



Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH

Giảng viên : Vũ Quang Hưng

Đối tượng: Y3 YHCT

MỤC TIÊU

- 1. Phân loại được sỏi đường mật chính (của người bệnh) theo sinh bệnh học, sinh hóa, giải phẫu.*
- 2. Khai thác người bệnh và ghi nhận yếu tố nguy cơ của sỏi ống mật chủ, của sỏi đường mật trong gan.*
- 3. Tiếp cận qua lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán xác định sỏi đường mật chính và sáu biến chứng của bệnh.*

I. MỞ ĐẦU

- Sỏi mật gồm:
 - Sỏi túi mật.
 - Sỏi đường mật chính:
 - + Sỏi đường mật trong gan.
 - + Sỏi ống gan chung và ống mật chủ, được gọi chung là sỏi ống mật chủ (OMC).
- Sỏi đường mật chính là bệnh khá phổ biến ở tất cả các quốc gia, đặc biệt gặp nhiều ở các nước phương Đông.

II. PHÂN LOẠI SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH

1/ SINH BỆNH HỌC

Có 2 loại:

hình thành từ từ → gây tắc mật
là chính, KO gây đau nhiều →
dễ làm với u quanh bóng Vater

- Sỏi **nguyên phát**: sỏi được hình thành tại các ống mật trong hoặc ngoài gan, thường gặp ở các nước phương Đông như Việt Nam,...
- Sỏi **thứ phát**: sỏi được hình thành tại túi mật, sau đó di chú vào đường mật chính qua ống túi mật, thường gặp ở các nước phương Tây.

2/ SINH HOÁ

Có 3 loại:



Sỏi sắc tố đen



Sỏi sắc tố nâu



Sỏi cholesterol

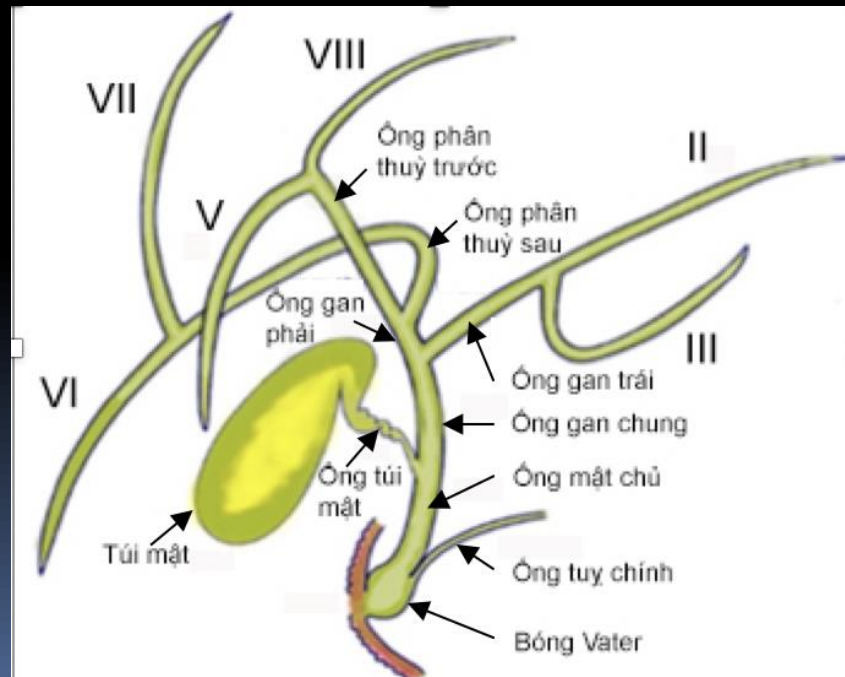
3/ GIẢI PHẪU

Tóm lại sỏi mật có 3 vị trí chính:

- sỏi túi mật
- sỏi đường mật trong gan
- sỏi OMC: sỏi OMC, sỏi ống gan chung

Có 2 loại:

- Sỏi đường mật trong gan: sỏi nằm trong đường mật phía trên chỗ hợp lưu ống gan phải và trái.
- Sỏi OMC: gồm sỏi OMC, ống gan chung.



III. LÂM SÀNG

Biểu hiện lâm sàng đa dạng:

- Không có triệu chứng, bệnh nhân phát hiện tình cờ qua siêu âm vì một bệnh lý khác.
- Có các triệu chứng:
 - Đau bụng
 - Sốt
 - Hội chứng vàng da.

