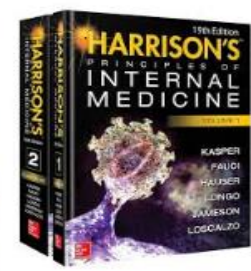




# TẬP BÀI GIẢNG BỆNH LÝ HỌC PTH 350



# SỎI MẬT

**Mục tiêu học tập** ~ Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. *Nêu được cơ chế tạo thành các loại sỏi mật thường gặp.*
2. *Trình bày được triệu chứng lâm sàng và phương pháp điều trị sỏi mật*

## Nội dung

1. *Định nghĩa, nguyên nhân và bệnh sinh*
2. *Triệu chứng*
3. *Biến chứng*
4. *Điều trị*
  - 4.1 *Điều trị triệu chứng*
  - 4.2 *Thuốc làm tan sỏi*
  - 4.3 *Nội soi*
  - 4.4 *Phá sỏi bằng siêu âm Lase, Cơ học*
  - 4.5 *Phẫu thuật*



# 1. Định nghĩa, nguyên nhân và bệnh sinh

## 1.1 Định nghĩa

Sỏi mật (Gallstones Cholelithiasis) là bệnh gây ra do có sự hình thành và hiện diện của những viên sỏi (nhỏ, to hoặc sỏi bùn) nằm trong lòng đường mật (trong gan, ngoài gan hoặc túi mật).

### Phân loại

Sỏi túi mật:

sỏi nằm trong túi mật.

Sỏi đường mật:

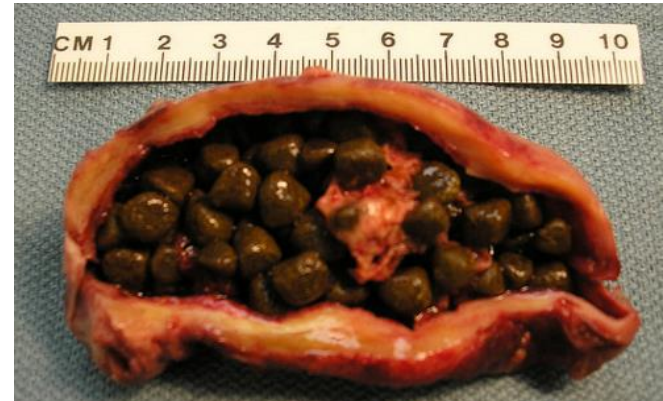
sỏi nằm trong đường mật trong gan, ống gan chung và ống mật chủ



## 1.2 Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

### 1.2.1. Phân loại sỏi:

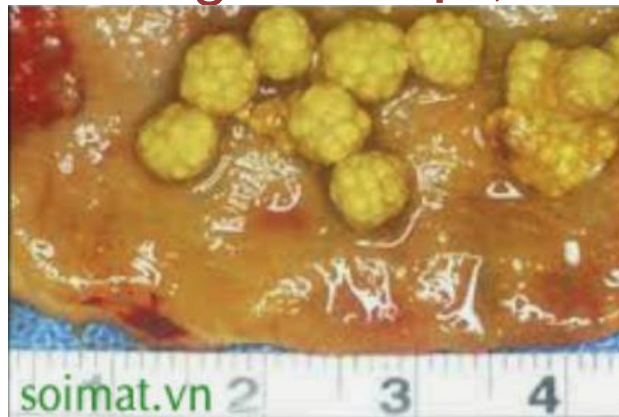
- Sỏi cholesterol: khi cholesterol lớn hơn 50%
- Sỏi sắc tố: khi nồng độ bilirubin lớn hơn 50%, sỏi sắc tố chia làm 2 loại: sắc tố đen, sắc tố nâu



## 1.2.2. Cơ chế bệnh sinh:

### a. Sỏi cholesterol: có nhiều giả thuyết:

- Bão hòa cholesterol trong dịch mật, ứ trệ túi mật, Vai trò của canxi, prostaglandin...
- Nguyên nhân: do tuổi tác, ăn nhiều thức ăn có hàm lượng cholesterol cao, nhiều chất béo động vật, do sinh đẻ nhiều (phụ nữ), biến chứng từ một số bệnh tiêu hoá như bệnh Crohn...
- Sỏi cholesterol thường đơn độc, không cản tia X và có màu nhạt.



