

SỎI ĐƯỜNG MẬT VÀ BIẾN CHỨNG

1-Đại cương:

Phân loại sỏi đường mật:

- Phân loại theo vị trí:
 - Sỏi ống mật chủ (sỏi hiện diện trong ống mật chủ, bên dưới ngã ba ống gan)
 - Sỏi gan (sỏi hiện diện bên trên ngã ba ống gan)
 - Sỏi kết hợp (BN có cả sỏi gan và sỏi ống mật chủ)
- Phân loại theo nguồn gốc: sỏi nguyên phát và sỏi thứ phát
 - Sỏi nguyên phát:
 - ▲ Sỏi hình thành nguyên phát trong đường mật
 - ▲ Chiếm phần lớn các trường hợp
 - ▲ Sỏi có thể ở ống gan và ống mật chủ
 - Sỏi thứ phát:
 - ▲ Sỏi từ túi mật rơi xuống
 - ▲ Có sỏi túi mật kết hợp. Thường túi mật có nhiều sỏi, sỏi nhỏ.
 - ▲ Chỉ có sỏi ở ống mật chủ

Nguyên nhân của sỏi nguyên phát:

- Sự hiện diện của vi khuẩn trong dịch mật và ứ đọng mật là hai nguyên nhân chính. Ứ đọng mật có thể mắc phải (chấn thương, xơ hẹp Oddi, rối loạn vận động Oddi...) hay bẩm sinh (bệnh Caroli, viêm đường mật xơ hoá, nang đường mật...).
- Có sự khác biệt về tần suất mắc bệnh theo sự phân bố về địa lý. Người ta cho rằng yếu tố chủng tộc và chế độ ăn uống cũng có vai trò trong cơ chế hình thành sỏi đường mật (nguyên phát).

Phần lớn sỏi đường mật ở Việt nam là sỏi nguyên phát và 70-80% là sỏi sắc tố nâu (hỗn hợp sắc tố mật và lipid mật).

Giới tính:

- Sỏi nguyên phát: không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ.
- Sỏi thứ phát: nữ chiếm tỉ lệ nhiều hơn nam.

Sỏi gan:

- Có thể khu trú ở gan trái (chiếm đa số), khu trú ở gan phải hay rải rác ở cả gan phải và gan trái.
- Đa số trường hợp (90%) có tổn thương đường mật phối hợp:
 - Xơ hẹp đường mật
 - Viêm đường mật xơ hoá

- Nang đường mật
- U đường mật
- Chít hẹp đường mật ngay bên dưới nơi tập trung sỏi
- Xơ hoá và dẫn đường mật trên nơi chít hẹp

Cấy dịch mật cho kết quả dương tính trong hầu hết các trường hợp sỏi đường mật (60% đa vi khuẩn). *E.coli* và *Klebsiella pneumoniae* là chủng gram âm thường được cô lập nhất. Ngoài ra còn có các *enterococcus*, *streptococcus*, *pseudomonas*, *enterobacter*. Trong viêm đường mật cấp, chủng *bacteroides* và *clostridium* đóng vai trò quan trọng, và cấy máu sẽ cho kết quả dương tính 50%

Một BN có sỏi đường mật sẽ có các thể lâm sàng sau đây:

- Không triệu chứng
- Con đau quặn mật
- Vàng da
- Viêm đường mật
- Viêm tụy cấp
- Thể phối hợp viêm đường mật-viêm tụy cấp

Một đặc điểm của sỏi đường mật là gây bán tắc đường mật từng đợt. Các triệu chứng xuất hiện khi sự bán tắc này xảy ra và thoái lui khi đường mật tái thông thương. Sự bán tắc, nếu kéo dài (hay chuyển sang tắc hoàn toàn), có thể sẽ dẫn đến viêm đường mật. Sự bán tắc, nếu xảy ra ở kênh chung mật-tụy hay Oddi, có thể sẽ dẫn đến viêm tụy cấp.

90% BN sỏi đường mật nhập viện trong bệnh cảnh lâm sàng của viêm đường mật. Hầu hết các trường hợp viêm đường mật là do sỏi đường mật. Viêm đường mật do giun đũa (*Ascaris lumbricoides*) và sán lá gan (*Clonorchis sinensis*) ngày trước được xem là “đặc thù” của viêm đường mật phương Đông, nay cũng rất ít gặp.

Viêm đường mật nếu không được điều trị có thể dẫn đến các biến chứng:

- Viêm mũi đường mật, viêm phúc mạc mật
- Chảy máu đường mật
- Hội chứng gan-thận

Diễn tiến và biến chứng riêng của sỏi gan: chít hẹp đường mật, viêm đường mật xơ hoá, nang đường mật, ung thư đường mật, áp-xe gan, xơ gan.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Khi sỏi đường mật gây bán tắc đường mật, các triệu chứng sau đây có thể xuất hiện:

- Con đau quặn mật (xem mô tả tính chất cơn đau trong bài sỏi túi mật). So với cơn đau quặn mật do sỏi kẹt cổ túi mật, cơn đau quặn mật do sỏi kẹt đường mật thường khởi phát ít đột ngột hơn và mức độ đau cũng ít hơn.
- Vàng da (thường nhẹ), phân nhạt màu, nước tiểu sậm màu. Thường gặp ở sỏi ống mật chủ nhiều hơn là sỏi gan. Đối với sỏi gan, chỉ có sỏi ở cả hai thuỳ gan mới gây vàng da trên lâm sàng.
- Sốt, khi xuất hiện, được xem là một dấu chứng của viêm đường mật

Chẩn đoán viêm đường mật:

- Triệu chứng cơ năng: điển hình là tam chứng Charcot (đau hạ sườn phải-sốt, rét run-vàng da). Sốt là triệu chứng thường gặp nhất ở BN bị viêm đường mật (92%). Thực tế chỉ 20% BN bị viêm đường mật có cả ba triệu chứng mô tả ở trên.
- Khám lâm sàng có thể thấy các dấu hiệu sau:
 - Sốt, thân nhiệt khoảng 38-39°C
 - Vàng mắt
 - Bụng ấn đau vùng hạ sườn phải
 - Đôi khi sờ được túi mật to đau hay dấu hiệu Murphy dương tính

Chẩn đoán viêm tụy cấp (xem bài viêm tụy cấp)

Chẩn đoán viêm đường mật-viêm tụy cấp phối hợp: trên bệnh cảnh lâm sàng của viêm đường mật, nếu BN có kèm thêm các triệu chứng sau đây, khả năng có viêm tụy cấp phối hợp nên được nghĩ đến:

- Đau với mức độ dữ dội hơn
- Đau lan ra sau lưng hay hạ sườn trái
- Nôn ói nhiều và liên tục
- Dấu Myo-Robson dương tính

Sau 24-48 giờ, nếu BN bị viêm đường mật không được điều trị sẽ dẫn đến biến chứng viêm mũ đường mật, viêm phúc mạc mật:

- BN đau nhiều hơn, sốt cao hơn (thân nhiệt trên 39°C)
- Mạch ≥ 120 lần/phút, huyết áp thấp hay tụt huyết áp
- Bụng có đề kháng, khu trú hay toàn diện

Các biến chứng nặng hơn có thể xảy ra:

- Thay đổi tri giác (lơ mơ hay kích thích vật vã) (nhiễm trùng huyết gram âm)
- Thiếu niệu/ vô niệu (hội chứng gan-thận)

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng

2.2.1-Xét nghiệm:

Tuỳ thuộc vào thể lâm sàng, BN có thể có:

- Tăng bilirubin huyết tương (chủ yếu là bilirubin trực tiếp)
- Tăng aminotransferase (AST, ALT) huyết tương
- Tăng phosphatase kiềm huyết tương
- Tăng amylase, lipase huyết tương
- Tăng số lượng bạch cầu, tăng tỉ lệ neutrophil. Trong viêm đường mật, số lượng bạch cầu thường thường trong khoảng 12.000-18.000. Nếu viêm mũ đường mật/viêm phúc mạc mật, số lượng bạch cầu sẽ tăng cao hơn.
- Thời gian prothrombin (PT) kéo dài

- Cấy máu: dương tính trong 50% các trường hợp

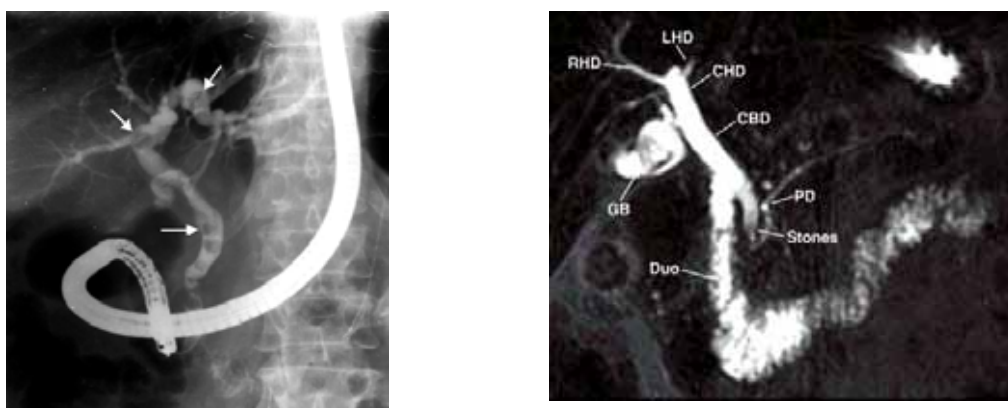
2.2.2-Chẩn đoán hình ảnh:

Siêu âm là phương tiện chẩn đoán cho kết quả hạn chế (độ nhạy trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ 60-70%, chẩn đoán dẫn ống mật chủ 90%). Tuy nhiên, siêu âm có các lợi điểm sau: rẻ tiền, cơ động và không xâm lấn, do đó siêu âm là phương tiện được lựa chọn trước tiên khi nghi ngờ sỏi đường mật. Siêu âm qua nội soi có giá trị chẩn đoán cao hơn (độ nhạy và độ đặc hiệu 85-100%), tuy nhiên lại là phương tiện chẩn đoán xâm lấn, đắt tiền và không thay thế được ERCP.

CT có giá trị cao trong chẩn đoán dẫn đường mật trong và ngoài gan nhưng còn hạn chế trong chẩn đoán sỏi ống mật chủ (độ nhạy 75-90%). Đối với sỏi gan, CT là chỉ định đầu tiên.

Chụp hình đường mật cộng hưởng từ (MRCP) với Gadolinium có giá trị chẩn đoán rất cao (độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 89%).

ERCP là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán (độ nhạy 90-95%) và điều trị sỏi ống mật chủ. Trên ERCP, sỏi đường mật biểu hiện bằng những vùng khuyết thuốc cản quang có hình đa giác (hình 1). Các dấu hiệu khác có thể gặp: dẫn đường mật, thuốc kém xuống tá tràng...



Hình 1- Hình ảnh sỏi đường mật trên ERCP và MRCP

PTC: có thể được chỉ định đối với sỏi gan hay ở BN đã được cắt bán phần dạ dày (không thể làm ERCP).

Chẩn đoán sỏi ống mật chủ trong lúc mổ: có thể bằng chụp hình đường mật hay siêu âm đường mật.

Chẩn đoán sỏi ống mật chủ ở BN có dẫn lưu đường mật: chụp hình đường mật qua dẫn lưu đường mật.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

Khi BN nhập viện vì cơn đau quặn mật, cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý có hội chứng bụng cấp khác.

