**Sỏi ống mật chủ và các biến chứng.**

**I. Đại cương:**

- Trong cấp cứu ngoại khoa về bụng, cấp cứu về gan mật xếp thứ 2, chủ yếu là các biến chứng của sỏi mật.

- Sỏi OMC bao gồm sỏi trong đường mật tính từ dưới hợp lưu 2 ống gan tới bóng Vater, không kể đến túi mật.

- Bệnh thường gặp ở lứa tuổi trưởng thành, tăng theo tuổi, không có sự khác nhau giữa nam và nữ.

- Những điểm cơ bản của sỏi OMC:

+ Nguyên nhân tạo sỏi do ứ trệ và nhiễm khuẩn đường mật, đặc biệt là vai trò của giun đũa.

* Lõi của sỏi có xác và trứng giun đũa, giả thuyết: giun chui lên đường mật mang theo vi khuẩn đường ruột gây ứ trệ và viêm đường mật do vi khuẩn, đã tạo điều kiện hình thành sỏi.
* Vi khuẩn E.coli tiết men β- Glucoronidase phân hủy glucoronide một dạng của Bilirubin kết hợp để tạo thành muối Calci bilirubinate.
* Vi khuẩn đường mật: giải phóng ra phospholipase biến lecithin trong mật thành isoleucithin và 1 số chất nữa, tạo điều kiện thuận lợi cho chúng kết hợp với Calci để tạo thành các muối mật, thành phần của sỏi mật.

+ Thành phần của sỏi mật:

* ở nước ta chủ yếu là muối mật ( Calcium- Bilirubinate)
* ở các nước phương Tây hay Bắc Mỹ chủ yếu là Cholesterol.

+ Sỏi OMC có thể hình thành tại chỗ hay trên gan hoặc túi mật rơi xuống.

+ Sỏi OMC đơn thuần ít gặp, thường có sỏi trong gan phối hợp( 70%).

- Sót sỏi sau mổ và sỏi đường mật tái phát ở nước ta còn rất cao do:

+ Nhiễm trùng đường mật tái diễn.

+ Hẹp đường mật.

+ Sỏi trong gan.

+ Thiếu áp dụng các phương tiện phát hiện sỏi trong lúc mổ.

**Câu 1: CHẨN ĐOÁN SỎI ỐNG MẬT CHỦ?**

\*) Đại Cương.

\*) Chẩn đoán xác định:

**I. Triệu chứng lâm sàng:**

- Khi sỏi đã hình thành trong OMC, ngày càng phát triển về kích thước, có thể im lặng không gây ra các triệu chứng rõ ràng (20%) nếu: sỏi không gây tắc mật và không di chuyển xuống phần thấp của OMC.

- Trong đợt cấp có thể thấy các dấu hiệu sau:

**1. Cơ năng:**

- Tam chứng Charcot xuất hiện theo trình tự và tái diễn nhiều lần:

+ Đau bụng:

* Tiền sử: có các đợt đau bụng kiểu giun chui ống mật.
* Hoàn cảnh xuất hiện: là dấu hiệu đầu tiên, xuất hiện đột ngột.
* Vị trí: đau bụng vùng gan, hạ sườn phải, đôi khi ở vùng thượng vị -> dễ nhầm với cơn đau do ổ loét dạ dày- tá tràng.
* Hướng lan: đau xuyên ra sau lung, lên vai phải.
* Cường độ: đau lăn lộn, vật vã, dữ dội: do sỏi gây tắc đường mật -> áp lực đường mật tăng cao đột ngột.
* Tư thế giảm đau: phải chổng mông, gập người lại.
* Liên quan ăn uống: ăn uống vào đau tăng lên do mật bị kích thích.
* Triệu chứng kèm theo: nôn: nôn ra thức ăn, có khi cả giun đũa.

+ Sốt:

* Xuất hiện sau cơn đau vài giờ (6 -12 giờ) do nhiễm khuẩn đường mật.
* Biểu hiện: Sốt rét run, vã mồ hôi, sau đó nhiệt độ có thể trwor lại bình thường hoặc hơi tăng.