KO phải lúc nào BN cũng có đầy đủ các triệu chứng này (đôi khi BN chỉ có 1/3 triệu chứng này)

1/ Đau bụng

- Đường mật tắc nghẽn **cấp tính**: tăng áp lực đột ngột gây cơn đau quặn mật.
- Đường mật tắc nghẽn **mạn tính**: tăng áp lực tăng từ từ, bệnh nhân chỉ đau nhẹ, đôi khi không đau.
- Khám lâm sàng: ấn đau vùng trên rốn hoặc dưới sườn phải. Túi mật có thể căng to hoặc không. Định luật Courvoisier thường không đúng trong trường hợp sỏi OMC ở Việt Nam.

do các sỏi nguyên phát hình thành từ từ → BN có triệu chứng vàng da tắc mật là chính, đau bụng là phụ

2/ Sốt

- Sốt cao kèm ớn lạnh hay lạnh run.
- Một số bệnh nhân viêm đường mật không sốt.
 - độ đặc hiệu CAO: nếu có tam chứng Charcot
→ gần như chắc chắn là có viêm đường mật cấp do sỏi
 - độ nhạy THẤP: nếu BN KO có tam chứng Charcot
→ KO được loại trừ là KO có viêm đường mật cấp do sỏi

3/ Hội chứng vàng da tắc mật

- | | | |
|---|--|----------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Da vàng sậm- Mắt vàng- Nước tiểu vàng sậm | → vàng da | |
| <ul style="list-style-type: none">- Ngứa- Phân bạc màu | nếu BN có kèm 1 trong 2 triệu chứng này → có tắc mật | → vàng da do tắc mật |

Tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da) có độ nhạy khá thấp (khoảng 26,4%), nhưng độ đặc hiệu khá cao (95,6%) trong chẩn đoán viêm đường mật cấp.

Ngày nay chẩn đoán viêm đường mật cấp thường dựa vào Tokyo Guidelines 2018.

IV. CẬN LÂM SÀNG

Lưu ý: X-quang đường mật trong mổ chỉ được sử dụng khi BN có chỉ định cắt túi mật

Chẩn đoán sỏi đường mật chính dựa vào hình ảnh học

	Chỉ định	Chống chỉ định
Siêu âm	- Là phương tiện trước tiên được sử dụng khi nghi ngờ có bệnh sỏi đường mật chính.	
CT Scan	- <u>Xác định có sỏi và vị trí sỏi đường mật chính.</u> - Khảo sát các thương tổn khác của đường mật: <u>u đường mật, áp xe gan đường mật.</u> - Khảo sát các cơ quan xung quanh: <u>viêm tụy...</u>	- Suy thận nặng. - Dị ứng thuốc cản quang.
X quang đường mật trong mổ	- Bệnh nhân có chỉ định <u>cắt túi mật</u> + <u>nghi ngờ sỏi OMC</u> (<u>dẫn đường mật trong và ngoài gan, tăng Bilirubin máu, tăng Amylase hoặc Lipase máu, tăng men gan</u>)	KO sử dụng khi BN KO có chỉ định cắt túi mật
ERCP (nội soi mật tụy ngược dòng)	- <u>Chẩn đoán và điều trị lấy sỏi ống mật chủ, đặt stent giải áp mật trong viêm hẹp đoạn cuối OMC, u quanh bóng Vater...</u>	- Rối loạn đông máu.

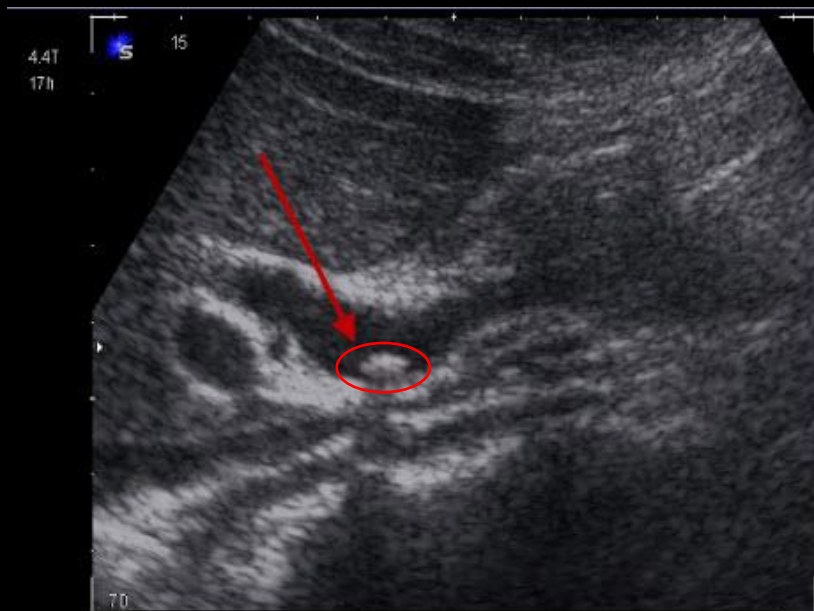
	Chỉ định	Chống chỉ định
Chụp X quang đường mật xuyên gan qua da (PTC)	<ul style="list-style-type: none"> - Xác định có sỏi và vị trí sỏi đường mật chính. - Thực hiện khi có chỉ định dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da hoặc lấy sỏi qua da. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn đông máu.
Chụp X quang đường mật qua ống dẫn lưu Kehr	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Kiểm tra còn sỏi, vị trí sỏi, sự lành đường hầm Kehr sau phẫu thuật.</u> <p>thường dùng để kiểm tra sỏi sau phẫu thuật</p>	
Siêu âm trong ổ	<ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân có chỉ định cắt túi mật + nghi ngờ sỏi OMC. ít được sử dụng, ít BV có CLS này 	
MRCP thường được sử dụng trên BN lớn tuổi nghi ngờ sỏi OMC cần xác định chính xác có hay KO	<ul style="list-style-type: none"> - Xác định có sỏi và vị trí sỏi đường mật chính nhất là <u>sỏi đường mật trong gan tái phát nhiều lần.</u> - Nghi ngờ ung thư đường mật, hẹp đường mật. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trong cơ thể có kim loại (máy tạo nhịp,...) - Dị ứng chất cản từ.