Khi BN nhập viện vì hội chứng vàng da, cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý gây vàng da trước gan, tại gan hay sau gan (bảng 1)

Bất thường trong chuyển hoá bilirubin	Loại bilirubin tăng chủ yếu	Nguyên nhân
Tăng sản xuất	Tự do	Truyền máu khối lượng lớn Tai biến truyền máu Nhiễm trùng huyết

		<i>Bỏ nặng</i> <i>Bất thường hemoglobin bẩm sinh</i> <i>Tán huyết</i>
<i>Tế bào gan giảm thu nhận hay giảm kết hợp</i>	<i>Tự do</i>	<i>Bệnh Gilbert</i> <i>Hội chứng Crigler-Najjar</i> <i>Vàng da trẻ sơ sinh</i> <i>Viêm gan (do virus)</i> <i>Thuốc</i> <i>Nhiễm trùng huyết</i>
<i>Tế bào gan giảm chuyển vận hay giảm bài tiết</i>	<i>Kết hợp</i>	<i>Hội chứng Dubin-Johnson</i> <i>Hội chứng Rotor</i> <i>Xơ gan</i> <i>Chứng thoái hoá dạng bột (amyloidosis)</i> <i>Viêm gan (do virus, thuốc, rượu)</i> <i>Thai kỳ</i>
<i>Tắc mật</i>	<i>Kết hợp</i>	<i>Sỏi đường mật</i> <i>Chít hẹp đường mật lành tính</i> <i>Ung thư đường mật</i> <i>Ung thư quanh bóng Vater</i> <i>Viêm tụy mãn</i> <i>Viêm đường mật xơ hoá nguyên phát</i>

Bảng 1-Nguyên nhân của vàng da

Một số bệnh lý đường mật cần được chẩn đoán phân biệt với sỏi đường mật:

- Hẹp đường mật: hẹp đường mật có thể là hậu quả của viêm đường mật nhiễm trùng, viêm đường mật tự miễn, viêm xơ hoá đường mật nguyên phát, nhưng nguyên nhân gây hẹp đường mật thường nhất là tổn thương đường mật trong phẫu thuật cắt túi mật (mô nội soi hay mổ mở)
- Ung thư đường mật và ung thư quanh bóng Vater: BN vàng da tăng dần mà không có sốt và đau bụng. Chẩn đoán xác định dựa vào ERCP hay PTC.
- Viêm tụy mãn: BN đau bụng “kiểu tụy” (âm ỉ, liên tục, lan ra sau lưng, tăng lên khi ăn hay uống rượu). Tiêu chảy phân mỡ xảy ra khi chức năng tụy bị suy giảm 90%. X-quang bụng có thể thấy tụy bị hoá vôi. Chẩn đoán xác định dựa vào CT, ERCP, MRCP: hình ảnh ống tụy không đều, đoạn chít hẹp xen lẫn đoạn giãn (hình ảnh “chuỗi hồ nước” hay “chuỗi tràng hạt”).
- Viêm đường mật xơ hoá nguyên phát:
 - Là tình trạng xơ hoá đường mật trong và ngoài gan không do bất kỳ một nguyên nhân thực thể nào
 - Bệnh có liên quan đến bất thường về gene và miễn dịch
 - BN có nguy cơ bị ung thư đường mật (1%/năm)
 - Thường được phát hiện trong độ tuổi 40-45. 2/3 BN là nam giới. 2/3 BN có viêm loét đại tràng phối hợp.
 - Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là vàng da kèm ngứa. Ít khi có nhiễm trùng đường mật.
 - Chẩn đoán dựa vào ERCP: đường mật trong và ngoài gan bị chít hẹp nhiều chỗ. Nơi bị chít hẹp nhiều nhất là ngã ba ống gan chung.
 - Thời gian sống trung bình từ khi bệnh được chẩn đoán: 10-12 năm.

Khi BN nhập viện với bệnh cảnh viêm đường mật cấp hay viêm phúc mạc mật, các chẩn đoán phân biệt sau đây có thể được đặt ra:

- Viêm túi mật cấp
- Áp-xe gan
- Viêm gan
- Viêm phúc mạc ruột thừa
- Thủng ổ loét dạ dày-tá tràng
- Thủng khối u đại tràng...

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Sau khi có chẩn đoán lâm sàng, siêu âm luôn là phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng được lựa chọn trước tiên:

- Siêu âm cho thấy có sỏi trong đường mật: chẩn đoán chắc chắn
- Siêu âm không thấy sỏi trong đường mật: dựa vào kích thước ống mật chủ và số lượng các xét nghiệm bất thường sau đây (xét nghiệm tắc mật) (bảng 2):
 - Bilirubin TP $\geq 1,5$ mg/dL
 - Phosphatase kiềm ≥ 150 UI/L
 - AST ≥ 100 UI/
 - ALT ≥ 100 UI/L

<i>Siêu âm</i>	<i>OMC ≥ 5 mm</i>	<i>OMC < 5 mm</i>
<i>Có $\geq 2/4$ xét nghiệm bất thường</i>	<i>Nghi ngờ chẩn đoán</i>	<i>Nghi ngờ chẩn đoán</i>
<i>Có ≤ 1 xét nghiệm bất thường</i>	<i>Nghi ngờ chẩn đoán</i>	<i>Loại trừ chẩn đoán</i>

Bảng 2- Đánh giá khả năng có sỏi ống mật chủ dựa vào kích thước ống mật chủ và các xét nghiệm tắc mật

Trong trường hợp nghi ngờ chẩn đoán:

- BN có sỏi túi mật: chẩn đoán xác định bằng chụp hình đường mật trong mổ
- BN không có sỏi túi mật: chẩn đoán xác định bằng MRCP

3-Điều trị sỏi ống mật chủ:

3.1-Lấy sỏi ống mật chủ qua ERCP:

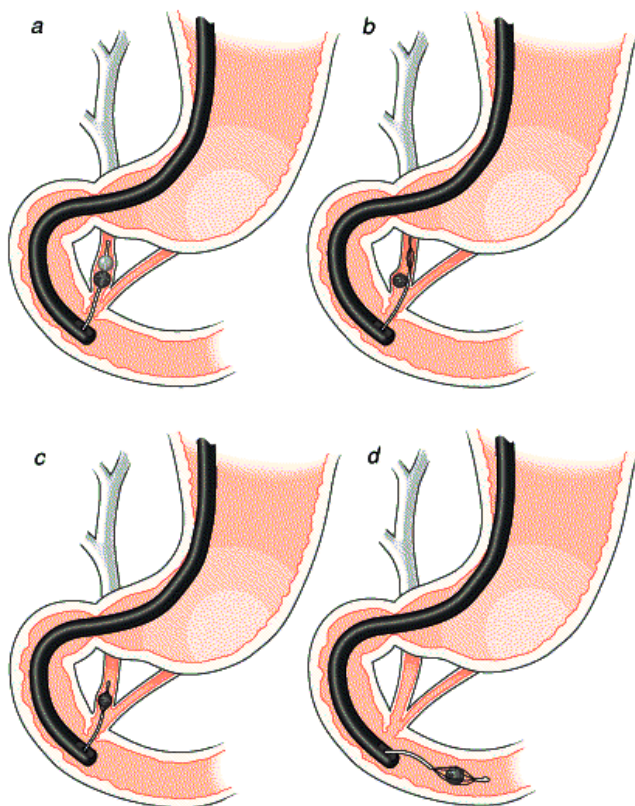
Trước khi tiến hành thủ thuật cần đặt một đường truyền tĩnh mạch và cho kháng sinh dự phòng. BN nhịn ăn uống tối thiểu 6 giờ.

Sau khi đã chụp hình đường mật và xác định có sỏi, thông thường cần phải cắt cơ vòng trước khi tiến hành lấy sỏi.

Phương pháp lấy sỏi phụ thuộc vào kích thước sỏi (hình 2):

- Sỏi có đường kính nhỏ hơn 1cm có thể trôi xuống tá tràng tự nhiên trong vòng 48 giờ.
- Sỏi có đường kính 1-2 cm được lôi xuống bằng giỏ Dormia hay thông Fogarty.

- Sỏi có đường kính hơn 2 cm được tán sỏi hay bơm thuốc làm tan sỏi (đối với sỏi cholesterol) với monooctanoic acid.
- Khi không lấy được sỏi, cần phải lưu thông đường mật (thông mật-mũi).



Hình 2- Hình minh họa lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP): hình a-lấy sỏi bằng bóng (thông Fogarty), hình b-d-lấy sỏi bằng rọ

Chăm sóc sau làm thủ thuật: lưu BN trong phòng hậu phẫu. BN nhịn ăn uống và được truyền dịch trong 6-12 giờ. Thăm khám bụng và theo dõi tình trạng đau bụng. Có thể cho một liều kháng sinh thứ hai, sau liều đầu 12 giờ.

Kết quả: có thể lấy hết sỏi ống mật chủ trong lần đầu 70-75%, trong lần sau 85-95%.

Biến chứng: xảy ra trong 5-8% các trường hợp. Các biến chứng bao gồm: chảy máu (2%, thường không đáng kể), viêm đường mật (2%), viêm tụy (2%), thủng tá tràng (1%), tổn thương đường mật (1%). Tỷ lệ tử vong: 0,2-0,5%.

Các trường hợp sau không thể lấy sỏi qua ERCP:

- Túi thừa tá tràng
- BN đã được cắt dạ dày trước đó
- Sỏi lèn chặt trong đường mật, sỏi quá to hay quá nhiều sỏi
- Sỏi gan

3.2-Lấy sỏi ống mật chủ qua nội soi:

Kỹ thuật : Mở dọc mật trước ống mật chủ. Sỏi được lấy bằng kẹp gấp sỏi, giỏ Dormia hay bơm rửa cho trôi xuống tá tràng. Tán sỏi trực tiếp (tán sỏi trong cơ thể) dành cho các sỏi lớn hay ở cao trên ống gan. Ống mật chủ có đường kính ≤ 6 mm là chống chỉ định tương đối cho việc mở ống mật chủ (mở mở cũng như nội soi).

Trong trường hợp sỏi ống mật chủ phối hợp sỏi túi mật, có thể tiến hành lấy sỏi ống mật chủ và cắt túi mật trong cùng một cuộc phẫu thuật nội soi. Sau khi bóc tách bọc lộ ống

túi mật, kẹp một clip vào phần xa của ống túi mật (túi mật sẽ được tiếp tục cắt sau khi hoàn tất việc lấy sỏi đường mật), xẻ ngang ống túi mật nơi tiếp giáp với ống mật chủ, luồn một guidewire vào trong ống mật chủ. Sau khi kiểm tra dưới màn huỳnh quang để chắc chắn guidewire đã nằm trong ống mật chủ, luồn tiếp catheter vào ống mật chủ theo đường đi của guidewire. Rút guidewire, bơm thuốc cản quang chụp hình đường mật. Nếu xác định có sỏi đường mật, mở ống mật chủ và tiến hành lấy sỏi bằng giỏ Dormia (nếu sỏi khá lớn), hay bơm rửa cho sỏi trôi xuống tá tràng qua Oddi (nếu sỏi nhỏ), dưới sự kiểm tra của màn huỳnh quang. Nếu ống túi mật khá lớn, có thể nong ống túi mật để đưa ống nội soi đường mật vào. Việc lấy sỏi có thể được tiến hành dưới sự quan sát trực tiếp. Sỏi to cũng có thể được tán trực tiếp để vỡ ra thành nhiều mảnh vụn sau đó được bơm rửa cho trôi xuống tá tràng.

