

CHẤN THƯƠNG TÚI MẬT TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Quách Văn Kiên^{1,2,✉}, Vũ Hồng Tuân^{1,2}, Nguyễn Trà My³

Nguyễn Thị Thanh Tâm¹, Phạm Quang Thái^{1,3}

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y - Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chấn thương túi mật hiếm gặp và khó chẩn đoán trên lâm sàng và cận lâm sàng, tỷ lệ khoảng 2% trong các chấn thương bụng kín. Chúng tôi trình bày trường hợp: bệnh nhân nam, 63 tuổi, có sử dụng rượu, vào viện sau tai nạn xe máy – ô tô. Bệnh nhân có đau bụng vùng mạn sườn phải kèm phản ứng thành bụng. Qua thăm khám, chúng tôi nghi ngờ bệnh nhân có tổn thương đường mật chưa loại trừ vỡ tạng rỗng và chỉ định mổ cấp cứu thăm dò ổ bụng. Trong mổ thấy túi mật vỡ ở đáy, chảy dịch mật vào ổ bụng, ngoài ra đường mật chính, các tạng rỗng không tổn thương. Chẩn đoán trong mổ: Chấn thương đường mật ngoài gan độ II (tổn thương vỡ túi mật) theo AAST. Bệnh nhân được cắt túi mật, sau mổ diễn biến ổn định. Kết hợp điểm lại y văn chúng tôi thấy: Chấn thương túi mật hiếm gặp, chẩn đoán trước mổ khó do triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nghèo nàn và không đặc hiệu. Điều trị chính là phẫu thuật cắt túi mật cấp cứu mang lại tiên lượng tốt.

Từ khoá: Chấn thương túi mật, chấn thương bụng kín, cắt túi mật, viêm phúc mạc mật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương túi mật (CTTM) là một tổn thương hiếm gặp trong chấn thương bụng kín, chỉ gặp khoảng 2%. Do túi mật (TM) có kích thước nhỏ và vị trí giải phẫu của nó được bao phủ bởi gan, mạc nối, ruột và lồng ngực đã tạo nên sự bảo vệ vững chắc, nên CTTM đơn thuần rất hiếm gặp và thường đi kèm với các chấn thương tạng khác trong ổ bụng.¹⁻³

Chấn thương túi mật khó được chẩn đoán sớm và trước phẫu thuật, thường xuất hiện trong bệnh cảnh chỉ định phẫu thuật cấp cứu do nguyên nhân khác như hội chứng chảy máu trong ổ bụng hay viêm phúc mạc. Đa số các trường hợp phát hiện chấn thương túi mật

muộn sau thời gian nằm viện theo dõi bệnh nhân có biểu hiện viêm phúc mạc (do dịch mật) hoặc khi đã ra viện và phải tái nhập viện vì các biểu hiện vàng da, đau bụng âm ỉ như trong các báo cáo của Benjamin D. Liess, Ekwunife CN...⁴⁻⁶ CTTM có thể nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương thì có tỉ lệ tử vong cao do các tổn thương phối hợp, sốc nhiễm trùng. Do vậy, cần thiết chẩn đoán sớm vỡ túi mật để giảm các tỷ lệ biến chứng và tử vong liên quan. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị, giúp hỗ trợ cho chẩn đoán phân độ CTTM.⁷

Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng chấn thương túi mật trong bệnh cảnh chấn thương bụng kín và điểm lại tiêu chuẩn chẩn đoán xác định, phân loại mức độ tổn thương và phương pháp điều trị.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Họ tên bệnh nhân (BN): Vũ Văn T, nam, 63