1/ Sỏi OMC

siêu âm < CT < ERCP = X-quang < siêu âm trong ổ < MRI

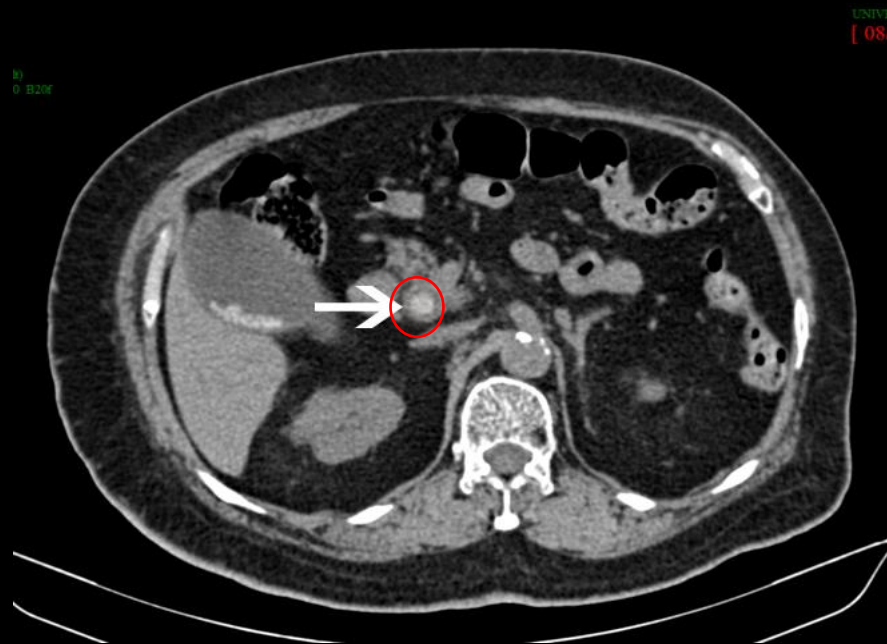
	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Ưu điểm	Khuyết điểm
Siêu âm Note: so sánh CLS dựa trên độ NHẠY !	73 %	91 %	<ul style="list-style-type: none"> - Có thể phát hiện sỏi hoặc cho hình ảnh tắc nghẽn đường mật (dẫn đường mật trong và ngoài gan). - Nhanh. - Không xâm lấn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Giới hạn do hơi đường ruột. - Khó phát hiện sỏi khi đường mật không dẫn hay dẫn ít. - Không tái tạo giải phẫu đường mật. - Độ phân giải không cao. - Chủ quan: phụ thuộc người thực hiện.
CT Scan - Không cản quan - Có cản quang	65 % 92 %	84 % 92 %	<ul style="list-style-type: none"> - Không giới hạn do hơi. - Phát hiện sỏi ngay khi đường mật không dẫn. - Khách quan. - Không xâm lấn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khó phát hiện sỏi cùng đậm độ dịch mật (sỏi cholesterol). - Không tái tạo giải phẫu đường mật (trừ CT xoắn ốc). - Hình ảnh không rõ khi có kim loại gần vùng cần khảo sát.
X quang đường mật trong ổ	68 – 99 %	92 – 99 %	<ul style="list-style-type: none"> - Phát hiện sỏi ngay khi đường mật không dẫn. - Tái tạo giải phẫu đường mật. - Cho hình ảnh động dưới màn hình huỳnh quang. 	<ul style="list-style-type: none"> - Không thấy phần giải phẫu đường mật phía sau tắc nghẽn (nếu tắc nghẽn hoàn toàn). - Chỉ đánh giá cây đường mật, không khảo sát được cấu trúc xung quanh.

