giảm thời gian nằm viện.  
**Bằng chứng cấp độ C:** Các nghiên cứu quan sát (thuần tập) có chất lượng thấp hoặc các thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng (RCT) có lỗi về phương pháp với  $< 200$  người tham gia.
3. Biến chứng sau phẫu thuật: có bằng chứng kém thuyết phục từ dữ liệu gây tranh cãi là cắt mổ túi mật qua nội soi ổ bụng có thể có ít biến chứng sau phẫu thuật hơn so với mổ hở cắt bỏ túi mật.  
**Bằng chứng cấp độ C:** Các nghiên cứu quan sát (thuần tập) có chất lượng thấp hoặc các thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng (RCT) có lỗi về phương pháp với  $< 200$  người tham gia.



## Các bài báo chủ yếu

- Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan;20(1):35-46. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Brazzelli M, Cruickshank M, Kilonzo M, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cholecystectomy compared with observation/conservative management for preventing recurrent symptoms and complications in adults presenting with uncomplicated symptomatic gallstones or cholecystitis: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2014 Aug;18(55):1-101. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Wu XD, Tian X, Liu MM, et al. Meta-analysis comparing early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Br J Surg. 2015 Oct;102(11):1302-13. [Tóm lược](#)
- Regimbeau JM, Fuks D, Pautrat K, et al; FRENCH Study Group. Effect of postoperative antibiotic administration on postoperative infection following cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a randomized clinical trial. JAMA. 2014 Jul;312(2):145-54. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan;20(1):55-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan;20(1):89-96. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Gomi H, Solomkin JS, Takada T, et al. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan;20(1):60-70. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

## Tài liệu tham khảo

1. Ziessman HA. Acute cholecystitis, biliary obstruction and biliary leakage. Semin Nucl Med. 2003 Oct;33(4):279-96. [Tóm lược](#)
2. Kimura Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan;20(1):8-23. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
3. Indar AA, Beckingham IJ. Acute cholecystitis. BMJ. 2002 Sep 21;325(7365):639-43. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
4. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver. 2012 Apr;6(2):172-87. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
5. Shaffer EA. Gallstone disease: epidemiology of gallbladder stone disease. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006;20(6):981-96. [Tóm lược](#)
6. Friedman GD. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. Am J Surg. 1993 Apr;165(4):399-404. [Tóm lược](#)