## b. Sỏi sắc tố:

- Sỏi sắc tố mật chủ yếu là calcium bilirubinate, có màu sậm, thường hình thành đám sỏi, cản tia X nhiều, hình thành khi bilirubine tăng, không liên hợp hoặc nhiễm vi trùng, nhiễm ký sinh trùng đường mật.
- Nguyên nhân: tuổi tác, ăn thiếu chất béo và protein, ứ đọng dịch mật, mật nhiễm trùng hoặc nhiễm ký sinh trùng, xơ gan, bệnh tán huyết, thiếu máu Địa Trung Hải, thiếu máu hồng cầu liềm



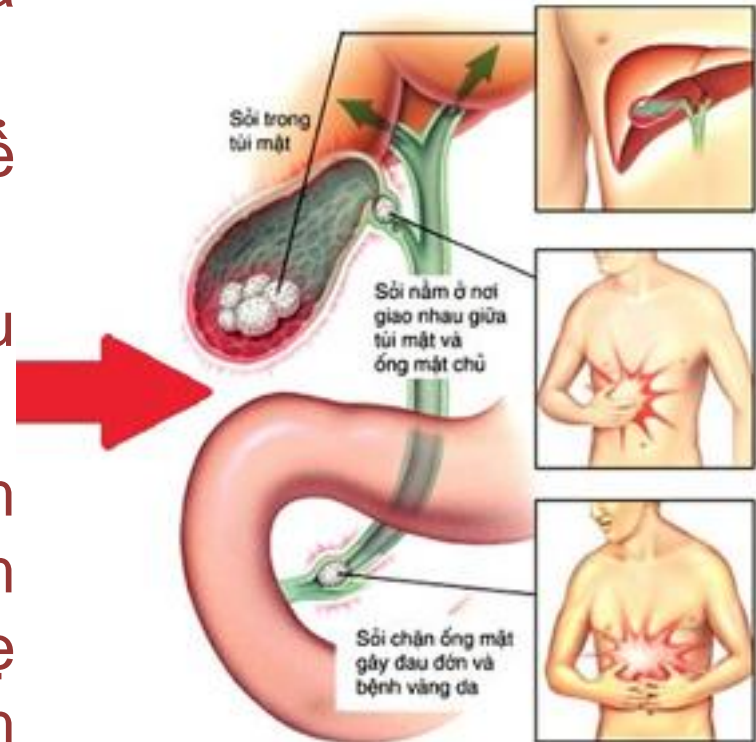


## 2. Triệu chứng

### 2.1 Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của sỏi ống mật chủ rất thay đổi.

- Sỏi ống mật chủ có thể không có triệu chứng,
- Hay có cơn đau kiểu gan mật do tắc mật,
- Triệu chứng của viêm đường mật hay viêm tụy với mức độ từ nhẹ đến rất nặng kèm những biến chứng nguy hiểm.



Thông thường triệu chứng lâm sàng biểu hiện:

- Đau bụng:

Có đặc điểm là đau hạ sườn phải mức độ vừa hay nặng, khó phân biệt với cơn đau viêm túi mật cấp, cơn đau thường khởi phát đột ngột, kéo dài trong nhiều giờ, cơn đau có thể lan lên vai phải, ra sau lưng.

- Sốt rét run:

Sốt là do nhiễm trùng đường mật, đặc điểm quan trọng của sốt trong nhiễm trùng đường mật là sốt rét run nên có thể nhầm lẫn với bệnh sốt rét.



- Vàng da:

Có đặc điểm là vàng da từng đợt, tái đi tái lại, vàng da có thể rất nhẹ hoặc không có vàng da.

Có khoảng 30% bệnh nhân có sỏi ống mật chủ không có vàng da ...



\* Ba triệu chứng:

Đau hạ sườn phải + Sốt rét run + Vàng da = gọi là tam chứng Charcot.