	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Ưu điểm	Khuyết điểm
Siêu âm trong ổ	95 %	99 %	<ul style="list-style-type: none"> - Không giới hạn do hơi. - Phát hiện sỏi ngay khi đường mật không dẫn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Không tái tạo giải phẫu đường mật. - Chủ quan: phụ thuộc người thực hiện.
ERCP	80 – 93 %	99 %	<ul style="list-style-type: none"> - Không giới hạn do hơi. - Phát hiện sỏi ngay khi đường mật không dẫn. - Tái tạo giải phẫu đường mật. 	<ul style="list-style-type: none"> - Không thấy phần đường mật phía sau tắc nghẽn. - Chỉ đánh giá cây đường mật, không khảo sát được cấu trúc xung quanh. - Xâm lấn, có biến chứng: viêm tụy cấp, thủng tá tràng, viêm đường mật ngược dòng, chảy máu đường mật.
MRCP	93 – 96 % Độ nhạy còn 57,1% (nếu sỏi nhỏ hơn 6mm)	94 – 99 %	<ul style="list-style-type: none"> - Không giới hạn do hơi. - Phát hiện sỏi ngay khi đường mật không dẫn. - Tái tạo giải phẫu đường mật. - Thấy phần đường mật phía sau tắc nghẽn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Không sẵn có. - Giá thành cao.

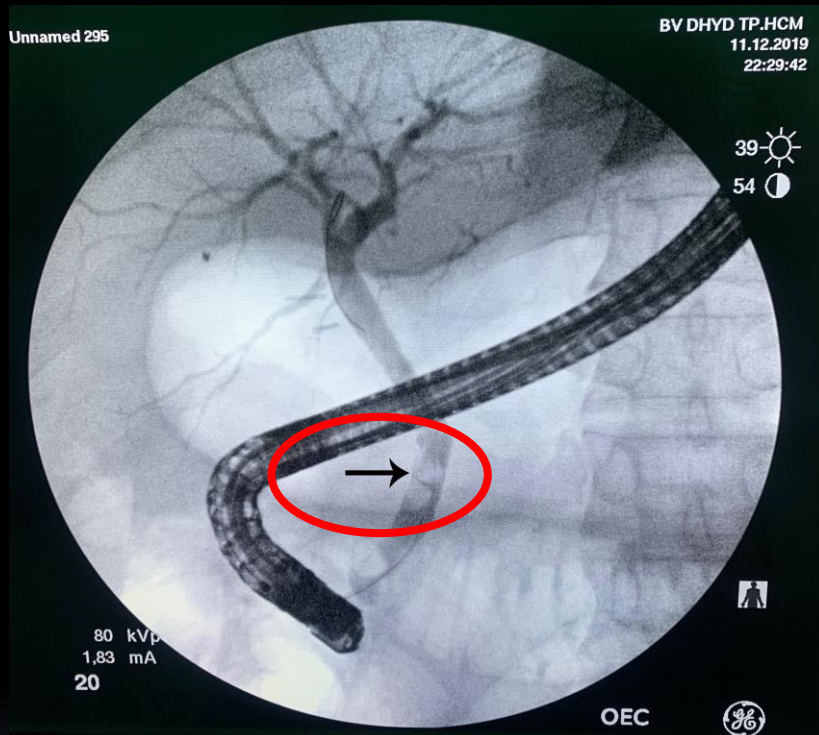


*Sỏi OMC (mũi tên)
trên siêu âm bụng*

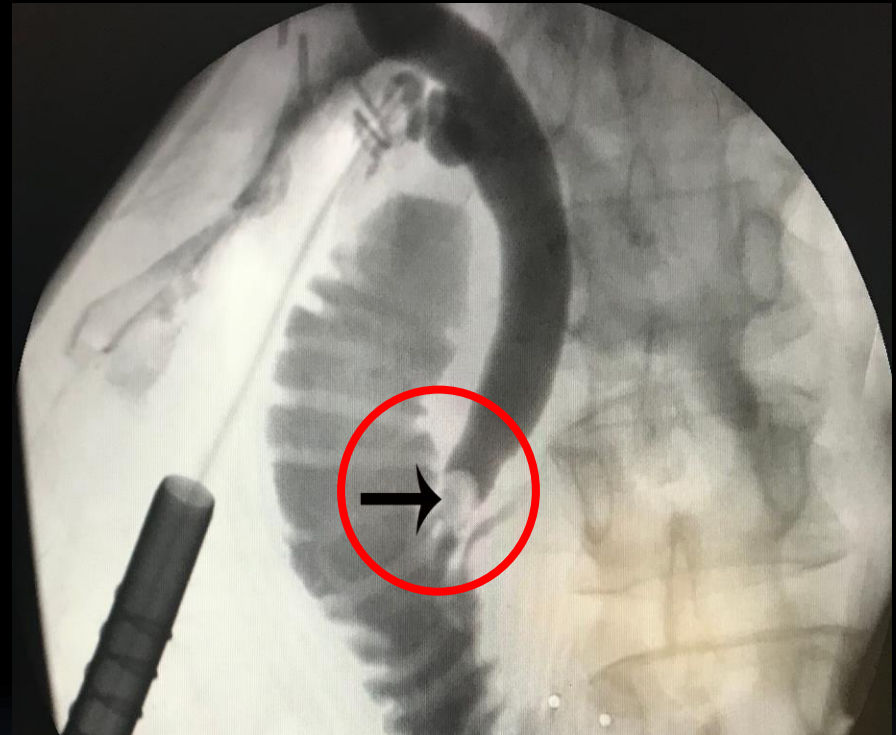
sỏi: cấu trúc echo dày, có
bóng lưng, nằm trong OMC



