1. **ĐẠI CƯƠNG**

Sỏi đường mật là bệnh thường gặp, trên 50% là sỏi túi mật, 35% - 40% là sỏi đường mật chính (ống mật chủ và trong gan). Sỏi trong gan ở Việt Nam chiếm tỉ lệ cao ( 4% - 61%) so với phương Tây 5% - 20%. Sỏi đường mật chính ở VN và Châu Á có liên quan đến nhiễm trùng và kí sinh trùng.

1. **NGUYÊN NHÂN**

* Nếu SĐM thứ phát (sỏi từ túi mật) có nguyên nhân là rối loạn biến dưỡng cholesterol, thì SĐM tiên phát có nguyên nhân từ sự nhiễm trùng, nhiễm ký sinh trùng từ đường tiêu hóa chủ yếu do tình trạng vệ sinh ăn uống kém.
* Do đó có tác giả đã nhận định SĐM thứ phát gặp nhiều ở các nước công nghiệp phát triển và SĐM tiên phát gặp nhiều ở các nước ít phát triển có đời sống kinh tế xã hội còn thấp kém, và khi điều kiện vệ sinh được cải thiện thì tỷ lệ SĐM tiên phát giảm rõ rệt.

1. **CHẨN ĐOÁN**
   1. **Chẩn đoán xác định**
      1. *Lâm sàng*

* Viêm túi mật cấp tính: co cứng hoặc phản ứng mạnh vùng dưới hạ sườn phải kèm theo là tình trạng nhiễm trùng toàn than. Viêm túi mật mạn tính có thể chẩn đoán được bằng lâm sang vơi nghiệm pháp Murphy (+). Khoảng 80% bệnh nhân sỏi túi mật hoàn toàn khồn triệu chứng.
* Sỏi ống mật chủ với tam chứng Charcot điển hình: đau vùng dưới sườn phải lăn lộn kèm theo sốt và vàng da.
* Triệu chứng của sỏi đường mật trong gan rất thất thường và không rõ rệt, có khi chỉ có sốt.
  + 1. *Cậm lâm sàng*
* Viêm túi mật : bạch cầu tăng, siêu âm có sỏi bóng lung điển hình, kẹt ở vùng phễu, vách dầy và không đều, có thể có dịch quanh túi mật.
* Viêm đường mật chính:
* Bạch cầu tăng, tiên lượng nặng nếu bạch cầu giảm, rối loạn đông máu, suy thận.
* Bilirubin máu tang, bilirubin trực tiếp > bilirubin gián tiếp.
* Siêu âm bụng: hình ảnh sỏi có bóng lung điển hình, kèm dãn đường mật.
* Chụp đường mật qua da ( PTC), qua dẫn lưu đường mật( Kehr).
* Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi( ERCP).
* Chụp mật tụy bằng cộng hưởng từ( MCRP).
  1. **Chẩn đoán phân biệt**
* Viêm gan.
* Hẹp đường mật.
* Ung thư đường mật.
* Ung thư đầu tụy.

1. **ĐIỀU TRỊ**

**Nguyên tắc điều trị:**

* Chống nhiễm khuẩn: chọn kháng sinh có chu trình mật – ruột, phổ kháng sinh hướng vào vi khuẩn Gram âm đường ruột hoặc kháng sinh phổ rộng khuếch tán tốt vào máu và thải trừ qua gan mật, phối hợp kháng sinh điều trị vi khuẩn kị khí.
* Phẫu thuật dẫn lưu đường mật và giải quyết nguyên nhân gây tắc nghẽn đường mật.
  1. **Điều trị nội**:
* Nâng đỡ tổng trạng bênh nhân, chống nhiềm trùng đường mật, chuẩn bị phẫu thuật lấy sỏi.
* Dịch truyền: bù dịch và điện giải.
* Kháng sinh phổ rộng và phối hợp: Cephalosporin III + Quinolones ± Metronidazole.
* Vitamin K1 cải thiện chức năng đông cầm máu.
  1. **Điều trị qua nội soi:** giúp can thiệp sỏi ống mật chủ
* Sỏi ≤ 20 mm :

+ ERCP cắt cơ vòng Oddi và lấy sỏi.

+ Nếu thất bại, chỉ định mổ.