+ Vàng da và niêm mạc: có thể rất rõ hoặc kín đáo

=> Các triệu chứng trên xuất hiện trong 5- 7 ngày, rồi người bệnh trở lại bình thường hoặc tiến triển nặng hơn.

- Trong các đợt tắc mật có thể thấy:

+ Đái ít: nước tiểu sẫm màu như nước vối.

+ Đi ngoài: phân bạc màu.

+ Ngứa:

* Ít gặp trong tắc mật do sỏi, mà thường gặp trong tắc mật do u.
* Các thuốc chống ngứa thường không có tác dụng.

+ Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, buồn nôn, nôn. Đặc biệt đau bụng tăng sau ăn, chậm tiêu, sợ mỡ.

**2. Toàn thân:**

- Có thể ít thay đổi: biểu hiện:

+ Tình trạng nhiễm khuẩn: Sốt 38- 39ºC, kèm rét run, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.

+ Da, niêm mạc, củng mạc mắt vàng.

- TH nặng, có thể biểu hiện:

+ Xuất huyết dưới da, với những chấm hay mảng xuất huyết ở những vết gãi hoặc chảy máu niêm mạc( củng mạc mắt, chảy máu cam, chân răng) do rối loạn đông máu của gan.

+ Suy thận: đái ít, vô niệu.

+ Nhịp tim chậm, đôi khi loạn nhịp, ngoại tâm thu. Khi nhịp tim nhanh, kèm sốt cần phải nghĩ tới biến chứng nhiễm khuẩn.

**3. Thực thể:**

**-** Da và niêm mạc vàng: tùy mức độ tắc mật mà vàng nhiều hay ít.

+ Vàng da nhẹ: chỉ thấy được ở củng mạc mắt, da gan bàn tay, gan bàn chân.

+ Vàng da rõ: dễ nhận thấy ở toàn thân.

- Gan to:

+ To đều cả 2 thùy, từ mấp mé bờ sườn trái tới dưới bờ sườn 6- 7 cm.

+ Mật độ mềm, mặt nhẵn, bờ tù.

+ Rung gan, ấn kẽ liên sườn đau, bề mặt gan lổn nhổn nếu apxe gan đường mật.

+ Giai đoạn sau tiến triển thành xơ gan- mật: gan teo, mật độ chắc, bờ sắc, có thể có THBH (+),cổ trướng, lách to.

- Túi mật to: là dấu hiệu rất quan trọng:

+ Nhìn: Túi mật to có thể rất rõ, di động theo nhịp thở, đôi khi xuống gần tới HC (P ).

+ Sờ: Thấy khối tròn ở hạ sườn (P), cảm giác bùng nhùng, mềm, đặc biệt là ấn rất đau.

+ TH tắc mật lâu ngày, sau các đợt viêm đường mật thì túi mật có thể bị teo nhỏ lại -> Nghiệm pháp Murphy (+).

- Trong cơn đau có thể thấy:

+ Bụng kém di động theo nhịp thở.

+ Ấn đau hạ sườn (P), phản ứng thành bụng ở hạ sườn (P).

**II. Cận lâm sàng:**

**1. Các xét nghiệm máu và sinh hóa:**

- CTM biểu hiện tình trạng nhiễm trùng: + BC tăng cao > 10- 15 G/l, chủ yếu tăng NEU.

+ …….. tăng cao

- Tình trạng tắc mật: + Blilirubin toàn phần trong máu tăng cao, chủ yếu tăng Bilirubin trực tiếp.

+ Phosphatase kiềm trong máu tăng cao. ( bình thường < 10 đv KA)

+ Có sắc tố mật và muối mật trong nước tiểu.

- Đợt tắc mật nặng có các dấu hiệu:

+ Suy thận: ure, creatinin máu tăng cao.

+ RLCN gan về đông máu:

* Tỉ lệ prothrombin giảm, thời gian đông máu kéo dài.
* Giai đoạn nặng có thế có dấu hiệu của đông máu rải rác trong lòng mạch( CIVD).