*Sỏi OMC (mũi tên)
trên CT Scan bụng*

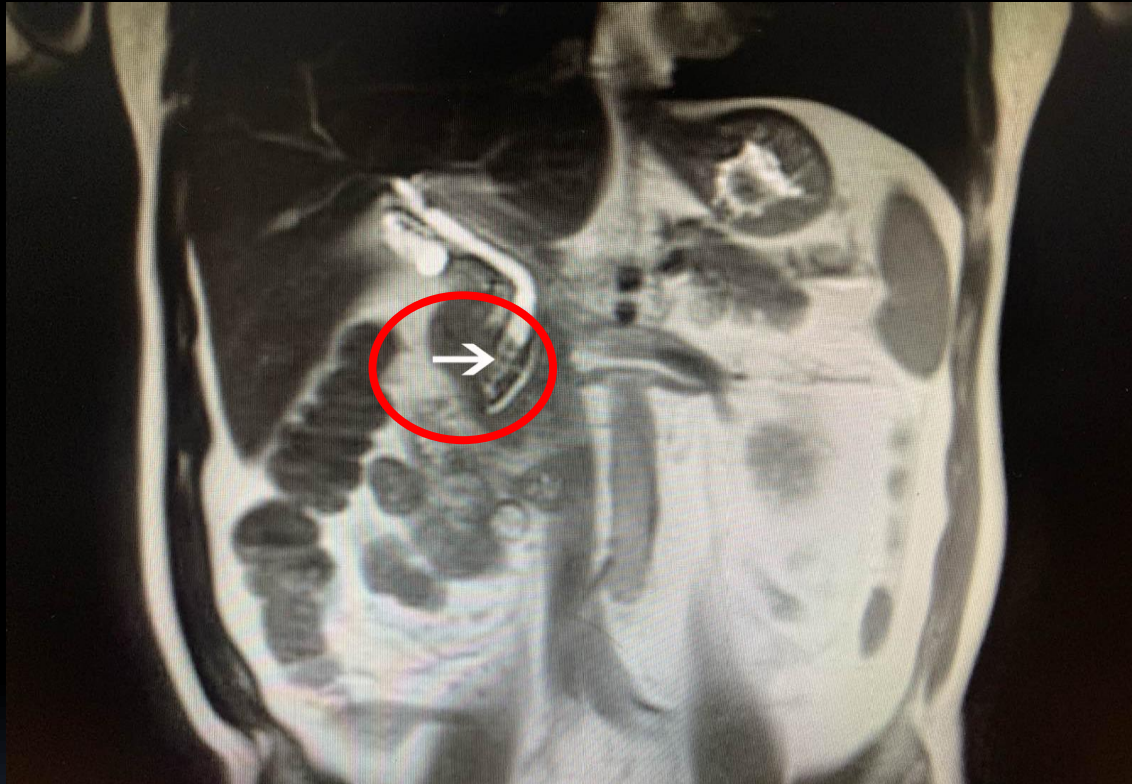


*Sỏi OMC (mũi tên)
trên ERCP*



*Sỏi OMC (mũi tên) trên
chụp X quang đường mật trong ổ*

BN được chỉ định cắt túi mật !