* Sỏi ≥ 20 mm:

+ ERCP cắt cơ vòng Oddi và tán sỏi cơ học để lấy sỏi

+ Nếu thất bại, chỉ định mổ.

* 1. **Phẫu thuật điều trị sỏi mật**
     1. *Sỏi túi mật đơn thuần*
* Mổ nội soi cắt túi mật nay là tiêu chuẩn vàng điều trị sỏi túi mật, kể cả trong mổ cấp cứu.
* Mổ mở chỉ còn áp dụng trong trường hợp khó, không mổ nội soi được( BN đã mổ nhiều lần, viêm túi mật hoại tử, …). Phẫu thuật mở túi mật lấy sỏi và dẫn lưu túi mật chỉ dành cho BN mổ cấp cứu với tổng trạnh quá yếu không chịu được phẫu thuật cát túi mật.
  + 1. *Sỏi đường mật chính:* Lấy hết sỏi và đảm bảo thông thương đường mật, tránh sót sỏi và dự phòng tái phát sỏi.
* Mở OMC lấy sỏi và dẫn lưu OMC bằng ống Kehr. Cắt túi mật đi kèm khi túi mật bị hoại tử hoặc có sỏi túi mật. Mở đường mật qua nhu mô gan lấy sỏi hay cắt gan khi sỏi trong gan không lấy được qua đường ống mật chủ vì có hẹp đường mật dưới chỗ sỏi nằm hay trong gan có những túi chứa đầy sỏi.
* Nối đương mật với đường tiêu hóa ( quai hỗng tràng Rouxen – Y) kiểu mật ruột da khi :

+ Sỏi đường mật tái phát nhiều lần.

+ Sỏi nhiều trong gankhông thể lấy hết qua lần mổ.

+ Hẹp ở đoạn dưới cuối ống mật chủ.

* + 1. *Tán sỏi sót sau mổ: q*ua đường hầm Kehr dẫn lưu OMC hoặc qua đường mật – ruột – da khi còn sót sỏi đường mật trong và ngoài gan.

**LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỎI MẬT**

Đau hạ sườn P

Sốt

Men gan tăng

Bilirubin tăng

Men gan không tăng

Bilirubin không tăng

Siêu âm bụng

Không dãn đường mật

Dãn đường mật

Không thấy sỏi

Nguyên nhân nội khoa

Có sỏi đường mật

Sỏi túi mật

PT cắt TM NS

ERCP

PT mở

PTNS

PTC

ERCP

MRCP

Sỏi gan

Sỏi OMC

Sỏi ống gan chung

Đau HSP

K đường mật

Hẹp Oddi

U đầu tụy

Không đau HSP

PT mở

± xẻ ống gan

± cắt gan

PTC

ERCP stent

PT mở

PTNS

Theo dõi

OMC không dãn

OMC dãn

Sỏi tái phát nhiều lần

Cắt gan

± Stent OMC

PT mở

xẻ ống gan

cắt gan

PT mở

Nối mật ruột

Cắt gan

1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**

* Sỏi mật có triệu chứng gây đau quặn mật.
* Sỏi mật có biến chứng: tắc mật, viêm đường mật, viêm túi mật, viêm tụy,…

1. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG**

**Tiên lượng:**

* Khi sỏi túi mật hoặc sỏi trong gan , đường mật ngoài gan không dãn, không triệu chứng lâm sàng thì chưa có chỉ định phẫu thuật. Chỉ cần theo dõi và tái khám, siêu âm bụng mỗi 2 – 3 tháng hay khi có triệu chứng đau bụng, sốt , vàng da.
* Sau mổ cắt túi mật nếu xuất hiện vàng da thì cần lưu ý khả nắng có thể sỏi sót OMC, hoặc biến chứng hẹp đường mật sau mổ. Lúc này, cần tìm nguyên nhân vàng da để có hướng điều trị thích hợp.
* Sau mổ sỏi OMC nếu còn sót sỏi cần: lưu ống Kehr để tán sỏi qua đường hầm Kehr, nếu không còn ống Kehr thì có thể xem xét làm ERCP.