Tác giả liên hệ: Quách Văn Kiên

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Email: drqvkien@gmail.com

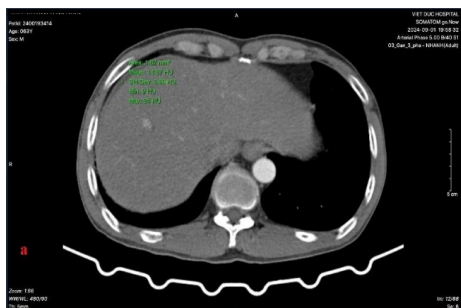
Ngày nhận: 23/12/2024

Ngày được chấp nhận: 09/01/2025

tuổi, địa chỉ: Đỗ Xuyên, Thanh Ba, Phú Thọ. Mã bệnh nhân: 2400193414. Vào viện lúc 16 giờ 15 ngày 01/09/2024. Cách vào viện 5 giờ, BN sau khi sử dụng rượu bị tai nạn xe máy – ô tô. Sau tai nạn bệnh nhân đau bụng vùng mạn sườn phải và hố chậu phải, vào Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong tình trạng: tỉnh, mạch 90 lần/phút, huyết áp 130/85mmHg, không sốt, bụng trướng, có phản ứng thành bụng vùng mạn sườn phải và hố chậu phải, trung tiện được.

Xét nghiệm máu lúc vào viện: Hồng cầu 3,92 T/L, Huyết sắc tố 133 g/L, Bạch cầu 16,18 G/L, Bạch cầu đa nhân trung tính 86,5%, ure

7,48 mmol/L, creatinin 91,83 umol/L, AST/ALT 258,64/96,08 U/L, ethanol 44,364 mmol/L. Phim chụp cắt lớp ổ bụng có tiêm thuốc: Không có khí tự do ổ bụng. Manh tràng và đại tràng phải thành dày quanh chu vi, chỗ dày nhất ~9mm, còn cấu trúc các lớp, sau tiêm ngấm thuốc đều, có tụ dịch vùng dưới gan chạy quanh đại tràng phải và manh tràng xuống dưới tiểu khung, dày nhất 30mm (dịch tỉ trọng thấp). Gan, đường mật trong và ngoài gan không thấy tổn thương. Túi mật thành dày khu trú, dịch mật trong, đáy túi mật có các đám tăng tỉ trọng tự nhiên trước tiêm, sau tiêm không ngấm thuốc (theo dõi máu tụ) kích thước 10x21mm.



Hình 1. Dịch tự do dưới gan, tỷ trọng thấp



Hình 2. Đám tăng tỷ trọng ở đáy túi mật, theo dõi máu tụ

BN được chỉ định phẫu thuật nội soi thăm dò ổ bụng.

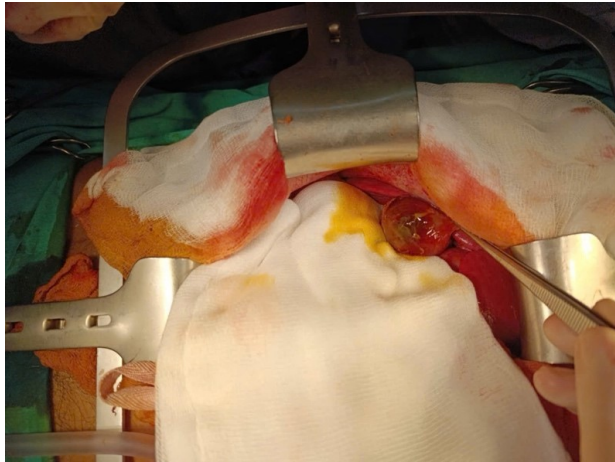
Thăm dò thấy ổ bụng có khoảng 100ml dịch vàng xanh (dịch mật) ở rãnh đại tràng phải, dưới gan, mạc treo đại tràng lên thấm nhiều dịch xanh. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng thấy gan không có đường vỡ, hay tổn thương nhu mô, túi

mật nằm phủ trong phúc mạc phủ đại tràng góc gan. Dạ dày, ruột non, đại tràng sơ bộ không thấy tụ máu, vỡ hay rách thanh cơ. Mạc treo ruột non không có đường rách, giữa các quai ruột có ít dịch tiết. Tiểu khung sạch không có bất thường.