+ Tình trạng hủy hoại TB gan: SGOT tăng, SGPT tăng cao.

+ VTC: Amylase máu, niệu tăng cao.

**2. Chẩn đoán hình ảnh:**

**2.1: Chụp X-Quang bụng KCB:**

- Ít giá trị, sỏi OMC không cản quang.

- Có thể thấy hình ảnh: bóng gan to, bóng túi mật to.

**2.2: Siêu âm gan mật:**

- Ưu - Nhược điểm

+ Ưu điểm: giá trị cao, an toàn, ít tốn kém.

+ Nhược điểm:

* Phụ thuộc khả năng người làm siêu âm.
* Bn béo bụng hoặc sỏi …….. phần thấp OMC hoặc do tá tràng giãn -> khó phát hiện.

- Hình ảnh:

+ Dấu hiệu trực tiếp: Sỏi OMC: đám đậm âm kèm bóng cản hoặc không cản trong sỏi bùn.

+ Dấu hiệu gián tiếp:

* Đường mật trong và ngoài gan giãn.
* Túi mật to, gan to, nhu mô không đều.

+ Phát hiện các tổn thương phối hợp: Sỏi trong gan, sỏi túi mật, giun đường mật.

- Siêu âm trong lúc mổ: phát hiện và kiểm tra đã lấy hết sỏi chưa -> tránh sót sỏi.

- Chú ý: Chẩn đoán phân biệt:

+ Sỏi đường mật ngoài gan, nhất là sỏi bùn, cần phân biệt với u đường mật ngoài gan, u đầu tụy chèn ép, máu cục, mủ đường mật.

+ Sỏi trong gan cần phân biệt với sỏi trong đường mật, vôi hóa nhu mô gan.

**2.3: Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi đường tiêu hóa (ERCP):**

- Thấy đường mật giãn và sỏi trong đường mật ( sỏi là vùng khuyết) ( vị trí, số lượng).

- Ngoài chẩn đoán xác định, còn giúp chẩn đoán phân biệt với nguyên nhân gây tắc mật khác: u đầu tụy, u bóng Vater, u đường mật,... qua hình ảnh nội soi và sinh thiết lúc làm GPB.

- Tác dụng điều trị:

+ Lấy sỏi OMC có hoặc không cắt cơ Oddi, tùy kích thước sỏi.

+ Lấy giun chui ống mật, ống tụy.

+ Dẫn lưu đường mật tạm thời bằng ống thông mũi- mật, nhằm giải áp lực đường mật, chuẩn bị tốt cho phẫu thuật.

+ Chẩn đoán hẹp đường mật sau mổ, nếu có thì nong đường mật và đặt stent.

- Kĩ thuật: Đưa ống nội soi mềm vào đoạn II tá tràng, đến bóng Vater, đưa sâu vào đường mật 1cm, bơm thuốc sau đó chụp.

**2.4: Chụp mật qua da:**

- Có giái trị cao, có thể chọc dưới hướng dẫn của siêu âm.

- Ít dùng vì:

+ Nguy cơ biến chứng cao: chảy máu, rò mật, VPM mật, nhiễm khuẩn huyết.

+ Có các biện pháp khác thay thế hiệu quả hơn.

**2.5: Chụp CLVT ( gan- mật):**

- Là phương pháp có giá trị chẩn đoán cao, tuy độ nhạy thấp hơn siêu âm.

- Đánh giá tốt tình trạng gan- mật- tụy, ổ dịch khu trú.

- Phân biệt: phát hiện được sỏi ở phần thấp của OMC, nhất là vùng Oddi do hơi tiêu hóa cản trở.

- Nhược điểm: Tốn kém, không phải cơ sở nào cũng thực hiện được.

**2.6: MRI gan- mật:**

- Không những thăm dò được sỏi mật, tình trạng đường mật mà còn thăm dò: u gan, u đường mật.

- Nhược điểm: tốn kém, không phải cơ sở nào cũng thực hiện được.