Tuy nhiên, bệnh nhân có thể không có bất cứ triệu chứng nào trong 3 triệu chứng trên.

Ngoài tam chứng Charcot, bệnh nhân còn có một số triệu chứng khác như buồn nôn, nước tiểu sậm màu, ngứa và phân bạc màu (phân cò).

- Khám thực thể:

Ở bệnh nhân nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ, khám thực thể sẽ thấy:

- + Ấn chẩn đau vùng thượng vị và hạ sườn phải và nhiều nhất là vùng tam giác Chauffard – Rivet, tùy mức độ nặng nhẹ có thể có đề kháng thành bụng. Nếu viêm phúc mạc sẽ có phản ứng thành bụng. Tam giác Chauffard – Rivet hợp bởi đường rốn-mũi ức, đường phân giác của góc vuông khu bên phải và bờ sườn phải.
- + Sốt: nếu đo nhiệt độ có thể thấy sốt nhẹ từ 38°C đến 39°C, nhưng nếu nặng có thể 40°C.
- + Vàng da: mức độ nhẹ chỉ thấy vàng mắt và nặng thì có vàng da sậm màu.

- Một đặc điểm của bệnh sỏi ống mật chủ là bệnh diễn tiến từng đợt nên bệnh nhân thường có tiền sử đau, sốt vàng da nhiều lần, đặc điểm này giúp phân biệt với các bệnh lý ác tính khác như ung thư quanh bóng Vater, ung thư đầu tụy.
- Diễn tiến nặng của sỏi ống mật chủ là nhiễm trùng nặng gây viêm mủ đường mật, nhiễm trùng huyết, viêm phúc mạc mật, khi đó bệnh nhân thường bị sốc nhiễm trùng nhiễm độc với triệu chứng lâm sàng sẽ có triệu chứng của viêm đường mật kèm với triệu chứng sốc như: mạch nhanh, huyết áp thấp, sốt cao, thở nhanh nông, dấu hiệu thần kinh như hôn mê hay vật vã, kèm theo là tình trạng suy chức năng gan, suy thận và rối loạn đông máu, cần được điều trị tích cực kịp thời, nếu không bệnh sẽ nguy kịch.

## 2.2 Cận lâm sàng

### 2.2.1. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Bilirubin huyết thanh tăng, thường tăng bilirubin trực tiếp và bilirubin kết hợp. Bilirubin tăng  $> 3\text{mg/dl}$ , trung bình từ  $9\text{mg/dl} - 15\text{mg/dl}$ .
- Phosphatase kiềm cũng tăng trong sỏi ống mật chủ.
- Bạch cầu tăng cao tùy theo mức độ nhiễm trùng.
- Amylase huyết thanh nên làm để phát hiện có viêm tụy kèm theo do sỏi kẹt ở đoạn cuối ống mật chủ.
- Men gan cũng tăng nhẹ trong nhiễm trùng đường mật do sỏi nhưng không đặc hiệu.
- Có khoảng  $1/3$  trường hợp có sỏi ống mật chủ nhưng xét nghiệm cận lâm sàng có thể bình thường.

## 2.2.2. Chẩn đoán hình ảnh:

### a. Siêu âm:

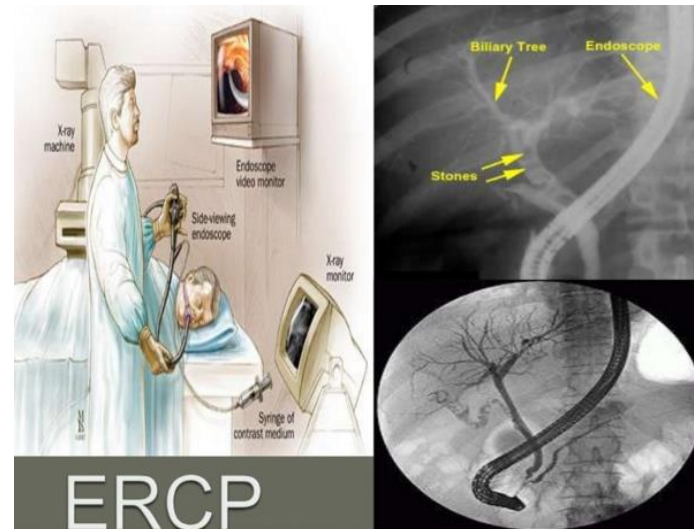
- Cần siêu âm cho tất cả các bệnh nhân nghi có sỏi ống mật chủ.
- Siêu âm sẽ giúp thấy được sỏi, xác định được kích thước và vị trí của sỏi. Siêu âm cũng cho thấy hình ảnh dẫn đường mật ngoài gan và trong gan. Siêu âm còn cho thấy tình trạng viêm dày của thành ống mật chủ và tình trạng thấm mật phúc mạc.
- Tuy nhiên, siêu âm chỉ xác định được sỏi 60-70% các trường hợp.