Vì có dịch mật dưới gan chúng tôi nghi ngờ

có tổn thương tá tràng nhưng không thể thăm dò được toàn bộ qua nội soi. Vì vậy, chúng tôi quyết định chuyển mổ mở, làm thủ thuật Kocher bộc lộ khối tá tràng đầu tụy nhưng không thấy tổn thương ở vùng đầu tụy, tá tràng và ống mật chính, thấy nguyên nhân là túi mật đưng dập,

vỡ ở đáy, đang rỉ dịch mật vào trong ổ bụng, giường túi mật còn nguyên vẹn không thấy tụ máu hay đường vỡ, ống cổ túi mật không tổn thương. Chẩn đoán trong mổ: **Chấn thương túi mật độ II theo AAST và loại 2 theo phân loại tổn thương của Losanoff và Kjossev.**



Hình 3. Túi mật đưng dập, gây thấm mật phúc mạc

Sau mổ, diễn biến: bệnh nhân tỉnh, tự thở khí trời, không sốt, dấu hiệu sinh tồn ổn định, bụng mềm, đau nhẹ vết mổ, trung tiện được, dẫn lưu ổ bụng ra ít dịch hồng. Xét nghiệm ngày thứ nhất sau mổ: Hồng cầu 3,64 T/L, Huyết sắc tố 124 g/L, Bạch cầu 9,43 G/L, Bạch cầu đa nhân trung tính 89,9%, AST/ALT 135,87/74,35 U/L, billirubin trực tiếp/toàn phần 5,2/15,2 umol/L. Siêu âm ổ bụng ngày thứ 3 sau mổ cho hình ảnh không có dịch tự do ở hố túi mật và trong ổ bụng, gan và đường mật không có tổn thương. BN được cho ăn qua đường miệng sau 48 tiếng, rút dẫn lưu sau 5 ngày và ổn định ra viện sau 8 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh (VD24 - 37353): túi mật sung huyết, có viêm mũ thanh mạc.

III. BÀN LUẬN

Dịch tễ học, nguyên nhân và yếu tố nguy cơ

Do túi mật có kích thước nhỏ, được các tạng như gan, ruột, mạc nối và lồng ngực bao quanh, nên CTTM đơn thuần rất hiếm gặp

(chỉ khoảng 2% trong chấn thương bụng kín) và thường đi kèm với các chấn thương tạng khác trong ổ bụng.¹⁻³ Chấn thương túi mật đơn thuần thường được báo cáo dưới dạng ca lâm sàng riêng lẻ như của tác giả Jeffrey Birn và cộng sự, Benjamin Yin Ming Kwan và cộng sự, Theodoros E Pavlidis và cộng sự, và bài báo trong nước của tác giả Phạm Hồng Đức và cộng sự, tác giả Trần Bảo Long và Trịnh Hồng Sơn.^{1,2,6,8,9} Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng trong chấn thương bụng kín, chấn thương túi mật đi kèm với chấn thương gan là thường gặp nhất (với tỷ lệ được báo cáo là 83% đến 91%), theo sau là tổn thương lách và tổn thương tá tràng với tỷ lệ lên đến 54%.^{2,3,7}

Nguyên nhân gây chấn thương túi mật thường gặp nhất là tai nạn xe máy.³ Các yếu tố nguy cơ dẫn đến tổn thương túi mật bao gồm thành túi mật mỏng, túi mật căng và có tiền sử sử dụng rượu bia.^{4,7} Điều này có thể được giải thích do rượu làm tăng tiết acid dịch mật và làm tăng trương lực của cơ thắt Oddi, góp phần

làm tăng áp suất túi mật, dẫn đến tăng nguy cơ vỡ túi mật.¹ Đàn ông hay gặp chấn thương túi mật hơn phụ nữ, với độ tuổi trung bình là 27 tuổi.^{3,6,7,10}

Bệnh nhân của chúng tôi có các yếu tố nguy cơ của chấn thương túi mật: giới tính nam, thành túi mật mỏng và có sử dụng rượu bia (điều này được chứng minh qua khai thác tiền sử và các xét nghiệm cận lâm sàng khi bệnh nhân mới vào viện). Mặt khác, ở bệnh nhân này, chúng tôi thấy túi mật được nằm phủ trong, dính với phúc mạc phủ đại tràng góc gan, khiến cho sự di động của nó bị hạn chế “ít di động” nên có thể dẫn đến tổn thương vỡ túi mật; khác với những bệnh nhân có chấn thương gan hay vỡ đại tràng góc gan, vỡ tá tràng nhưng túi mật còn nguyên vẹn.