**2.7: Các phương pháp chẩn đoán trong mổ:**

- Chụp đường mật trong mổ:

+ Ngoài giúp chẩn đoán xác định ( vị trí, số lượng sỏi), nó còn cho biết sỏi sót và tình trạng đường mật -> giúp PTV có thái độ xử trí thích hợp.

+ Được thực hiện ở 2 thời điểm:

* Trước mổ OMC, bằng cách bơm thuốc cản quan qua túi mật hoặc chọc trực tiếp kim vào OMC.
* Chụp sau lấy sỏi -> đánh giá sót sỏi.

- Siêu âm trong mổ: giúp phát hiện sót sỏi cao hơn vì chụp đường mật ít khi thuốc ngấm vào hết các nhánh nhỏ trong gan.

- Nội soi đường mật trong mổ:

+ Chẩn đoán xác định nguyên nhân gây tắc mật.

+ Giúp lấy sỏi và có thể làm tan sỏi trong đường mật.

=> Chẩn đoán xác định dựa vào:

- Lâm sàng:

+ Cơ năng: Tam chứng Charcot

+ Thực thể: vàng da, túi mật to, gan to trong các đợt cấp.

- CLS:

+ Sinh hóa: Nhiễm khuẩn và tắc mật trong đợt cấp.

+ Siêu âm: Sỏi trong OMC, đường mật trong và ngoài gan dãn.

+ Chụp đường mật qua ERCP hay qua da: đường mật dãn, sỏi là các vùng khuyết.

**\*) Chẩn đoán phân biệt:**

**1. Với các bệnh vàng da không có tắc mật**

- Thiếu máu do tan máu từng đợt.

- Viêm gan do virus

- Xoắn khuẩn.

=> Phân biệt bằng: - Khai thác trình tự: đau, sốt, vàng da.

- Xét nghiệm: Bilirubin toàn phần tăng cao, chủ yếu là bilirubin gián tiếp.

- Siêu âm, CĐHA khác: đường mật bình thường.

- Phản ứng huyết thanh: + tan máu tự miễn: Coombs (+).

+ viêm gan virus: marker VG (+).

+ tìm xoắn khuẩn.

**2. Với các bệnh tắc mật khác:**

- U đầu tụy, U bóng Vater:

+ Lâm sàng:

* Vàng da từ từ tăng dần, đau bụng – sốt giai đoạn cuối của bệnh, gầy sút cân nhanh.
* Gan to, túi mật to.

+ CLS:

* Siêu âm, CT ổ bụng: u đầu tụy, u bóng Vater, đường mật dãn.
* Nội soi dạ dày- tá tràng: u sùi lồi vào trong lòng tá tràng ở vị trí bóng Vater trong TH: u bóng Vater

- U nang đường mật:

+ hay gặp ở trẻ em.

+ LS:

* Đau, sốt, vàng da vừa.
* Túi mật không to, u HSP.

+ SA: đường mật giã, thấy nang đường mật.

- Ung thư đường mật:

+ LS:

* Vàng da tăng dần, giai đoạn cuối có sốt + suy kiệt.
* Gan to, bề mặt lổn nhổn.

+ CLS: Chụp đường mật ngược dòng ( ERCP)

* Phía trên tổn thương: đường mật giãn.
* Tại tổn thương: đường mật hẹp, thành không đều, nham nhở.

- Giun chui ống mật:

+ LS: da, niêm mạc không vàng.

+ CLS: BC ái toan tăng cao, SA: hình ảnh giun chui lên đường mật.

- Hẹp đường mật sau chấn thương, phẫu thuật:

+ Tiền sử: PT cắt dạ dày, mổ OMC cũ, sau cắt túi mật.

+ LS: đau bụng, vàng da: diễn biến từ từ, tăng dần, liên tục. Không có sốt.

+ CLS: chụp đường mật: đoạn trên tổn thương giãn, đường mật tại nơi tổn thương chít hẹp.