b.

ERCP:

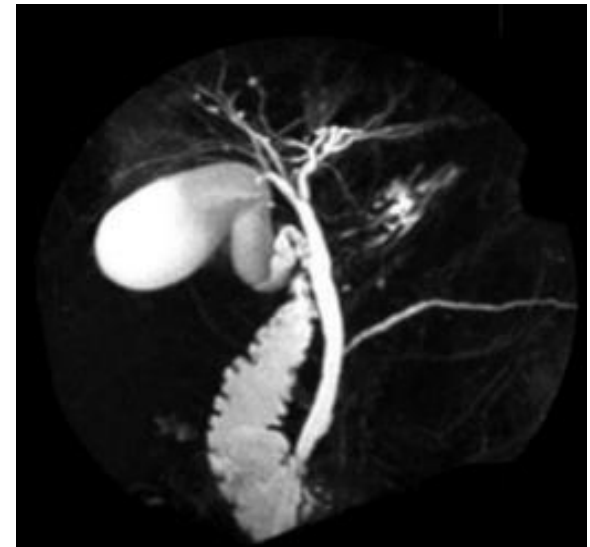
Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi được xem là tiêu chuẩn vàng cho sỏi ống mật chủ. Do đó, nên chỉ định thực hiện cho hầu hết bệnh nhân có nghẹt đường mật. ERCP còn cho phép quan sát các phần khác của ống tiêu hóa. Nội soi mật tụy ngược dòng còn có ưu điểm là có thể chụp được ống tụy và quan trọng nhất là có thể cắt cơ vòng để lấy sỏi khi có chỉ định.



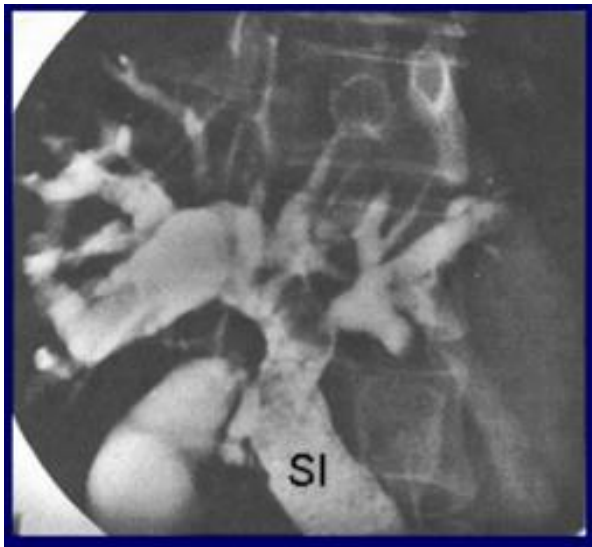


c. CT scan và MRI là chụp điện toán cắt lớp và cộng hưởng từ là phương tiện rất tốt vì cho hình ảnh giống như siêu âm nhưng với độ chính xác cao hơn. Tuy nhiên giá thực hiện CT scan và MRI còn cao.