Nong cơ vòng Oddi là thủ thuật có thể được thực hiện kèm theo để làm tăng khả năng sỏi trôi xuống tá tràng khi tiến hành bơm rửa.

Luôn kiểm tra để bảo đảm đường mật đã sạch sỏi trước khi kết thúc cuộc mổ. Nếu có ống nội soi, tốt nhất là kiểm tra đường mật bằng nội soi (ống soi mềm). Nếu việc lấy sỏi được tiến hành qua ống túi mật, chụp đường mật cũng có thể được chấp nhận.

Nếu có mở ống mật chủ, cần phải đặt ống dẫn lưu T. Ống dẫn lưu T thường có cỡ số 16 Fr. Đường mật được khâu bằng chỉ tan 4-0 loại một sợi. Nếu việc lấy sỏi được tiến hành qua ống túi mật, không cần thiết phải đặt thông T. Trong cả hai trường hợp, nên đặt một ống dẫn lưu hút kín vùng dưới gan, cạnh ống mật chủ để theo dõi khả năng dò mật sau mổ.

Ống dẫn lưu hút kín được rút trong vòng 24-48 giờ. Ống dẫn lưu T được rút trong vòng 10-14 ngày. Trước khi rút, cần chụp đường mật kiểm tra qua ống dẫn lưu T để khẳng định lần cuối không còn sỏi sót đường mật.

3.3-Lấy sỏi ống mật chủ qua mổ mở:

Được chỉ định khi lấy sỏi qua ERCP hay qua mổ nội soi thất bại.

Ống mật chủ được mở dọc 1-1,5 cm ở mặt trước. Sỏi được lấy bằng các kẹp gấp sỏi, giỏ Dormia, thông Fogarty, hay bơm rửa cho trôi xuống tá tràng (hình 3).

Nếu có chít hẹp cơ vòng Oddi, các phương pháp sau đây có thể được chọn lựa:

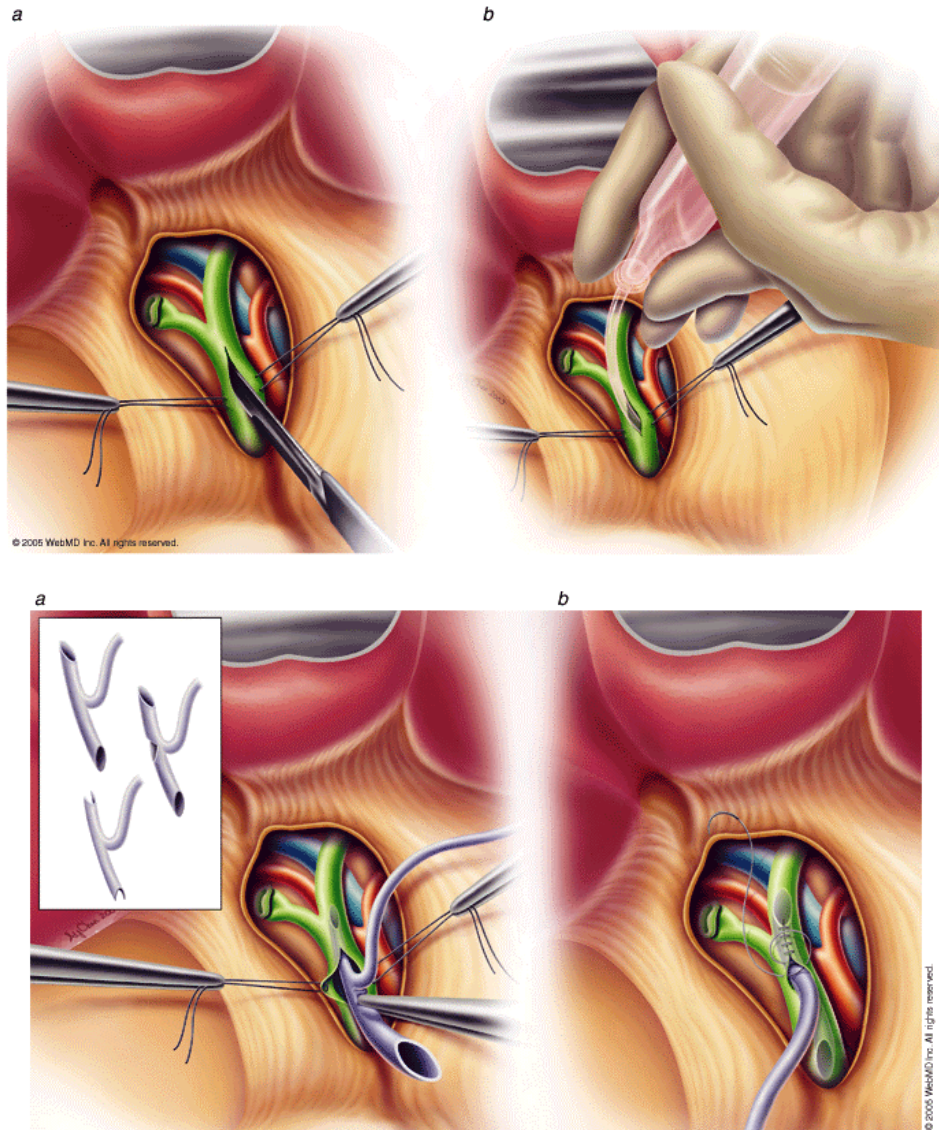
- Nong cơ vòng Oddi
- Mở thành trước tá tràng, tạo hình cơ vòng Oddi
- Nối ống mật chủ-tá tràng bên-bên: thực hiện nhanh hơn và an toàn hơn so với tạo hình Oddi qua ngã thành trước tá tràng, nhưng BN có nguy cơ viêm đường mật ngược dòng và viêm tụy.