Phân loại chấn thương túi mật trong chấn thương bụng kín

CTTM có thể được phân loại thành tổn thương đụng dập, thủng hoặc đứt rời. Đụng dập được định nghĩa khi có tụ máu trong thành túi

mật, thường được chẩn đoán khi phẫu thuật nội soi ổ bụng. Thủng, bao gồm cả vỡ hay rách túi mật, là tổn thương phổ biến nhất được ghi nhận trong các báo cáo về chấn thương túi mật. Tổn thương đứt được chia thành ba loại nhỏ dựa trên sự toàn vẹn của sự dính giữa túi mật với giường túi mật, và sự toàn vẹn của động mạch cùng với ống cổ túi mật. Cụ thể, “đứt rời một phần” là khi túi mật bị tách khỏi giường túi mật một phần; “đứt rời toàn phần” khi túi mật bị tách hẳn khỏi giường túi mật nhưng ống túi mật và động mạch túi mật còn nguyên vẹn; và “đứt rời hoàn toàn” khi toàn bộ túi mật, ống túi mật và động mạch túi mật bị mất liên kết với các tạng xung quanh, khiến cho túi mật di chuyển tự do trong ổ bụng.^{2,3,7}

Phân loại của Losanoff và Kjossev mô tả chi tiết về các tổn thương của túi mật trong chấn thương bụng kín.¹¹ Dựa trên phân loại này, bệnh nhân của chúng tôi có tổn thương thuộc nhóm 2 (tổn thương vỡ túi mật).

Bảng 1. Phân loại chấn thương túi mật theo Losanoff và Kjossev

Nhóm	Tổn thương của túi mật
1A	Tổn thương đụng dập, có tụ máu trong thành túi mật.
1B	Tổn thương đụng dập, gây thủng túi mật.
2	Tổn thương vỡ túi mật.
3A	Tổn thương đứt, túi mật tách khỏi giường túi mật một phần.
3B	Tổn thương đứt, túi mật tách khỏi giường túi mật hoàn toàn nhưng vẫn còn liên kết với ống mật chủ. Tổn thương trong nhóm này được gọi là “cắt túi mật không hoàn toàn do chấn thương” (near traumatic cholecystectomy).
3C	Tổn thương đứt, túi mật chỉ bị đứt rách khỏi ống mật chủ.
3D	Tổn thương đứt, túi mật bị đứt hoàn toàn với tất cả các liên kết của nó. Tổn thương trong nhóm này được gọi là “cắt túi mật do chấn thương” (traumatic cholecystectomy).
4A	Viêm túi mật do chấn thương, gây chảy máu đường mật thứ phát.
4B	Viêm túi mật cấp tính do chấn thương.
5	Rách niêm mạc kèm rò rỉ mật.



Hình 4. Các tổn thương của túi mật theo phân loại của Losanoff và Kjossev trong chấn thương túi mật⁸

Bảng 2. Phân độ tổn thương đường mật ngoài gan (bao gồm mức độ tổn thương túi mật) theo AAST¹²

Phân độ	Tổn thương đường mật ngoài gan
Độ 1	Tổn thương nhẹ bề mặt túi mật, thường là các vết rách hoặc bầm tím nhỏ. Túi mật vẫn còn nguyên vẹn, không có dấu hiệu rò rỉ mật.
Độ 2	Rách 1 phần túi mật khỏi giương, cổ hoặc ống túi mật còn nguyên vẹn. Rách hoặc thủng túi mật (có thể gây rò mật vào ổ bụng).
Độ 3	Rách túi mật hoàn toàn khỏi giương túi mật/ Đứt ống cổ túi mật dẫn đến rò rỉ mật ra ngoài (tràn dịch mật vào khoang phúc mạc, gây viêm phúc mạc do mật).
Độ 4	Rách 1 phần hay hoàn toàn ống gan phải hoặc ống gan trái. Tổn thương rách < 50% ống gan chung hoặc ống mật chủ. Rách > 50% ống gan chung hoặc ống mật chủ.
Độ 5	Tổn thương rách cả ống gan phải và trái. Tổn thương ống mật chủ đoạn trong tụy hoặc trong tá tràng.