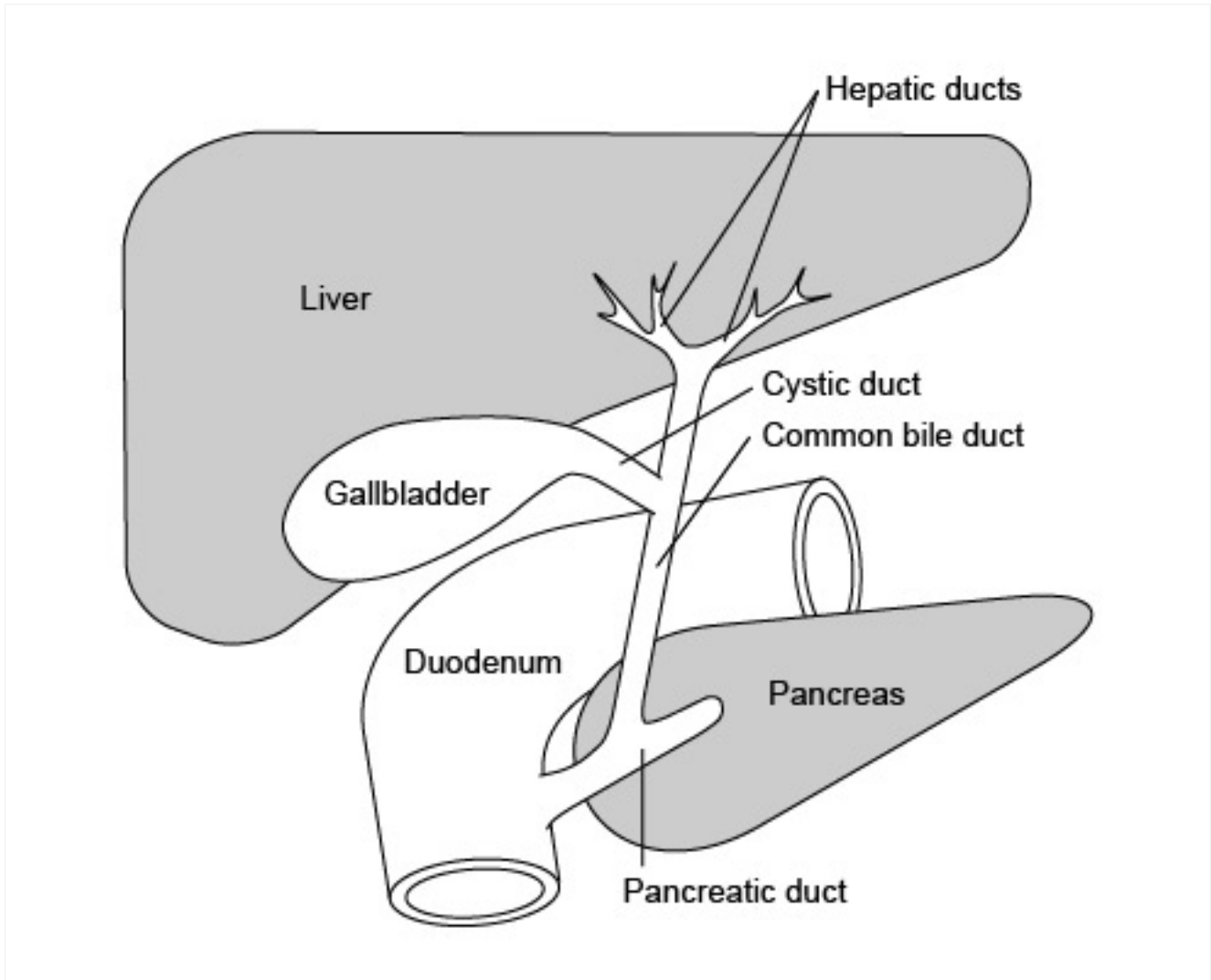
7. Freidman GD, Raviola CA, Fireman B. Prognosis of gallstones with mild or no symptoms: 25 years of follow-up in a health maintenance organization. *J Clin Epidemiol.* 1989;42(2):127-36. [Tóm lược](#)
8. Ko CW, Lee SP. Gastrointestinal disorders of the critically ill. Biliary sludge and cholecystitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2003 Jun;17(3):383-96. [Tóm lược](#)
9. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. September 1992 [internet publication]. [Toàn văn](#)
10. Shah OJ, Zargar SA, Robbani I. Biliary ascariasis: a review: *World J Surg.* 2006 Aug;30(8):1500-6. [Tóm lược](#)
11. Claesson B, Holmlund D, Mätzsch T. Biliary microflora in acute cholecystitis and the clinical implications. *Acta Chir Scand.* 1984;150(3):229-37. [Tóm lược](#)
12. Kanafani ZA, Khalifé N, Kanj SS, et al. Antibiotic use in acute cholecystitis: practice patterns in the absence of evidence-based guidelines. *J Infect.* 2005 Aug;51(2):128-34. [Tóm lược](#)
13. Csendes A, Burdiles P, Maluenda F, et al. Simultaneous bacteriologic assessment of bile from gallbladder and common bile duct in control subjects and patients with gallstones and common duct stones. *Arch Surg.* 1996 Apr;131(4):389-94. [Tóm lược](#)
14. Kim A, Yang HR, Moon JS, et al. Epstein-Barr virus infection with acute acalculous cholecystitis. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2014 Mar;17(1):57-60. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
15. Keus F, Broeders IA, van Laarhoven CJ. Gallstone disease: surgical aspects of symptomatic cholelithiasis and acute cholecystitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2006;20(6):1031-51. [Tóm lược](#)
16. Okada Y, Tanabe R, Mukaida M. Posttraumatic acute cholecystitis. Relationship to the initial trauma. *Am J Forensic Med Pathol.* 1987 Jun;8(2):164-8. [Tóm lược](#)
17. Arnoldo BD, Hunt JL, Purdue GF. Acute cholecystitis in burn patients. *J Burn Care Res.* 2006 Mar-Apr;27(2):170-3. [Tóm lược](#)
18. Aune D, Vatten LJ. Diabetes mellitus and the risk of gallbladder disease: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Diabetes Complications.* 2016 Mar;30(2):368-73. [Tóm lược](#)
19. Takayasu K, Moriyama N, Muramatsu Y, et al. Gallbladder infarction after hepatic artery embolization. *AJR Am J Roentgenol.* 1985 Jan;144(1):135-8. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
20. Aune D, Leitzmann M, Vatten LJ. Physical activity and the risk of gallbladder disease: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Phys Act Health.* 2016 Jul;13(7):788-95. [Tóm lược](#)
21. Ortega RM, Fernández-Azulea M, Encinas-Sotillos A, et al. Differences in diet and food habits between patients with gallstones and controls. *J Am Coll Nutr.* 1997 Feb;16(1):88-95. [Tóm lược](#)
22. Tsai CJ, Leitzmann MF, Willet WC, et al. Long-term intake of dietary fiber and decreased risk of cholecystectomy in women. *Am J Gastroenterol.* 2004 Jul;99(7):1364-70. [Tóm lược](#)