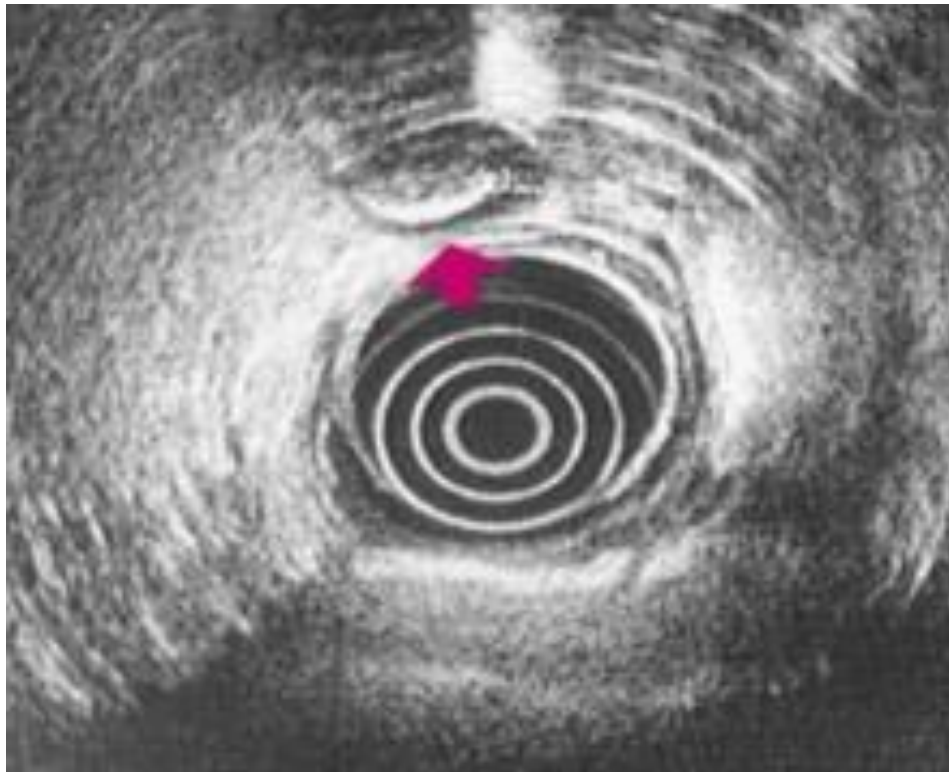
d. MRC (Magnetic Resonance Cholangiography) là chụp đường mật cộng hưởng từ được áp dụng từ năm 1990 đã cho thấy được hình ảnh giải phẫu chi tiết của đường mật và có độ nhạy để chẩn đoán 95% và độ đặc hiệu 89%, đặc biệt là giúp phát hiện được sỏi ống mật chủ.



e. PTC hay PTHC (Percutaneous Transhepatic Cholangiography) là chụp đường mật xuyên gan qua da để phát hiện tình trạng nghẹt mật, thấy được sỏi ở trong gan, trong ống gan chung, ống mật chủ và sỏi túi mật. Chụp đường mật xuyên gan qua da giúp chẩn đoán phân biệt sỏi đường mật với tắc mật do ung thư...



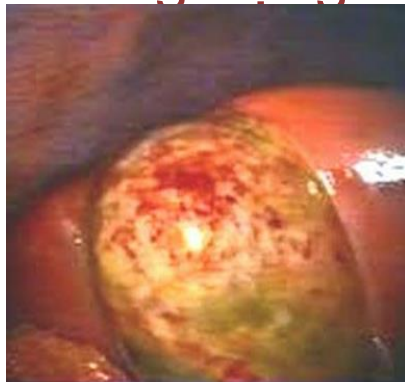
f. Siêu âm qua nội soi: là phương pháp được áp dụng gần đây. Phương pháp này không tốt bằng chụp mật tụy ngược dòng nhưng tránh được nhiễm trùng đường mật và viêm tụy cấp.