Như vậy có thể thấy, phân loại mức độ chấn thương túi mật được xếp vào bảng phân độ chấn thương đường mật ngoài gan theo AAST.

Chẩn đoán chấn thương túi mật trước mổ

Chẩn đoán CTTM trước phẫu thuật rất khó,

lâm sàng thường chỉ sơ bộ nghĩ đến có tổn thương gan mật khi BN có chấn thương va đập vùng hạ sườn phải. Trong một nghiên cứu trên 31 bệnh nhân CTTM, không có bệnh nhân nào được đặt ra nghi vấn rằng có tổn thương túi mật trước phẫu thuật.³ Triệu chứng lâm sàng của CTTM thường nằm xen kẽ trong bệnh cảnh của hội chứng chảy máu trong ổ bụng do chấn thương gan, hoặc viêm phúc mạc mật, những bệnh nhân không được chẩn đoán sớm. Sau khi vỡ, túi mật được bao bọc bởi mạc nối và ruột, lúc này trên lâm sàng là những cơn đau bụng âm ỉ, có thể sờ thấy khối u vùng mạn sườn phải.^{5,6} Trong giai đoạn đầu sau chấn thương, sự rò rỉ mật có thể xảy ra (thường vô trùng trong chấn thương bụng kín) nhưng chưa gây viêm phúc mạc trên lâm sàng. Mặt khác, sự hiện diện của dịch mật trong ổ bụng cũng có thể gặp khi có tổn thương tá tràng, và ngược lại, việc không có dịch mật tự do trong ổ bụng cũng không loại trừ được CTTM.^{3,6,7,10}

Có nhiều trường hợp phát hiện chấn thương túi mật muộn sau thời gian nằm viện theo dõi bệnh nhân có biểu hiện viêm phúc mạc (do dịch mật) hoặc khi đã ra viện và phải tái nhập viện vì các biểu hiện vàng da, đau bụng âm ỉ. Năm 2013, Ekwunife CN và cộng sự báo cáo 1 trường hợp BN nam 21 tuổi, vào viện vì đau bụng sau chấn thương bụng kín; trước đó BN được điều trị bảo tồn chấn thương lách và xuất viện trong tình trạng ổn định sau 6 ngày nằm viện. Tuy nhiên, 7 ngày sau BN xuất hiện đau thượng vị và được tiến hành phẫu thuật với chẩn đoán trước mổ là viêm phúc mạc nghi do thủng ổ loét dạ dày tá tràng. Trong mổ, BN được phát hiện thủng túi mật đơn độc.⁴ Tương tự một trường hợp tổn thương túi mật ở BN chấn thương bụng kín tại Việt Nam được báo cáo năm 2021 bởi tác giả Phạm Hồng Đức và cộng sự, BN được tiến hành mổ vào ngày thứ 48 sau chấn thương (trước đó BN đã được đặt

dẫn lưu xuyên da), khi mở túi mật thấy niêm mạc túi mật bị thủng và tách khỏi nền gan.⁶

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có tiêm thuốc cản quang là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị, giúp hỗ trợ cho chẩn đoán phân độ CTTM dựa vào hình ảnh tụ máu trong lòng túi mật, hình ảnh tụ dịch tăng tỉ trọng trong lòng túi mật, dày lên hoặc không phân biệt được thành túi mật, và hiện tượng thoát mạch ra ngoài lòng túi mật gợi ý tổn thương túi mật.^{1,2,7} Ngoài ra, chụp mật tụy ngược dòng cũng có thể cung cấp các dữ liệu hình ảnh để chẩn đoán tổn thương đường mật, túi mật một cách hiệu quả.⁵