23. Venneman NG, van Erpecum KJ. Gallstone disease: primary and secondary prevention. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2006;20(6):1063-73. [Tóm lược](#)
24. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? *JAMA.* 2003 Jan 1;289(1):80-6. [Tóm lược](#)
25. Bellows CF, Berger DH, Crass RA. Management of gallstones. *Am Fam Physician.* 2005 Aug 15;72(4):637-42. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
26. Miura F, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 flowchart for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013 Jan;20(1):47-54. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
27. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013 Jan;20(1):35-46. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
28. Ralls PW, Colletti PM, Lapin SA, et al. Real-time sonography in suspected acute cholecystitis. Prospective evaluation of primary and secondary signs. *Radiology.* 1985 Jun;155(3):767-71. [Tóm lược](#)
29. American College of Radiology and Society for Pediatric Radiology. ACR-SPR practice parameter for the performance of hepatobiliary scintigraphy. 2017 [internet publication]. [Toàn văn](#)
30. Watanabe Y, Nagayama M, Okumura A, et al. MR imaging of acute biliary disorders. *Radiographics.* 2007 Mar-Apr;27(2):477-95. [Tóm lược](#)
31. Tomida S, Abei M, Yamaguchi T, et al. Long term ursodeoxycholic acid therapy is associated with reduced risk of biliary pain and acute cholecystitis in patients with gallbladder stones: a cohort analysis. *Hepatology.* 1999 Jul;30(1):6-13. [Tóm lược](#)
32. Bortoff GA, Chen MY, Ott DJ, et al. Gallbladder stones: imaging and intervention. *Radiographics.* 2000 May-Jun;20(3):751-66. [Tóm lược](#)
33. Shea JA, Berlin JA, Escarce JJ, et al. Revised estimates of diagnostic test sensitivity and specificity in suspected biliary tract disease. *Arch Intern Med.* 1994 Nov 28;154(22):2573-81. [Tóm lược](#)
34. Kiewiet JJ, Leeuwenburgh MM, Bipat S, et al. A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance of imaging in acute cholecystitis. *Radiology.* 2012 Sep;264(3):708-20. [Tóm lược](#)
35. Menu Y, Vuillerme M. Non-traumatic abdominal emergencies: imaging and intervention in acute biliary conditions. *Eur Radiol.* 2002 Oct;12(10):2397-406. [Tóm lược](#)
36. Helton WS, Espot NJ. Cholecystitis and cholangitis. *Curr Treat Options Infect Dis.* 2001;3:387-400.
37. Brazzelli M, Cruickshank M, Kilonzo M, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cholecystectomy compared with observation/conservative management for preventing recurrent symptoms and complications in adults presenting with uncomplicated symptomatic gallstones or cholecystitis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess.* 2014 Aug;18(55):1-101. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
38. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. *Surg Endosc.* 2010 Oct;24(10):2368-86. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