**Câu 2: Trình bày nguyên tắc điều trị sỏi OMC?**

Nguyên tắc chung: Khi đã chuẩn đoán xác định cần mổ hoặc can thiệp sớm lấy hết sỏi, dị vật, đảm bảo lưu thông mật- ruột, tránh biến chứng.

**\*) Điều trị nội khoa- chẩn bị bệnh nhân:**

- Chống nhiễm khuẩn đường mật: KS phổ rộng, nhạy cảm với vk Gram (-); trường hợp nặng cần phối hợp kháng sinh diệt vi khuẩn kị khí: metronidazole.

- Giảm đau: Giãn cơ trơn.

- Tẩy giun: trước mổ.

- Điều chỉnh các rối loạn về chức năng gan, đặc biệt là chức năng đông máu: phải tiêm vtm K, kiểm tra tỉ lệ Prothrobine trước mổ.

- Nâng cao thể trạng bệnh nhân: có thể truyền đạm, truyền máu trước mổ.

**\*) Các phương pháp điều trị:**

**I. Nội soi can thiệp:**

**-** Ưu điểm: là phương pháp lấy sỏi ít gây sang chấn, được áp dụng trong nhiều năm gần đây.

- Nhược điểm: Cần TTB, PTV có kinh nghiệm, có tỉ lệ thất bại, biến chứng viêm tụy cấp,…

- CĐ- CCĐ:

+ CĐ: Sỏi nhỏ (đường kính ≈ 1cm), người bệnh có bệnh phối hợp không thể phẫu thật, sót sỏi sau mổ.

+ CCĐ: khi bn đã cắt dd.

- Kĩ thuật:

+ Qua nội soi tá tràng, chụp đường mật tụy ngược dòng (ERCP) => xác đinh chẩn đoán: vị trí, kích thước, số lượng sỏi OMC.

+ Mở cơ thắt Oddi qua đường nội soi, qua chỗ mở cơ thắt đưa và đường mật ống thông lấy sỏi Dormia hay Fogarty kéo sỏi xuống tá tràng.

**II. Phẫu thuật:**

- Chỉ định:

+ Mổ trì hoãn: sỏi mật chưa có biến chứng.

+ Mổ cấp cứu: khi có biến chứng: thấm mật PM, VPM mật, VTC do sỏi mật.

+ Mổ cấp cứu trì hoãn: khi có shock nhiễm khuẩn đường mật, chảy máu đường mật, apxe đường mật (cần hồi sức tốt trước.)

- Các phương pháp: 4

**1. Mở OMC lấy sỏi và đặt ống dẫn lưu Kehr:**

- Là phương pháp điều trị kinh điển vẫn được áp dụng chủ yếu ở nước ta.

- Nhược điểm:

+ Bn phải chịu 1 phẫu thuật nặng nề.

+ Mổ lại nhiều lần do sót sỏi, không lấy hết được sỏi trong gan -> có thể khắc phục bằng cách chụp đường mật, nội soi đường mật hoặc siêu âm gan mật trong lúc mổ.

- Kĩ thuật:

+ Gây mê NKQ, giãn cơ tốt.

+ Đường mổ: Dưới sườn phải hoặc đường trắng giữa trên rốn hoặc đường trắng bên (P).

+ Mở OMC lấy sỏi, bơm rửa đường mật, đặt dẫn lưu Kehr.

+ Mở OMC lí tưởng:

* Là mở OMC lấy sỏi, khâu kín không cần dẫn lưu Kehr.
* Điều kiện: đảm bảo đường mật sạch, lấy hết sỏi, không có sự cản trở dòng chảy từ đường mật xuống tá tràng , và là sỏi đường mật ngoài gan.

- Những thủ thuật kết hợp với mở OMC lấy sỏi và đặt dẫn lưu Kehr.

+ Dẫn lưu OMC qua tá tràng.( Dẫn lưu Volhker)

* Chỉ định: Có chít hẹp cơ Oddi.
* Kĩ thuật:

, Sau mổ đường mật lấy sỏi rồi kiểm tra thấy có viêm chít cơ Oddi thì mở dọc đoạn 2 tá tràng.