Sỏi OMC (mũi tên) trên phim MRCP T2

T2

- dịch mật màu trắng
- sỏi mật màu đen

2/ *Sỏi đường mật trong gan*

- siêu âm trong sỏi OMC có độ nhạy
THẤP: do bị hơi tá tràng che

- siêu âm trong sỏi đường mật trong gan:
KO bị hơi tá tràng che → độ nhạy cao

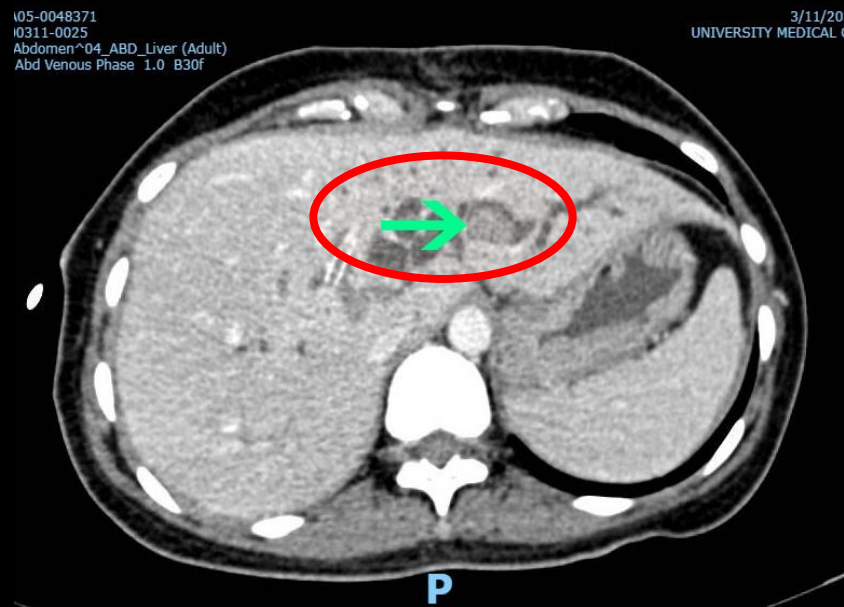
	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Siêu âm	95,7 %	97,3 %
CT Scan	78 %	99 %
MRCP	93 – 94 %	88 – 95 %

- chỉ cần siêu âm là đã phát hiện được sỏi đường mật trong gan
- tuy nhiên, MRI giúp đánh giá: (1) hẹp đường mật, (2) u đường mật



*Sỏi đường mật trong gan
trên siêu âm bụng*

cấu trúc echo dày,
có bóng lưng

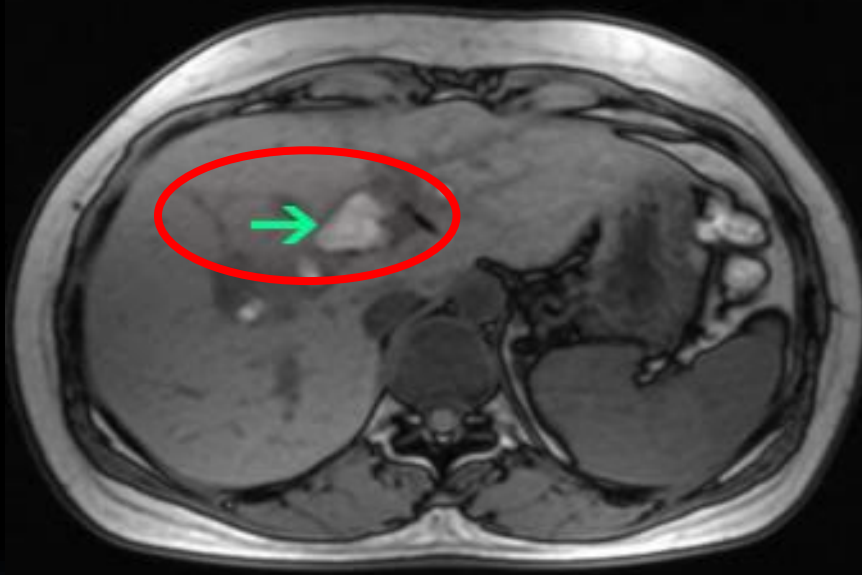


*Sỏi đường mật trong gan (mũi tên)
trên CT Scan bụng*

sỏi trong đường mật gan (T)

Nhớ:

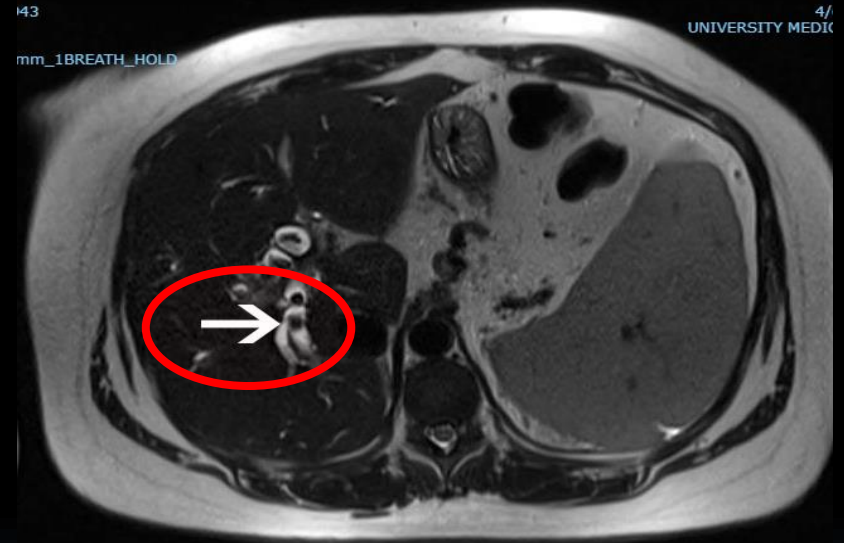
- T1 đứng trước T2
- chữ "đ" đứng trước chữ "t"