### 3. Biến chứng

#### 3.2.1. Viêm đường mật, viêm túi mật cấp:

Sỏi mật thường gây nhiễm trùng đường mật với biểu hiện lâm sàng là đau bụng vùng hạ sườn phải, sốt rét run và vàng da. Sỏi mật gây nhiễm trùng đường mật làm cho thành đường mật phù nề tạo nên tắc nghẽn đường mật và khi tắc nghẽn đường mật gây ứ đọng mật làm cho hiện tượng nhiễm trùng càng gia tăng, do đó nếu không được điều trị hiệu quả, sỏi ống mật chủ dễ có những biến chứng nặng

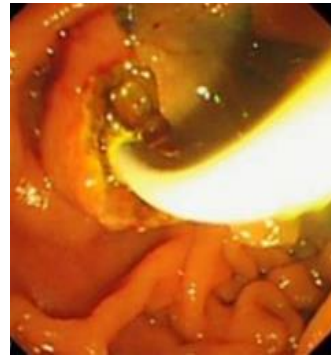


### 3.2.2. Viêm mủ - apxe đường mật và áp xe gan:

- Nhiễm trùng đường mật gây tắc mật - tắc mật gây nhiễm trùng đường mật nặng hơn.
- Dịch mật trong đường mật thành dịch mủ màu trắng đục, lúc đó thể hiện lâm sàng với sốt cao, mạch nhanh, đau rất nhiều ở vùng hạ sườn phải. Công thức bạch cầu với lượng bạch cầu tăng trên  $15.000/\text{mm}^3$  với tỷ lệ đa nhân trung tính cao.
- Đặc biệt nhiễm trùng đường mật ngoài gan diễn tiến nặng đến áp xe đường mật, mủ sẽ đi ngược lên đường mật trong gan tạo thành áp xe gan. Áp xe gan đường mật được thể hiện lâm sàng với triệu chứng nhiễm trùng nặng, đau hạ sườn phải, gan lớn đau với dấu rung gan dương tính, ấn kẽ sườn dương tính.

### 3.2.3. Viêm phúc mạc mật:

Khi dấu hiệu tắc mật nhiễm trùng đường mật nặng. Áp lực trong đường mật lớn gây đường mật và túi mật giãn lớn, áp lực trong đường mật lớn và thành đường mật nhiễm trùng gây nên thủng mật phúc mạc, dịch mật nhiễm trùng sẽ vào ổ bụng khu trú vùng hạ sườn phải hay nặng hơn là dịch mật nhiễm trùng lan ra khắp ổ bụng gây viêm phúc mạc khu trú hay viêm phúc mạc toàn thể là một bệnh cảnh rất nặng, cần can thiệp ngoại khoa cấp cứu.





### 3.2.4. Sốc nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết:

Diễn tiến nặng của bệnh nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ là sốc nhiễm trùng

Bệnh thể hiện trên lâm sàng với dấu hiệu sinh tồn rất xấu như mạch nhanh trên 100 lần/phút, huyết áp thấp với huyết áp tối đa thường thấp hơn nhịp mạch, sốt cao trên 39OC, thở nhanh nông, rối loạn tri giác.

Cấy máu tìm được vi trùng trong máu là nhiễm trùng huyết. Khi bị sốc, nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết là biến chứng rất nặng của sỏi ống mật chủ, cần phải được điều trị tích cực nếu không tỷ lệ tử vong sẽ rất cao.

### 3.2.5. Rối loạn đông máu và chảy máu đường mật:

Nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ sẽ gây ứ mật trong gan làm gan to, chức năng gan sẽ giảm vì suy tế bào gan do giảm tổng hợp Prothrombin và các yếu tố đông máu khác.

Thiếu vitamin K vì thiếu mật trong ruột, chất béo không thể nhũ tương hóa để hấp thu vitamin K.

Chảy máu đường mật là do thiếu vitamin K và thiếu các yếu tố đông máu, ngoài ra khi nhiễm trùng đường mật gây tổn thương thành ống dẫn mật, các mạch máu ở các thành đường mật gây chảy máu đường mật.

### 3.2.6. Viêm tụy cấp:

Bệnh thể hiện vừa có hội chứng nhiễm trùng đường mật vừa có triệu chứng viêm tụy cấp.

Siêu âm, CT scan hoặc nội soi mật tụy ngược dòng sẽ phát hiện được sỏi kẹt ở cơ vòng Oddi.

Lấy sỏi kẹt ở bóng Vater (nội soi hay phẫu thuật) sẽ giải quyết cùng lúc nhiễm trùng đường mật và viêm tụy cấp.