Kiểm tra việc lấy hết sỏi bằng soi đường mật ống soi mềm hay cứng. Đặt thông T dẫn lưu đường mật. Khâu đóng lại đường mật bằng chỉ tan.

Kết quả: lấy hết sỏi 95%. Biến chứng (8-16%) bao gồm: chảy máu đường mật, dò mật/viêm phúc mạc mật, viêm tụy. Hẹp đường mật là di chứng đáng ngại nhất. Nguyên nhân của hẹp đường mật là do các thao tác lấy sỏi làm tổn thương niêm mạc đường mật hay khâu đóng một đường mật có kích thước nhỏ.

3.4-Các phương pháp điều trị sỏi ống mật chủ khác:

Tán sỏi ngoài cơ thể (extracorporeal shock wave lithotripsy): ngày nay ít được thực hiện, do có tỉ lệ thất bại cao (95%) và tỉ lệ biến chứng cao (20%).



Hình 3- Mở ống mật chủ lấy sỏi và đặt ống dẫn lưu T

Các phẫu thuật dẫn lưu đường mật:

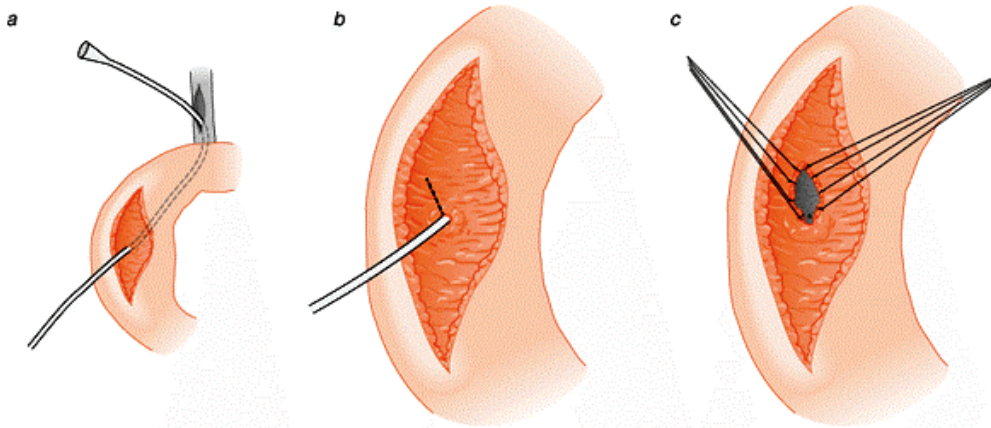
○ Mục đích:

- Điều trị ứ đọng dịch mật, một nguyên nhân quan trọng dẫn đến việc hình thành sỏi đường mật
- Lấy sỏi đường mật (đối với phẫu thuật tạo hình Oddi)

○ Chỉ định:

- Ống mật chủ có nhiều sỏi (≥ 6 mm)
 - Sỏi ống mật chủ tái phát trên BN trước đó đã được mở ống mật chủ
 - Sỏi ống mật chủ nguyên phát
 - Hẹp hay rối loạn vận động cơ vòng Oddi
- Tạo hình Oddi (hình 4): ngoài các chỉ định chung của phẫu thuật dẫn lưu đường mật, lấy sỏi qua ngả Oddi qua ngả trước được chỉ định trong trường hợp ống mật chủ có kích thước nhỏ (≤ 6 mm). Kỹ thuật: di động tá tràng (thủ thuật

Kocher). Nếu đã mở ống túi mật hay ống mật chủ, luồn một thông nhỏ xuống tá tràng, ngang qua cơ vòng Oddi để làm đường dẫn và nâng cơ vòng Oddi lên. Mở một đường ngang nhỏ trên thành trước tá tràng, ngay trên vị trí của Oddi. Xẻ một đường dài khoảng 1 cm (tính từ lỗ mở của bóng vater), vị trí 11 giờ, xuyên qua thành tá tràng và thành đường mật. Khâu hai mép đường xẻ bằng chỉ tan. Rút Fogarty. Nếu lấy sỏi ống mật chủ qua ngã này, cách thức tiến hành giống như qua ngã nội soi (ERCP). Kết thúc thủ thuật bằng việc đóng lại chỗ mở tá tràng theo chiều ngang.



Hình 4- Phẫu thuật tạo hình Oddi qua ngã tá tràng

- Phẫu thuật nối ống mật chủ-tá tràng: có thể nối theo kiểu bên-bên hay tận-bên. Điều kiện để có thể nối ống mật chủ với tá tràng (hay với hồng tràng) là ống mật chủ phải dẫn đáng kể (đường kính ≥ 2 cm). Phương pháp nối bên-bên có thể làm cho các mảnh vụn thức ăn trào ngược lên từ tá tràng lắng đọng ở túi cùng ống mật chủ, lâu ngày tạo thành sỏi và có thể gây viêm đường mật hay viêm tụy (hội chứng “hố đọng chất thải”, sump syndrome). Để tránh hội chứng này, miệng nối nên đủ rộng ($\geq 1,5$ cm).
- Phẫu thuật nối ống mật chủ-hồng tràng (hình 5): trong phẫu thuật này, một quai hồng tràng được đưa lên (sau đại tràng ngang) nối với ống mật chủ theo phương pháp Roux-en-Y.

3.5-Thái độ chẩn đoán và điều trị:

Sỏi ống mật chủ đơn thuần:

- Lựa chọn trước tiên: ERCP lấy sỏi
- Nếu BN có chống chỉ định ERCP hay ERCP thất bại: mở ống mật chủ lấy sỏi qua nội soi
- Nếu BN có chống chỉ định mổ nội soi (vết mổ cũ) hay mổ nội soi thất bại: mổ mở, mở ống mật chủ lấy sỏi.