Điều trị và tiên lượng

CTTM có khả năng đe dọa tính mạng do shock nhiễm trùng nếu chẩn đoán muộn vì nằm trong bệnh cảnh đa chấn thương. Nếu không phát hiện và can thiệp kịp thời, CTTM có thể gây viêm phúc mạc dẫn đến rối loạn huyết động trầm trọng, có hoặc không các tổn thương khác đi kèm khiến bệnh nhân tử vong. Một báo cáo ghi nhận tỷ lệ tử vong là 24% (11/45 bệnh nhân), với nguyên nhân gây tử vong ở những bệnh nhân này là mất máu nặng, suy đa tạng và/hoặc tổn thương não, tương đồng với một loạt các nghiên cứu khác.^{3,6,7,10,11,13,14}

Phẫu thuật cắt túi mật được đặt ra điều trị CTTM, do túi mật có nguy cơ bị thủng do máu tụ trong thành tiến triển thành hoại tử.¹⁴ Chỉ định cắt túi mật sớm mang lại kết quả điều trị và tiên lượng tốt hơn cho bệnh nhân, ít biến chứng sau phẫu thuật hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn.¹⁵ Bệnh nhân của chúng tôi được thực hiện phẫu thuật cắt túi mật trong vòng 12 giờ sau tai nạn. Sau mổ bệnh nhân diễn biến ổn định, chưa ghi nhận biến chứng.

Phẫu thuật cắt túi mật nội soi khẳng định vai trò và có thể coi là an toàn trong các trường hợp chấn thương túi mật đơn thuần, không có tổn thương cơ quan khác và được chẩn đoán xác định từ trước mổ với các hình ảnh điển hình

trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng. Cũng có những ý kiến khác ủng hộ việc phẫu thuật mổ mở để kiểm tra toàn bộ các cơ quan trong ổ bụng cũng như sau phúc mạc hoặc trong trường hợp chẩn đoán muộn, tổn thương viêm, hoại tử dính nhiều.¹⁶ Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi do túi mật nằm dính trong vùng phúc mạc phủ đại tràng góc gan, tá tràng cùng tổ chức xung quanh phủ nề do chấn thương gây khó đánh giá toàn bộ cũng như các can thiệp điều trị nếu có qua nội soi nên chúng tôi đã tiến hành mổ mở để tránh bỏ sót tổn thương. Sau phẫu thuật, bệnh nhân của chúng tôi cũng như các trường hợp được báo cáo đều có diễn biến ổn định, ra viện và không có tai biến, biến chứng gì thêm.^{1-4,6} Điều trị bảo tồn chỉ được đặt ra khi chẩn đoán xác định CTM nhóm 1, thường không được khuyến khích và hiếm khi được báo cáo trong các tài liệu, tuy nhiên phương pháp điều trị này có thể được cân nhắc ở những bệnh nhân có nguy cơ cao trong phẫu thuật, như xơ gan do rượu giai đoạn cuối với suy gan và suy hô hấp, hay đang dùng heparin điều trị huyết khối tâm thất do rung nhĩ.^{17,18} Phương pháp bảo tồn được áp dụng là đặt stent đường mật tạm thời bằng ERCP (nội soi mật tụy ngược dòng) với ống dẫn lưu các ổ dịch ra bên ngoài, hoặc dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da dưới hướng dẫn của siêu âm.^{6,18}