39. Wu XD, Tian X, Liu MM, et al. Meta-analysis comparing early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg*. 2015 Oct;102(11):1302-13. [Tóm lược](#)
40. Lo CM, Liu CL, Fan ST, et al. Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Surg*. 1998 Apr;227(4):461-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
41. Lai PS, Kwong KH, Leung KL, et al. Randomized trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg*. 1998 Jun;85(6):764-7. [Tóm lược](#)
42. Song GM, Bian W, Zeng XT, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: early or delayed?: Evidence from a systematic review of discordant meta-analyses. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Jun;95(23):e3835. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
43. Cao AM, Eslick GD, Cox MR. Early laparoscopic cholecystectomy is superior to delayed acute cholecystitis: a meta-analysis of case-control studies. *Surg Endosc*. 2016 Mar;30(3):1172-82. [Tóm lược](#)
44. Roulin D, Saadi A, Di Mare L, et al. Early versus delayed cholecystectomy for acute cholecystitis, are the 72 hours still the rule? A randomized trial. *Ann Surg*. 2016 Nov;264(5):717-22. [Tóm lược](#)
45. The Society for Surgery of the Alimentary Tract. Treatment of gallstone and gallbladder disease. 2014 [internet publication]. [Toàn văn](#)
46. Bender JS, Duncan MD, Freeswick PD, et al. Increased laparoscopic experience does not lead to improved results with acute cholecystitis. *Am J Surg*. 2002 Dec;184(6):591-4. [Tóm lược](#)
47. de Goede B, Klitsie PJ, Hagen SM, et al. Meta-analysis of laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with liver cirrhosis and symptomatic cholecystolithiasis. *Br J Surg*. 2013 Jan;100(2):209-16. [Tóm lược](#)
48. Byrne MF, Suhocki P, Mitchell RM, et al. Percutaneous cholecystostomy in patients with acute cholecystitis: experience of 45 patients at a US referral center. *J Am Coll Surg*. 2003 Aug;197(2):206-11. [Tóm lược](#)
49. Barak O, Elazary R, Appelbaum L, et al. Conservative treatment for acute cholecystitis: clinical and radiographic predictors of failure. *Isr Med Assoc J*. 2009 Dec;11(12):739-43. [Tóm lược](#)
50. Gurusamy KS, Rossi M, Davidson BR. Percutaneous cholecystostomy for high-risk surgical patients with acute calculous cholecystitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 12;(8):CD007088. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
51. Bakkaloglu H, Yanar H, Guloglu R, et al. Ultrasound guided percutaneous cholecystostomy in high-risk patients for surgical intervention. *World J Gastroenterol*. 2006 Nov 28;12(44):7179-82. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
52. Welschbillig-Meunier K, Pessaux P, Lebigot J, et al. Percutaneous cholecystostomy for high-risk patients with acute cholecystitis. *Surg Endosc*. 2005 Sep;19(9):1256-9. [Tóm lược](#)
53. Davis CA, Landercasper J, Gundersen LH, et al. Effective use of percutaneous cholecystostomy in high-risk surgical patients: techniques, tube management, and results. *Arch Surg*. 1999 Jul;134(7):727-31 [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
54. Hatzidakis AA, Prassopoulos P, Petinarakis I, et al. Acute cholecystitis in high-risk patients: percutaneous cholecystostomy vs conservative treatment. *Eur Radiol*. 2002 Jul;12(7):1778-84. [Tóm lược](#)

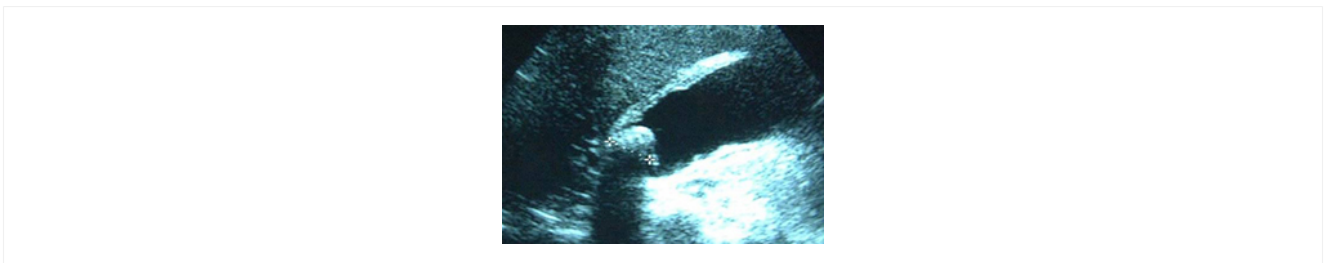
55. van Dijk AH, de Reuver PR, Tasma TN, et al. Systematic review of antibiotic treatment for acute calculous cholecystitis. *Br J Surg*. 2016 Jun;103(7):797-811. [Tóm lược](#)
56. Solomkin JS, Mazuski JE, Baron EJ, et al. Guidelines for the selection of anti-infective agents for complicated intra-abdominal infections. *Clin Infect Dis*. 2003 Oct 15;37(8):997-1005. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
57. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, et al. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg*. 2010 Feb;97(2):141-50. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
58. Regimbeau JM, Fuks D, Pautrat K, et al; FRENCH Study Group. Effect of postoperative antibiotic administration on postoperative infection following cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014 Jul;312(2):145-54. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
59. Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013 Jan;20(1):55-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
60. Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013 Jan;20(1):89-96. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
61. Gutt CN, Encke J, Köninger J, et al. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *Ann Surg*. 2013 Sep;258(3):385-93. [Tóm lược](#)
62. Loozen CS, Kortram K, Kornmann VN, et al. Randomized clinical trial of extended versus single-dose perioperative antibiotic prophylaxis for acute calculous cholecystitis. *Br J Surg*. 2017 Jan;104(2):e151-7. [Tóm lược](#)
63. Mori Y, Itoi T, Baron TH, et al. Tokyo Guidelines 2018: management strategies for gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2017 Sep 9 [Epub ahead of print]. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
64. Gomi H, Solomkin JS, Takada T, et al. TG13 antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013 Jan;20(1):60-70. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
65. Gangemi A, Danilkowicz R, Elli FE, et al. Could ICG-aided robotic cholecystectomy reduce the rate of open conversion reported with laparoscopic approach? A head to head comparison of the largest single institution studies. *J Robot Surg*. 2017 Mar;11(1):77-82. [Tóm lược](#)
66. Lim C, Bou Nassif G, Lahat E, et al. Single-incision robotic cholecystectomy is associated with a high rate of trocar-site infection. *Int J Med Robot*. 2017 Dec;13(4). [Tóm lược](#)