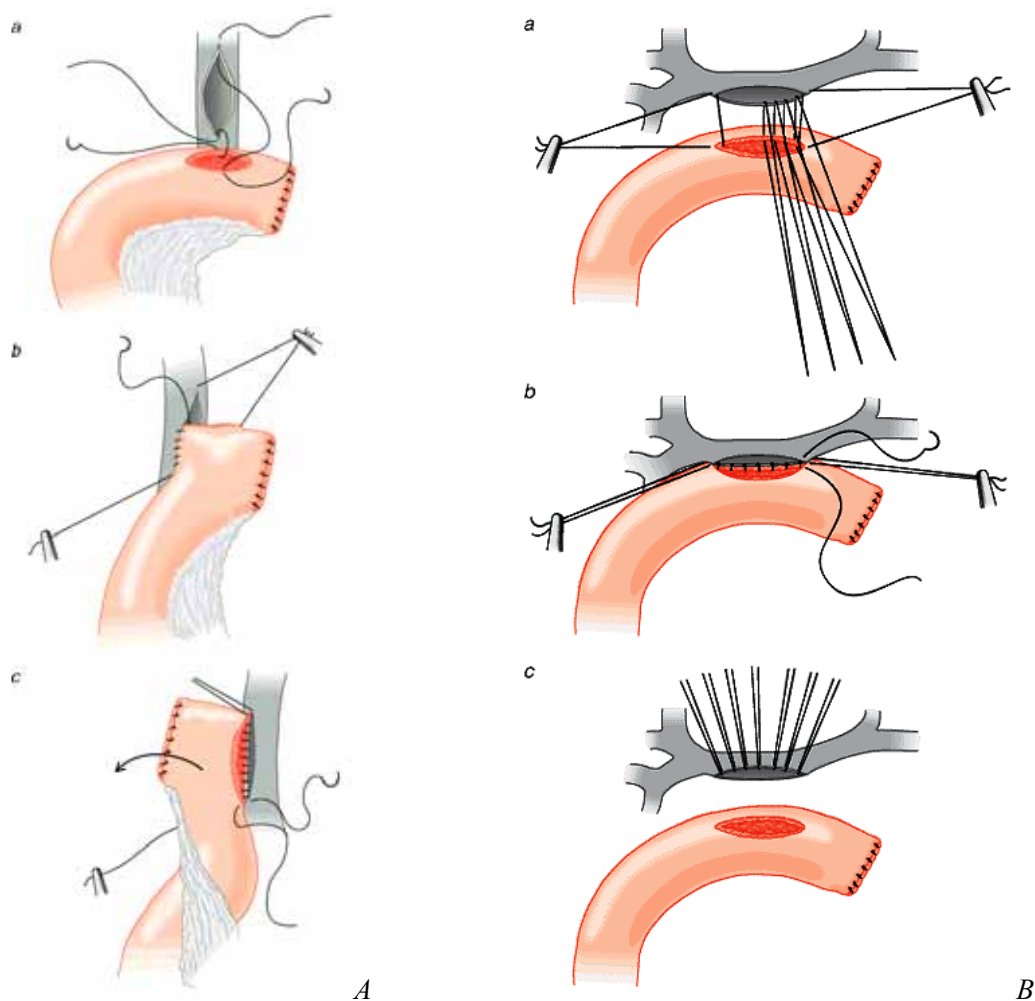
Sỏi ống mật chủ-túi mật phối hợp: (xem bài sỏi túi mật)

4-Điều trị sỏi gan:

4.1-Cắt gan:

Chỉ định:

- Sỏi khu trú ở gan và
- Phần gan có sỏi bị xơ teo, hoặc



Hình 5- Phẫu thuật nối ống mật chủ-hồng tràng: A-bên-bên, B-tận-bên

- Sỏi gan tái phát, hoặc
- Lấy sỏi gan thất bại

Tùy theo vị trí của sỏi, có thể thực hiện các phẫu thuật sau:

- Cắt thủy gan trái
- Cắt gan trái
- Cắt một phân thủy gan phải

4.2-Lấy sỏi qua đường hầm Kerh:

Được chỉ định tiếp theo phẫu thuật lấy sỏi ống mật chủ trên BN có sỏi gan kết hợp.

Sau khi mở ống mật chủ lấy sỏi, dẫn lưu ống mật chủ bằng thông T có khẩu kính khá lớn (18-20 Fr, để đường hầm hình thành sau khi rút thông T đủ lớn để đưa ống soi đường mật đường kính 5 mm qua được).

Lưu thông 4 tuần sau mổ, sau đó rút thông T, đưa ống soi đường mật qua đường hầm lấy hay tán sỏi gan.

Đây là đường hầm tạm. Việc lấy sỏi qua đường hầm chỉ được thực hiện một lần.

4.3-Lấy sỏi qua đường hầm qua da

Được thực hiện tiếp theo sau chẩn đoán sỏi đường mật bằng PTC.

Sau khi chụp đường mật, lưu catheter, đường hầm được nong dần trong thời gian 2-6 tuần cho đến khi có thể đưa thông có đường kính 16 Fr qua được. Sỏi được lấy qua đường hầm bằng giỏ Dormia (quan sát dưới màn huỳnh quang hay qua ống soi mềm). Việc lấy sỏi có thể được tiến hành nhiều lần.

Kết quả: tốt trong 75-85% các trường hợp. Biến chứng xảy ra với tỉ lệ 10%. Các biến chứng bao gồm: chảy máu, dò mật/ viêm phúc mạc mật, tổn thương đường mật, viêm đường mật. Tỉ lệ tử vong 1%.

Chống chỉ định lấy sỏi qua da ở BN có rối loạn đông máu.