*Sỏi đường mật trong gan (mũi tên)
trên phim MRCP T1*

T1:

- dịch mật màu đen
- sỏi mật màu trắng



*Sỏi đường mật trong gan (mũi tên)
trên phim MRCP T2*

T2:

- dịch mật màu trắng
- sỏi mật màu đen

V. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Có sỏi đường mật chính không? Vị trí sỏi?
- Sỏi lần đầu, sỏi tái phát hay sỏi sót?
- Có biến chứng không?

V. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

1/ Có sỏi đường mật chính không? Vị trí sỏi?

- Dựa vào hình ảnh học

2/ Sỏi lần đầu, sỏi tái phát hay sỏi sót?

- Sỏi lần đầu: mới phát hiện sỏi và trước đó chưa có điều trị sỏi đường mật chính.
- Sỏi tái phát: trước đây đã được chẩn đoán sỏi đường mật chính, được điều trị và kiểm tra đã hết sỏi, lần này phát hiện sỏi mới.
- Sỏi sót: đã được chẩn đoán và điều trị sỏi đường mật chính, nhưng không thể lấy hết sỏi.

3/ Có biến chứng không?

- Viêm đường mật cấp **quan trọng !**
- Áp xe gan đường mật
- Viêm tụy cấp
- Viêm hẹp đường mật
- Xơ gan do sỏi mật
- Ung thư đường mật

3.1/ Viêm đường mật cấp?

3.1.1/ Chẩn đoán viêm đường mật cấp theo Tokyo Guidelines 2018

A. Dấu hiệu viêm toàn thân	
A-1	Sốt ($> 38^{\circ}\text{C}$) và/hoặc lạnh run
A-2	Cận lâm sàng: bằng chứng của phản ứng viêm: 1 trong 2 tiêu chuẩn: - Bạch cầu ($\times 1000/\mu\text{L}$) < 4 hoặc > 10 - CRP (mg/dL) ≥ 1 chú ý đơn vị là mg/dL
B. Tắc mật	
B-1	Vàng da: Bilirubin toàn phần ≥ 2 (mg/dL)
B-2	Cận lâm sàng: bất thường chức năng gan: 1 trong 4 tiêu chuẩn sau: - ALP (IU) $> 1,5$ x giới hạn trên - γGTP (IU) $> 1,5$ x giới hạn trên - AST (IU) $> 1,5$ x giới hạn trên - ALT (IU) $> 1,5$ x giới hạn trên
C. Hình ảnh học	
C-1	Dẫn đường mật
C-2	Bằng chứng nguyên nhân sinh bệnh trên hình ảnh học (hẹp đường mật, sỏi, stent,...)
Chẩn đoán xác định có viêm đường mật cấp khi: 1 tiêu chuẩn A + 1 tiêu chuẩn B + 1 tiêu chuẩn C	
Nghi ngờ có viêm đường mật cấp khi: 1 tiêu chuẩn A + 1 tiêu chuẩn B (hoặc 1 tiêu chuẩn C)	

Dẫn đường mật trong gan:

- bình thường, đường mật trong gan KO thấy trên CT, siêu âm
- nếu thấy đường mật trong gan → dẫn đường mật TRONG gan

Dẫn đường mật ngoài gan:

- < 60 tuổi: bình thường ống gan chung < 4 mm
→ trên 4 mm → dẫn ống gan chung

- < 60 tuổi: bình thường OMC < 6 mm
→ trên 6 mm → dẫn OMC

- đối với người > 60 tuổi: mỗi 10 năm → các tiêu chuẩn + 1 mm

3.1.2/ Phân độ viêm đường mật cấp theo Tokyo Guidelines 2018

trên lâm sàng thì sử dụng SpO2 < 90%

Viêm đường mật cấp nặng (Độ III) 1. đầu 2. tim 3. phổi 4. thận 5. gan 6. máu	Khi có 1 trong 6 tiêu chuẩn sau: 1. Rối loạn chức năng thần kinh: rối loạn tri giác 2. Rối loạn chức năng tuần hoàn: tụt huyết áp cần dopamin ≥ 5 $\mu\text{g/kg/phút}$ hoặc bất kỳ liều nào của norepinephrine 3. Rối loạn chức năng hô hấp: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300_{\text{SEP}}$ 4. Rối loạn chức năng thận: thiếu niệu, creatinine máu $> 2.0 \text{ mg/dL}$ 5. Rối loạn chức năng gan: PT-INR $> 1,5$ (chức năng đông máu) 6. Rối loạn huyết học: tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$
Viêm đường mật cấp trung bình (Độ II)	Khi có 2 trong 5 tiêu chuẩn sau: 1. Bạch cầu $> 12,000/\text{mm}^3$ hoặc $< 4,000/\text{mm}^3$ 2. Sốt cao $\geq 39^\circ\text{C}$ 3. ≥ 75 tuổi 4. Bilirubin máu toàn phần $\geq 5 \text{ mg/dL}$ 5. Albumin máu $< 0,7$ x giới hạn dưới
Viêm đường mật cấp nhẹ (Độ I)	Khi không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm đường mật cấp nặng và trung bình, sẽ được chẩn đoán là viêm đường mật cấp nhẹ

3.2/ Áp xe gan đường mật?