, Kết hợp qua nơi mở OMC đưa vào OMC 1 ống thông thăm dò về phía cơ Oddi, đầu ống thăm dò làm mềm, dùng dao điện mở dọc chỗ 12h chừng 1cm -> đưa ống thăm dò xuống tá tràng.

, Qua tá tràng và nơi mở cơ Oddi đưa vào OMC dẫn lưu, khâu OMC và tá tràng.

* Thủ thuật này ít làm vì rò và hẹp tá tràng sau mổ.

+ Mở cơ thắt Oddi qua tá tràng.

+ Nối đường mật với đường tiêu hóa:

* Chỉ định:

, Tổn thương phần thấp của đường mật, mà không giải quyết được bằng mở cơ thắt Oddi như chí hẹp phần thấp OMC.

, Bệnh đường mật phối hợp( Nang đường mật).

, Sỏi tái phát nhiều lần hay sỏi trong gan phối hợp.

* Các kiểu nối:

|  |  |
| --- | --- |
| Kiểu nối | Ưu điểm- Nhược điểm |
| Kiểu nối trực tiếp: nối đường mật ( túi mật, OMC, đường mật trong gan) với tá tràng. | -  Ưu điểm: tiến hành nhanh, thuận tiện.  - Nhược điểm:  + Viêm đường mật ngược dòng sau mổ.  + Khó thực hiện khi tá tràng viêm dính. |
| Kiểu nối gián tiếp: nối đường mật( túi mật, OMC, đường mật trong gan) với hỗng tràng trên 1 quai ruột biệt lập kiểu …………. Hay Rouxen Y ( có tạo van hoặc không). | - Ưu điểm:  + Hạn chế được viêm đường mật ngược dòng sau mổ.  + Nối được mọi vị trí của đường mật.  - Nhược điểm:  + Khó về kĩ thuật.  + đặc biệt có những rối loạn sau này do mật không qua tá tràng. |
| Nối đường mật với tá tràng trên 1 quai hỗng tràng biệt lập. | - Ưu điểm: khắc phục được nhược điểm của 2 kiểu nối trực tiếp và gián tiếp. |
| Kiểu nối mật- ruột “ Rouxen Y” có mở quai Y ra da. | - Ưu điểm: lấy được sỏi trong gan kết hợp. |

+ Cắt túi mật:

* Chỉ đinh: Khi túi mật bị tổn thương không có khả năng hồi phục: viêm hoại tử, viêm mủ hay viêm teo, có sỏi, nghi ngờ ung thư hoặc trong những trường hợp chảy máu đường mật.
* Lưu ý: Sỏi đường mật, nếu không có chỉ định cắt túi mật thì hạn chế cắt.

+ Mở nhu mô gan lấy sỏi:

* Chỉ đinh: Có sỏi trong gan kết hợp và sỏi đã gắn chặt vào đường mật, ở những vị trí không thể lấy qua đường mật.
* Nhược điểm: dễ gây chảy máu và rò mật sau mổ.
* Có thể: dẫn lưu OMC qua nhu mô gan sau khi mở nhu mô lấy sỏi để rửa đường mật sau mổ( sỏi mật trong gan kết hợp).

+ Cắt gan:

* Chỉ đinh: Nhiều sỏi hoặc nhiều ổ mủ khu trú ở vị trí nào đó, nhất là gan (T). Chảy máu đường mật mà khu trú được vị trí chảy máu ở phân thùy nào.

**2. Lấy sỏi OMC qua mổ nội soi:**

**-** Chỉ đinh: Khi sỏi có kích thước nhỏ, cần trang bị cũng như thành thạo của kíp mổ.

**-** Kĩ thuật:

**+** Thường sau cắt túi mật qua nội soi, người ta nong ống cổ túi mật hoặc mở dọc OMC theo ống túi mật.

**+** Rồi đưa vào OMC ống thông Dormia lấy sỏi, đặt dẫn lưu Kehr.

**3. Tán sỏi:**

- Tán sỏi bằng sóng: nguyên tắc như trong sỏi tiết niệu.