**Biến chứng của sỏi đường mật:**

*Biến chứng cấp tính:*

* Thấm mật phúc mạc và viêm phúc mạc mật: Tình trạng tắc đường mật và nhiễm trùng do sỏi dẫn đến làm tăng áp lực trong đường mật, làm tổn thương hệ thống đường mật, qua đó dịch mật nhiễm trùng có thể thấm vào ổ phúc mạc gây nên tình trạng nhiễm trùng ổ bụng , trườnghợp nặng có thể hoại tử đường mật gây viêm phúc mạc mật.
* Viêm tụy cấp do sỏi: Là biến chứng rất thường gặp gặp, bao gồm viêm tụy cấp thể phù và thể hoại tử. Viêm tuỵ thể hoại tử rất dễ dẫn đến tình trạng sốc nhiễm trùng nhiễm độc, thậm chí có thể gây tử vong. Bệnh nhân đau dữ dội, nôn nhiều và co cứng vùng thượng vị kèm theo các triệu chứng truỵ tim mạch trong trường hợp nặng.
* Chảy máu đường mật: Bệnh nhân có các triệu chứng của sỏi mật đồng thời có nôn ra máu và ỉa phân đen, điển hình là nôn ra máu cục có hình thỏi bút chì. Soi dạ dày tá tràng thấy có máu trong tá tràng nguồn gốc từ đường mật.
* Viêm mủ đường mật và áp xe gan mật: Ở các nước nhiệt đới, viêm đường mật phổ biến trong các trong các bệnh lý đường mật. Trong viêm đường mật nguyên nhân là sỏi chiếm hàng đầu (từ 77,78 – 97,52%). Bệnh nhân đau nhiều ở vùng gan, tình trạng nhiễm trùng nặng nề : sốt cao, rét run, môi khô lưỡi bẩn, thể trạng suy kiệt do thiếu nước và nhiễm độc.
* Sốc nhiễm khuẩn đường mật: Là biến chứng nặng, chiếm từ 16 – 24%. Đa số gặp ở người lớn tuổi, 75% ở những người trên 50 tuổi. Sốc nhiễm trung đường mật là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho bệnh nhân, hay gặp ở các bệnh nhân có sỏi mật, đau sốt nhiều nhưng không được điều trị kịp thời.

*Biến chứng mạn tính:*

* Xơ gan mật: là bệnh trong đó đường mật trong gan dần bị phá hủy, sự phá hủy của đường mật có thể gây ra các chất độc hại tích tụ trong gan và đôi khi dẫn đến sẹo của mô gan (xơ gan). Nhiều chuyên gia cho rằng xơ gan đường mật là một bệnh tự miễn, trong đó cơ chế chống lại các tế bào của riêng mình. Xơ gan mật phát triển chậm, nếu điều trị nguyên nhân sớm có thể làm chậm lại sự tiến triển của bệnh. Xơ gan mật gây biến chứng xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, ung thư đường mật trong gan.
* Ung thư đường mật: nguyên nhân do viêm đường mật nhiều lần, kéo dài; triệu chứng lâm sàng hay gặp là gầy sút cân, vàng da có thể gặp nếu khối u gây chèn ép đường mật.