- Nguyên nhân: tắc nghẽn đường mật và vi khuẩn trong dịch mật.
- Lâm sàng: sốt, đau bụng dưới sườn phải hay trên rốn, gan to đau.
- Chẩn đoán xác định bằng siêu âm và CT Scan bụng với độ nhạy tương ứng 85% và 95%.
→ CT chẩn đoán áp xe gan đường mật tốt > siêu âm

3.3/ Viêm tụy cấp?

- Là một trong những biến chứng thường gặp, nhất là đối với sỏi OMC.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp, đánh giá độ nặng sẽ được trình bày trong một bài riêng.

3.4/ Viêm hẹp đường mật?

Lâm sàng:

- Hẹp đường mật trong gan: đau bụng trên rốn hoặc dưới sườn phải, sốt.
- Hẹp ống gan chung hay OMC: có thêm hội chứng vàng da.

(KO có vàng da, trừ khi sỏi ở cả 2 ống gan (P) và (T))

Cận lâm sàng:

- Siêu âm và CT Scan giúp xác định có dẫn đường mật, không xác định vị trí hẹp.
- MRCP, ERCP, X quang đường mật cản quang: xác định vị trí hẹp.

3.5/ Xơ gan do sỏi mật?

Tắc mật lâu ngày sẽ dẫn đến xơ gan thứ phát do sỏi mật.

Lâm sàng: tùy mức độ xơ gan

- Hội chứng suy tế bào gan.
- Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Cận lâm sàng:

- CT Scan, MRCP xác định vị trí, mức độ gan xơ teo.

HC suy tế bào gan:

- sao mạch
- lòng bàn tay son
- vàng da, vàng mắt
- xuất huyết da niêm
- phù chân báng bụng

HC tăng áp lực TM cửa:

- tuần hoàn bàng hệ
- xuất huyết tiêu hoá do vỡ giãn TM thực quản, TM phình vị
- báng bụng
- lách to
- trĩ

3.6/ Ung thư đường mật?

- Ung thư đường mật gặp trong 2,4-5,2% trường hợp sỏi trong gan.
- Viêm đường mật tăng sinh mạn tính có thể dẫn đến tăng sản không đặc hiệu của biểu mô ống mật và tiến triển thành ung thư.
- Chẩn đoán và điều trị ung thư đường mật sẽ được trình bày trong một bài riêng.

KẾT LUẬN

- Sỏi đường mật chính là bệnh khá phổ biến ở nước ta.
- Ngày nay, sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đã giúp ích rất nhiều trong việc chẩn đoán sớm bệnh sỏi đường mật chính cũng như các thương tổn hẹp đường mật, ung thư đường mật đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn, Vũ Quang Hưng, cs (2018). Phẫu thuật nội soi cắt túi mật kèm lấy sỏi ống mật chủ qua ống túi mật: kinh nghiệm 126 trường hợp. Y Học TP.Hồ Chí Minh; 22 (2): 65-70.
2. Nguyễn Hoàng Bắc (2006). Khâu kín ống mật chủ thì đầu trong phẫu thuật điều trị sỏi đường mật chính qua ngã nội soi ổ bụng. Y học thành phố Hồ Chí Minh; 10 (3): 136-140.
3. Đỗ Trọng Hải, Nguyễn Hoàng Bắc, Trần Thiện Trung, cs (2008). Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả sớm các phương pháp điều trị sỏi OMC kèm sỏi túi mật. Y học thành phố Hồ Chí Minh; 12 (4): 284-290.
4. Nguyễn Đình Hối, Nguyễn Mậu Anh (2012). Sỏi đường mật.
5. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, et al (2018). Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci; 25 (1): 3-16.
6. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, et al (2018). Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci; 25 (1): 17-30.
7. Leppaniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al (2019). 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg; 14: 27.
8. Mayumi T, Okamoto K, Takada T, et al (2018). Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci; 25 (1): 96-100.
9. Mustafa AA, Martin LF, Nabeel A (2020). Choledocholithiasis: Clinical manifestations, diagnosis, and management. Up To Date.
10. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al (2013). American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol; 108 (9): 1400-1416.

Thank
you