### 3.2.7. Hội chứng gan thận:

Hội chứng gan thận là một biến chứng nặng của nhiễm trùng đường mật do sỏi ống mật chủ.

Biểu hiện với suy chức năng gan và suy thận.

Biến chứng rất nặng với tỷ lệ tử vong rất cao.

## 4. Điều trị

### 4.1 Điều trị triệu chứng

- Chế độ ăn: Kiêng mỡ, Ăn giảm calo, Uống các nước khoáng, nhân trần, Actiso
- Kháng sinh ~ Tốt nhất là dựa vào kháng sinh đồ
  - + Colistin (Viên nén: 500.000 ui) liều 1 viên/10 kg x 7 ngày, liều cao có thể 12.000.000 đv/ 24 giờ.
  - + Cephalosporin (nhộng 500mg) liều 2g/24 giờ, nặng 2-3g4g/24 giờ
  - + Aminocid (Nang trụ 0,25) liều 2 - 4 lần x 125 - 250 mg/24giờ
  - + Gentamycin (ống 80 mg) liều 1 - 2 ống/ 24 giờ tiêm bắp.



- Giãn cơ, giảm co thắt
- Atropin (ống: 1/ 2mg) liều 1 ống/ 24 giờ tiêm dưới da
- Papaverin (Viên 0,04) liều 4 viên/ 24 giờ x 5 - 10 ngày



- Thuốc lợi mật:
- Sulphatmagnésie 3 -5 g/ 24 giờ
- Actiso: 30 ml/ 24 giờ
- Socbitol 5gx 2 gói/ 24 giờ



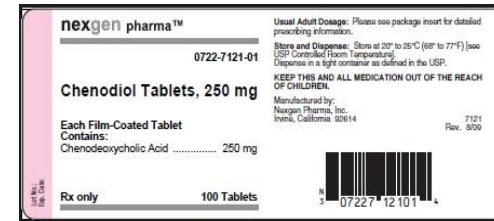
## 4.2 Thuốc làm tan sỏi

### Chỉ định

- Viên sỏi nhỏ dưới 2 cm chưa bị can xi hoá, túi mật còn tốt.
- Bệnh nhân không thể mổ được
- Đề phòng tái phát sau mổ

### Thuốc:

- Chenodesoxycholic acid (BD Chenodex viên 250 mg, Chenar viên 200 mg, chenofalkchenolite viên 250 mg)
- Ursodesoxycholic (BD Delursan 250 mg, Usolvan 200 mg Destolit: 150 mg). Liều 8 - 12 mg/ kg/ 24 giờ cho trong 6 tháng đến 3 năm Kết quả tan sỏi 70 - 80% ít biến chứng Các thuốc tan sỏi có biến chứng: ỉa chảy, enzym transaminaza tăng.





## 4.3 Nội soi

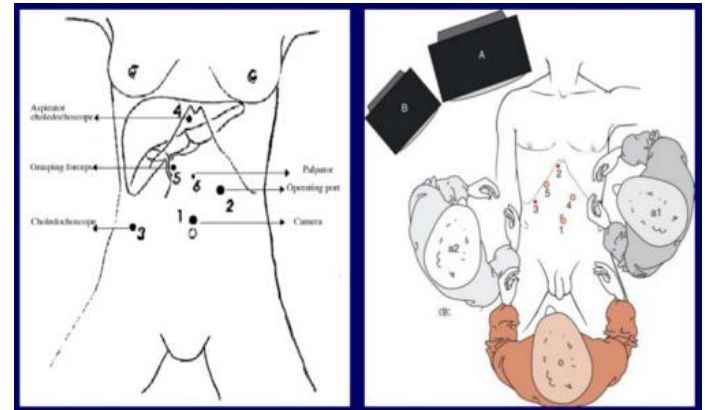
Chỉ định:

- Soi túi mật và soi ống mật chủ, sỏi OMC có thể đẩy xuống tá tràng lấy qua ống túi mật hay lấy qua đường mổ ống mật chủ.
- Sỏi OMC có khi không lấy được qua nội soi một tụy ngược dòng do túi thừa tá tràng, có nhiều sỏi, sỏi to trên 30mm, hẹp đường mật