## Hình ảnh



Hình 1: Đường mật

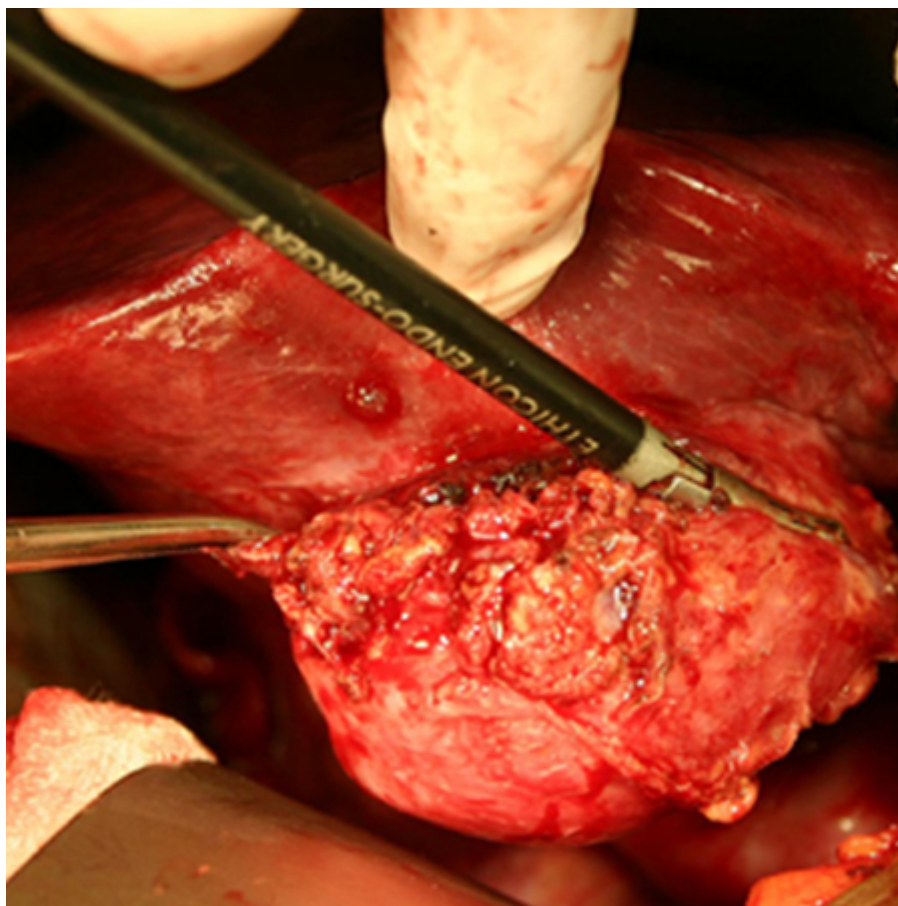
Sản phẩm của BMJ Publishing Group



Hình 2: Siêu âm của viêm túi mật cấp tính và hiện diện sỏi mật

Trích từ tư liệu của Tiến sĩ Charles Bellows; đã được phép sử dụng





*Hình 3: Hình ảnh phẫu thuật chỉ ra viêm túi mật cấp tính*

*Trích từ tư liệu của Tiến sĩ Charles Bellows; đã được phép sử dụng*

## Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105  
support@bmj.com

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK



# BMJ Best Practice

## Những người có đóng góp:

---

### // Các tác giả:

#### **Charles Bellows, MD**

---

Professor of Surgery

University of New Mexico, School of Medicine, Albuquerque, NM

CÔNG KHAI THÔNG TIN: CB is an author of one study referenced in this monograph. CB declares that he has no other competing interests.

### // Những Người Bình duyệt:

#### **Stefano Guandalini, MD**

---

Professor of Pediatrics

Chief, Division of Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, University of Chicago Comer Children's Hospital, Chicago, IL

CÔNG KHAI THÔNG TIN: SG declares that he has no competing interests.