- Tán sỏi bằng “ thủy điện lực”:

+ Nội soi đường mật qua đường hầm Kehr hay xuyên gan.

+ Làm tan sỏi khi để đầu dò phắt sóng điện vào sỏi.

**4. Mở thông túi mật:**

- Chỉ định:

+ Bệnh nhân quá yếu, có nhiều bệnh kèm theo, không cho phép phẫu thuật triệt để.

+ Điều kiện GMHS???? không cho phép, PTV không có khả năng giải quyết triệt để.

**III. Diễn biến và săn sóc sau mổ:**

**1. Biến chứng:**

- Chảy máu:

+ Chảy máu có thể: chảy ở thành bụng, chảy qua ống dẫn lưu dưới gan, chảy qua ống Kehr, có khi nôn ra máu hoặc ỉa phân đen.

+ Thời gian xuất hiện chảy máu:

* Trong 48h đầu: chảy máu qua ống dẫn lưu, chảy ra thành bụng, chảy vào trong ổ bụng,…

-> nghĩ đến nguyên nhân do pt gây ra.

* Sau 48h: bh nôn máu, ỉa phân đen, chảy máu qua Kehr.

- Rò mật: nguyên nhân gây rò mật:

+ Chỗ khâu đường mật nơi đặt dẫn lưu Kehr không kín.

+ Cắt phải những nhánh mật phụ bất thường mà không biết.

+ Tuột chỉ chỗ thắt ống túi mật.

+ thủng tá tràng khi bóc tách mà không biết hoặc đã khâu nhưng bục chỉ.

+ Do Kehr bật ra khỏi OMC.

- Các biến chứng khác: Rò tá tràng, rò dạ dày, rò đại tràng,…

**2. Săn sóc sau mổ:**

- Kháng sinh dự phòng.

- Chụp đường mật kiểm tra, bơm rửa đường mật.

- Theo dõi, phát hiện, xử trí các biến chứng sau mổ ( chảy máu, rò mật, nhiễm khuẩn).

- Rút dẫ lưu Kehr:

+ Cần có 2 điều kiện:

* Phim chụp kiểm tra đường mật bình thường, không còn dị vật, thuốc qua cơ Oddi xuống tá tràng bình thường.
* Thể trạng bn tốt: không sốt, ăn uống bình thường, dịch mật qua Kehr trong.

+ Rút Kehr ít nhất sau 7 ngày.

**IV. Điều trị sót sỏi sau mổ:**

- Đối với đường mật đóng( không có sự thông thương của mật ra ngoài da).

+ Lấy sỏi qua nội soi.

+ Lấy sỏi qua da.

- Đối với đường mật mở:

+ Bởm rửa đường mật qua dẫn lưu Kehr.

+ Dẫn lưu đường mật qua nhu mô gan để lấy sỏi trong gan.

+ Lấy sỏi qua 1 đầu ruột ở dưới da sau nối chữ Y.

+ Lấy sỏi qua 1 đầu ruột sau nối kiểu Trung Quốc.

**CÁC BIẾN CHỨNG CẤP TÍNH CỦA SỎI ỐNG MẬT CHỦ:**

- Viêm đường mật cấp.

- Viêm mủ và apxe đường mật.

- Tắc mật cấp do sỏi OMC( thấm mật phúc mạc.)

- VPM mật.

- Chảy máu đường mật.

- Viêm tụy cấp do sỏi mật.

- Shock nhiễm khuẩn đường mật.

- 1 số biến chứng khácL

+ Chèn ép tim cấp.

+ Suy hô hấp do apxe đường mật vỡ lên màng phổi.

+ Viêm thận cấp do sỏi mật.

+ Suy đa tạng do sỏi mật.

LƯU Ý: Biến chứng mạn tính của sỏi đường mật (OMC) là

- Xơ gan ứ mật.

- Viêm tụy mạn tính.