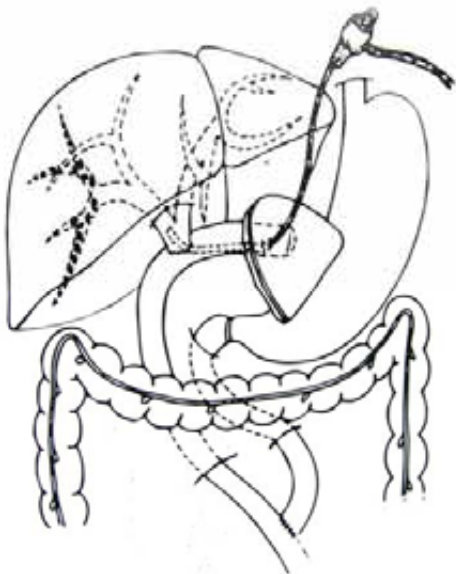
4.4-Lấy sỏi qua đường hầm gan-hồng tràng vĩnh viễn

Nguyên tắc: nối ống gan chung-hồng tràng, tạo đường hầm từ miệng nối ra da, sau đó lấy sỏi bằng nội soi đường mật qua đường hầm (hình 6).

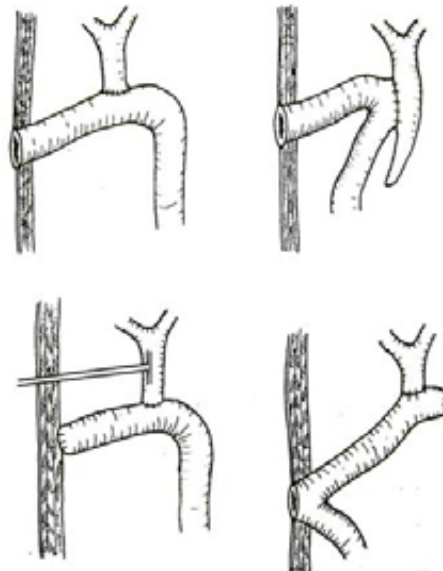
Đây là đường hầm vĩnh viễn. Việc lấy sỏi có thể được thực hiện nhiều lần.

Kỹ thuật:

- Cắt túi mật
- Cắt ngang ống gan chung. Xẻ ống gan chung về hướng ống gan trái cho miệng nối đủ rộng. Nối ống gan-hồng tràng.
- Có thể nối ống mật chủ-hồng tràng, nhưng phương pháp này ít được thực hiện hơn.
- Đưa một đoạn hồng tràng từ miệng nối ra thành bụng. Có nhiều phương pháp đưa hồng tràng ra da để tạo đường hầm (hình 7). Đầu đường hầm hồng tràng có thể được mở hẳn ra ngoài, hay được khâu dính vào bên dưới thành bụng. Nếu đầu hồng tràng được khâu dính vào bên dưới thành bụng, mỗi lần lấy sỏi cần rạch da, tạo một đường hầm qua thành bụng để vào đường hầm hồng tràng.



Hình 6- Hình minh họa phương pháp lấy sỏi gan phải qua nội soi qua đường hầm gan-hồng tràng.



Hình 7- Các phương pháp tạo đường hầm từ miệng nối gan-hồng tràng ra da.

4.5-Chỉ định:

Sỏi ống mật chủ kết hợp sỏi gan: mở ống mật chủ lấy sỏi, đặt thông T tạo đường hầm, sau đó lấy hay tán sỏi qua đường hầm thông T.

Sỏi khu trú ở gan trái hay thùy trái gan: cắt gan trái hay cắt thùy trái gan

Sỏi khu trú ở một phân thùy gan phải, kết hợp xơ teo phân thùy đó: cắt phân thùy gan

Sỏi khu trú ở một phân thùy gan phải, đường mật phía trên dẫn: lấy sỏi qua đường hầm qua da

Sỏi rải rác nhiều phân thùy gan phải: lấy sỏi qua đường hầm gan-hồng tràng vĩnh viễn

Sỏi rải rác gan phải và gan trái: cắt thùy gan trái hay cắt gan trái, tạo đường hầm gan hồng tràng vĩnh viễn để lấy sỏi gan phải qua đường hầm.

5-Điều trị sỏi đường mật có biến chứng:

5.1-Viêm đường mật:

Bồi hoàn nước và điện giải, cho thuốc hạ sốt và giảm đau.

Kháng sinh điều trị: cephalosporin thế hệ ba (kết hợp với metronidazol, nhất là trường hợp nặng). Việc kết hợp với aminoglycoside không được khuyến khích vì làm tăng nguy cơ độc thận.

Nếu tình trạng nhiễm trùng không thuyên giảm sau 6 giờ:

- Viêm đường mật do sỏi ống mật chủ: giải áp đường mật qua ERCP (được chọn lựa trước tiên) hay mổ mở (nếu có viêm phúc mạc mật). Giải áp đường mật bằng dẫn lưu túi mật hay chọc hút qua PTC (PTBD-percutaneous transhepatic bile drainage) cho hiệu quả không cao. Ngày nay, việc chỉ định phẫu thuật cấp cứu (lấy sỏi, dẫn lưu đường mật) ngày càng ít được chỉ định.
- Viêm đường mật do sỏi gan: giải áp đường mật qua PTC (PTBD).

Việc giải quyết nguyên nhân (lấy sỏi) chỉ nên được thực hiện khi toàn trạng BN cho phép.

5.2-Viêm tụy cấp: (Xem bài viêm tụy cấp)

5.3-Áp-xe gan

Bồi hoàn nước và điện giải

Kháng sinh

Chọc hút mũ, dẫn lưu ổ áp-xe qua da sau khi chọc hút (được thực hiện dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay CT).

Điều trị nguyên nhân (sỏi gan) khi dẫn lưu hết mũ.