1. **PHÒNG BỆNH**
   1. **Ăn uống khoa học**

* Không bỏ bữa ăn, ăn đúng giờ, chia thành nhiều bữa và hạn chế thực phẩm nhiều chất béo xấu là những nguyên tắc trong chế độ ăn uống có thể giúp ngăn ngừa sỏi mật hiệu quả. Cụ thể:
* Uống nhiều nước: Đây là dung môi đào thải nhiều loại độc tố ra khỏi cơ thể, giúp tiêu hóa chất béo dễ dàng nên làm giảm nguy cơ sỏi ống mật chủ;
* Giảm lượng chất béo và lượng đường ăn vào: Chất béo xấu (gồm chất béo bão hòa, chất béo trans - dầu hydro hóa 1 phần) và đường đều là nguy cơ tăng mắc bệnh sỏi ống mật chủ. Do đó, khi bạn đã loại bỏ viên sỏi hoàn toàn thì vẫn cần lưu ý hạn chế sử dụng những thực phẩm này;
* Tăng cường chất xơ: Chất xơ giúp loại bỏ cholesterol xấu, đồng nghĩa với việc giảm nguy sỏi tích tụ trong ống mật chủ. Ngũ cốc nguyên hạt, đậu lăng, trái cây tươi và rau quả đặc biệt các loại rau lá xanh đậm là những nguồn chất xơ dồi dào, có hàm lượng chất xơ cao nhất;
* Bổ sung vitamin C: Một số chuyên gia dinh dưỡng cho rằng vitamin C có thể giúp cơ thể ngăn ngừa sỏi mật phát triển, nó giúp cholesterol tan trong nước dễ hơn và loại bỏ chúng ra khỏi cơ thể. Vitamin C có trong nhiều loại trái cây như cam, một số loại rau như ớt chuông đỏ.
* Một số lưu ý trong chế độ ăn:
* Tránh viêm đường mật, viêm túi mật: Khi đường mật, túi mật bị viêm sẽ làm tăng tổn thương ở lớp lót trong niêm mạc, gia tăng nguy cơ lắng đọng sỏi. Để phòng ngừa tình trạng này, người bệnh cần tránh táo bón hoặc tiêu chảy quá lâu, bởi chúng làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn dịch mật;
* Tránh giun chui ống mật: Nếu vô tình giun, sán đường ruột chui lên đường mật, chúng có thể đẻ trứng hoặc chết ở đó, làm tổ cho các thành phần trong dịch mật bám vào. Để ngăn ngừa tình trạng này, người bệnh nên ăn chín, uống sôi, không ăn đồ tái sống và tẩy giun định kỳ 6 tháng/lần.
  1. **Tăng cường vận động**
* Cùng với chế độ ăn ăn, việc tăng cường luyện tập thể dục đã được chứng minh là một trong những giải pháp hiệu quả làm giảm nguy cơ mắc bệnh sỏi mật. Bên cạnh đó, tập luyện cũng sẽ giúp người bệnh giữ được cân nặng và một thân hình cân đối, làm giảm nồng độ cholesterol và triglycerid trong cơ thể.
* Người bệnh có thể bắt đầu tập luyện bằng các bài tập đơn giản, vừa sức sau đó tăng dần mức độ. Các chuyên gia khuyến cáo nên tập ít nhất 30 phút mỗi ngày, tối thiểu 150 phút mỗi tuần.
  1. **Kiểm soát cân nặng trong giới hạn**
* Khi bị thừa cân hoặc béo phì, sẽ làm tăng hàm lượng cholesterol trong dịch mật, do đó tăng nguy cơ bị sỏi ống mật chủ, vì vậy nên kiểm soát cân nặng bằng cách ăn uống lành mạnh và tập thể dục thường xuyên.
* Tuy nhiên, hãy tránh chế độ ăn ít năng lượng để nhanh chóng giảm cân hoặc ăn chay hoàn toàn, bởi điều đó không những không có lợi mà còn làm tăng nguy cơ tạo sỏi, do dịch mật không được đưa xuống đường tiêu hóa. Người bệnh chỉ nên giảm khoảng 2.5 - 3kg/tuần.
  1. **Lưu ý sử dụng một số loại thuốc**
* Các thuốc hạ mỡ máu thường có xu hướng tăng đào thải cholesterol vào trong dịch mật. Do đó, nếu người bệnh đang sử dụng nhóm thuốc này cần lưu ý kiểm soát chế độ ăn, kết hợp hoạt động thể lực để tăng vận động đường mật.

1. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**
2. *Giuseppe Boellino, Claudio Cordinano: Current Diagnosis and Management, Biliary Lithiasis 1 st Ed, 2008.*
3. *Đỗ Trọng Hải: Điều trị ngoại khoa sỏi đường mật. Trong điều trị học ngoại khoa. NXB Y Học TP Hồ Chí Minh 1998: 343 – 364.*
4. *Nguyễn tấn cường: Điều tri sỏi túi mật bằng phẫu thuật cắt sỏi túi mật qua nội soi ổ bụng. Luận án PTS khoa học Y Dược, TP hồ chí minhg 1997.*
5. *Nguyên đình hối – nguyễn mậu anh: sỏi đường mật – NXB Y Học TP hồ chí minh 2012*
6. *Douglas M Heuman: Cholelithiasis http://emedicine.medscape.com/article/175667-overview*