- Sỏi OMC có kèm sỏi trong gan

Ưu điểm

- Bệnh nhân hồi phục sớm
- Ít đau, ít dính sau mổ
- Giảm tỷ lệ biến chứng ở vết mổ



## 4.4 Phá sỏi bằng siêu âm Lase, Cơ học

Lấy sỏi qua nội soi mật tụy ngược dòng

- Chỉ định: Sỏi ống mật chủ, ống gan chung đường kính không quá 20 - 30mm không quá nhiều sỏi.
- Biến chứng sớm: Chảy máu Thủng ống mật, thủng ruột Nhiễm trùng, viêm tụy cấp
- Biến chứng muộn: Trào dịch tá tràng lên đường mật Trít hẹp cơ vòng oddi



## Tán sỏi điện thủy lực:

- Thực hiện: Với ống soi mềm
- Ống soi tiếp cận với sỏi bằng: Đường ốngkehr; Xuyên gan qua da
- Nguyên lý: Máy tán sỏi tạo điện thế cao 1000 - 4500 volts làm phát ra tia lửa điện ở đầu dây làm sỏi vỡ



Dàn máy PTNS  
và nội soi tán sỏi



Ống soi mềm đường mật  
và rọ Dormia

## 4.5 Phẫu thuật

Phẫu thuật mở lấy sỏi, tạo lưu thông mật, dẫn lưu để giải quyết tình trạng nhiễm trùng:

- Nguyên tắc: lấy sỏi, bơm rửa để làm sạch sỏi, kiểm tra  $\pm$  dẫn lưu kehr
- Mục đích dẫn lưu:  
Giảm áp lực trong đường mật tránh xì dò.  
Dẫn lưu mật ra ngoài để giảm nhiễm trùng  
X quang kiểm tra hệ mật sau mổ tránh sỏi sót
- Biến chứng dẫn lưu:  
Chảy máu đường mật  
Nhiễm trùng vết mổ  
Nhiễm trùng chân ống  
Tuột, tắc, đứt, ống dẫn lưu  
Rối loạn hấp thụ thức ăn ...



## Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyến, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350  
([http://www.nguyenphuchoc199.com/pth- 350](http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350)).
5. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chọn câu đúng nhất ~ Sỏi mật là sự hình thành và hiện diện của sỏi ở
  - A) Đường dẫn mật trong gan
  - B) Đường dẫn mật ngoài gan
  - C) Túi mật
  - D) Đường dẫn mật trong và ngoài gan
2. Chọn câu đúng nhất ~ Phương pháp điều trị sỏi mật gồm có:
  - A) Thuốc nhuận tràng kích thích
  - B) Thuốc nhuận tràng thẩm thấu
  - C) Thuốc làm mềm phân
  - D) Tất cả đều đúng
3. Chọn câu đúng nhất ~ Mổ cấp cứu trong sỏi mật được chỉ định khi, ngoại trừ:
  - A) Viêm phúc mạc mật
  - B) Chảy máu đường mật
  - C) Áp xe đường mật dọa vỡ
  - D) Viêm túi mật chưa có hoại tử



4. Chọn câu đúng ~ cơ chế tạo thành sỏi sắc tố mật, là do:
- A) Bảo hòa cholesterol trong dịch mật, ứ trệ túi mật
  - B) khi nồng độ cholesterol trong mật cao, nồng độ muối mật thấp, có sự ứ đọng dịch mật
  - C) bilirubine giảm, không liên hợp
  - D) nhiễm vi trùng, nhiễm ký sinh trùng đường mật
5. Ba trong bốn triệu chứng dưới đây được gọi là tam chứng Charcot, triệu chứng không đúng là:
- A. Đau bụng
  - B. Sốt rét run
  - C. Vàng da.
  - D. Ấn đau vùng tam giác Chauffard – Rivet

[https://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/4.\\_software\\_testing\\_chapter\\_gastrointestinal\\_diseases.rar](https://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/4._software_testing_chapter_gastrointestinal_diseases.rar)