IV. KẾT LUẬN

Chấn thương túi mật đơn thuần trong chấn thương bụng kín là một tổn thương rất hiếm gặp, khó chẩn đoán trước mổ do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Chẩn đoán và điều trị sớm giúp giảm tỉ lệ các biến chứng. Điều trị chính là phẫu thuật cắt túi mật cấp cứu mang lại tiên lượng tốt. Phẫu thuật cắt túi mật nội soi hay mổ mở tùy thuộc vào từng trường hợp đánh giá tổn thương trong mổ cũng như khả năng phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Birn J, Jung M, Dearing M. Isolated gallbladder injury in a case of blunt abdominal trauma. *J Radiol Case Rep.* 2012;6(4):25-30.
2. Kwan BYM, Plantinga P, Ross I. Isolated traumatic rupture of the gallbladder. *Radiol Case Rep.* 2015;10(1):1029.
3. Soderstrom CA, Maekawa K, DuPriest R W, et al. Gallbladder injuries resulting from blunt abdominal trauma: an experience and review. *Ann Surg.* 1981;193(1):60-66.
4. Ekwunife CN, Ofoegbu JI. Isolated gallbladder perforation following blunt abdominal trauma: a missed diagnosis. *Niger J Clin Pract.* 2013;16(3):392-394.
5. Liess BD, Awad ZT, Eubanks WS. Laparoscopic cholecystectomy for isolated traumatic rupture of the gallbladder following blunt abdominal injury. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2006;16(6):623-625.
6. Pham HD, Nguyen TC, Huynh QH. Diagnostic imaging in a patient with an isolated blunt traumatic gallbladder injury. *Radiol Case Rep.* 2021;16(9):2557-2563.
7. Pavlidis TE, Lalountas M A, Psarras K. Isolated complete avulsion of the gallbladder (near traumatic cholecystectomy): a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2011;5:392.
8. Pavlidis TE, Lalountas MA, Psarras K, et al. Isolated complete avulsion of the gallbladder (near traumatic cholecystectomy): a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2011;5:392.
9. Trần Bảo Long THS. Vỡ túi mật do chấn thương, nhân một trường hợp và điểm lại y văn. *Ngoại khoa.* 1998;5:32-35.
10. Sharma O. Blunt gallbladder injuries: presentation of twenty-two cases with review of the literature. *J Trauma.* 1995;39(3):576-580.
11. Losanoff JE, Kjossev KT. Complete

traumatic avulsion of the gallbladder. *Injury*. 1999;30(5):365-368.

12. Injury Scoring Scale. *The American Association for the Surgery of Trauma*. August 27, 2009. Accessed September 25, 2024; <https://www.aast.org/resources-detail/injury-scoring-scale>.

13. Trần Bình Giang NĐT. Bài Giảng Phẫu Thuật Nội Soi Cơ Bản: Thăm Dò Ổ Bụng Bằng Nội Soi Trong Cấp Cứu Bụng Ngoại Khoa. *Nhà xuất bản Y học*. 2022.

14. Ball CG, Dixon E, Kirkpatrick A W, et al. A decade of experience with injuries to the gallbladder. *J Trauma Manag Outcomes*.

2010;4:3.

15. Shah A, Cho T, Bokhari F. Isolated Traumatic Gallbladder Injury: A Rare Case. *Cureus*. 2023;15(8):e43982.

16. Philipoff AC, Lumsdaine W, Weber DG. Traumatic gallbladder rupture: a patient with multiple risk factors. *BMJ Case Rep*. 2016;2016.

17. Kao EY, Desser TS, Jeffrey RB. Sonographic diagnosis of traumatic gallbladder rupture. *J Ultrasound Med*. 2002;21(11):1295-1297.

18. Kumar R. Non-operative Management of Gallbladder Perforation After Blunt Abdominal Trauma. *J Surg Tech Case Rep*. 2013;5(1):45-47.

Summary

GALLBLADDER TRAUMA IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA A RARE PRESENTATION AND REVIEW OF LITERATURE

Gallbladder damage is rare and difficult to diagnose clinically and paraclinically, with a rate of < 2% in blunt abdominal injuries. We present a clinical case a 63-year-old male patient who consumed alcohol was admitted to the hospital after a motorcycle accident. The patient had abdominal pain in the right flank with an abdominal wall reaction. Through examination, we suspected that the patient had a biliary tract trauma that did not exclude hollow organ rupture and indicated emergency abdominal exploration surgery. During surgery, the gallbladder was found to have ruptured at the base, bile was leaking into the abdominal cavity in addition to the main bile duct, the hollow organs were not injured. Intraoperative diagnosis: Grade II extrahepatic biliary tract trauma according to AAST (gallbladder rupture). The patient had cholecystectomy, and his condition was stable after surgery. Combining a review of the medical literature, we found that gallbladder trauma is rare, and preoperative diagnosis is difficult due to poor and nonspecific symptoms. Treatment is emergency cholecystectomy with good prognosis.

Keywords: Gallbladder trauma, blunt abdominal trauma, cholecystectomy, biliary peritonitis.