

## Chẩn đoán hình ảnh tắc ruột do sỏi mật: Báo cáo ca lâm sàng

Trần Thị Phương<sup>1</sup>, Đỗ Tất Thành<sup>1</sup>, Lê Thanh Dũng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Xuân Khai<sup>3</sup>

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Trường Đại học y dược - Đại học Quốc gia Hà Nội, 3. Học viện Quân Y

### Địa chỉ liên hệ:

Lê Thanh Dũng,  
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức  
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội  
Điện thoại: 0936 223 553  
Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/3/2023

Ngày chấp nhận đăng:

13/4/2023

Ngày xuất bản: 15/3/2024

### Tóm tắt

Tắc ruột do sỏi mật được đặc trưng bởi tình trạng tắc lòng ruột do nguyên nhân một hay nhiều sỏi mật. Sỏi mật là một nguyên nhân hiếm gặp của tắc ruột, chiếm khoảng 1-4% các trường hợp tắc ruột. Bệnh thường gặp ở người già, khó chẩn đoán trên lâm sàng, dễ bị bỏ qua vì vậy thời điểm chẩn đoán bệnh thường muộn. Điều này góp phần làm cho tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh tăng lên. Hiện nay các phương tiện chẩn đoán hình ảnh Xquang, siêu âm ổ bụng góp phần gợi ý các dấu hiệu của tắc ruột do sỏi mật. Đặc biệt cắt lớp vi tính ổ bụng có thể phát hiện được bệnh một cách chính xác và dễ dàng với tam chứng Rigler. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả 1 trường hợp để làm nổi bật các dấu hiệu hình ảnh của bệnh lý này.

*Từ khóa:* sỏi mật, tắc ruột, tắc ruột do sỏi mật, tam chứng Rigler.

## Diagnostic imaging of gallstone ileus: A case report

Tran Thi Phuong<sup>1</sup>, Do Tat Thanh, Le Thanh Dung<sup>1,2</sup> Nguyen Xuan Khai<sup>3</sup>

1. Viet Duc University Hospital, 2. University of Medicine and Pharmacy - Vietnam National University, Hanoi, 3. Vietnam Military Medical University

### Abstract

Gallstone ileus is characterized by intestinal obstruction caused by one or more gallstones. Gallstone is a rare cause of bowel obstruction, accounting for approximately 1-4%. It is common in older people, challenging to diagnose clinically, and easily missed, so the time of diagnosis is often late. This contributes to the increase in mortality associated with the disease. Abdominal radiography and ultrasonography suggest signs of intestinal obstruction due to gallstones. An abdominal CT scan can detect the disease accurately and quickly with the Rigler sign. In this article, we describe a case for highlighting the imaging of this disease.

*Keywords:* gallstone, intestinal obstruction, gallstone ileus, Riglers triad.

### Đặt vấn đề

Tắc ruột do sỏi mật là một biến chứng hiếm gặp của sỏi mật, chiếm khoảng 0,5% biến chứng sỏi mật [1]. Sỏi mật gây nên khoảng 1-4% trường hợp tắc ruột, trong đó khoảng 25% trường hợp tắc ruột ở người già >65 tuổi [2]. Tuổi trung bình mắc bệnh là 74 tuổi, đặc biệt ở nữ giới với tỉ lệ nam:nữ khoảng 3-7:1 [3]. Tỉ lệ tử vong liên quan đến bệnh lý này khoảng 12-27% [4]. Tỉ lệ tử vong cao do bệnh thường gặp ở người già với nhiều bệnh lý phối hợp (tim mạch và hô hấp, ...), hồi phục kém sau điều trị phẫu thuật, sự già hóa dân số hoặc cũng có thể do bệnh được chẩn đoán muộn. Một số tài liệu có nhắc đến thời gian trung bình từ lúc được nhập viện đến khi người bệnh được phẫu thuật dao động trong khoảng 2-37 ngày [5].

### Ca lâm sàng

Mới đây, chúng tôi đã gặp 1 trường hợp tắc ruột do sỏi mật. Bệnh án có mã số lưu trữ: 15774. Người bệnh Trần Thị L, nữ, 86 tuổi, địa chỉ: Hồng Phong-1, Mỹ Tân-Mỹ Lộc-Nam Định. Ngày vào viện: 09/04/2018. Ngày mổ: 10/04/2018. Ngày ra viện: 20/04/2018.

Tiền sử: mổ cắt thận phải do sỏi, tăng huyết áp điều trị không thường xuyên, không rõ thuốc.

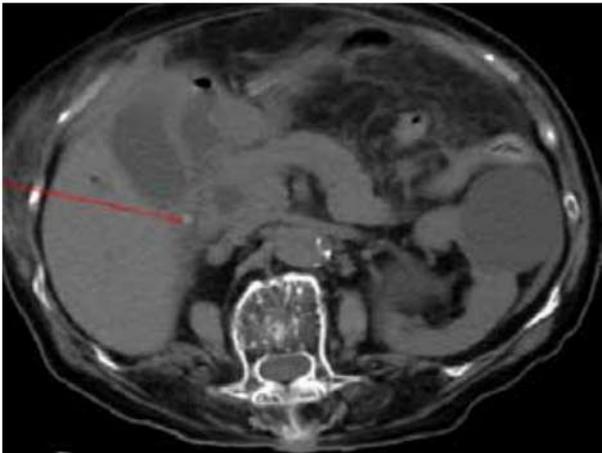
Bệnh sử: Cách vào viện 1 ngày, người bệnh xuất hiện đau bụng cơn vùng quanh rốn kèm nôn và sốt, không trung tiện được, không có biểu hiện vàng da. Người bệnh được khám ở tuyến dưới, siêu âm, chụp Xquang (Xq) và cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng, định hướng chẩn đoán tắc ruột do sỏi mật/người bệnh sau mổ cắt thận phải, sau đó chuyển lên bệnh viện Việt Đức. Khám vào viện: người bệnh tỉnh, thể trạng gầy, có hội chứng nhiễm trùng, bụng chướng nhẹ, không có phản ứng thành bụng. Hình ảnh Xq bụng không chuẩn bị có các quai ruột non giãn, nhiều hơi, không thấy giãn đại tràng, không thấy dấu hiệu liềm hơi dưới hoành. Ngoài ra có hình ảnh cấu trúc vôi hóa vị trí mạn sườn trái và các dải giảm đậm độ cản quang dạng khí phân bố theo hình cây ở vùng gan. Gù vẹo cột sống.

Trên siêu âm, bụng người bệnh chướng nên hạn chế thăm khám, ngoài hình ảnh quai ruột giãn, còn ghi nhận tình trạng tăng nhu động ruột, dịch ổ bụng, giãn đường mật trong và ngoài gan, khí đường mật trong gan.



Hình 1: Phim XQ bụng không chuẩn bị

Người bệnh được chụp CT ở tuyến dưới, hình ảnh đầy đủ tam chứng Rigler. Giãn các quai ruột non, vị trí điểm chuyển tiếp ở hồi tràng. Tại đó, thấy được rõ cấu trúc tăng tỷ trọng dạng vôi hóa có nhiều vòng đồng tâm nằm trong lòng ruột. Một số quai ruột non khác dày thành quanh đều quanh chu vi. Thêm vào đó là tình trạng dày thành đều và giãn đường mật trong và ngoài gan, khí đường mật trong gan, cơ Oddi mở rộng, sỏi nhỏ túi mật.



Hình 2: Phim CT cắt axial-sỏi túi mật

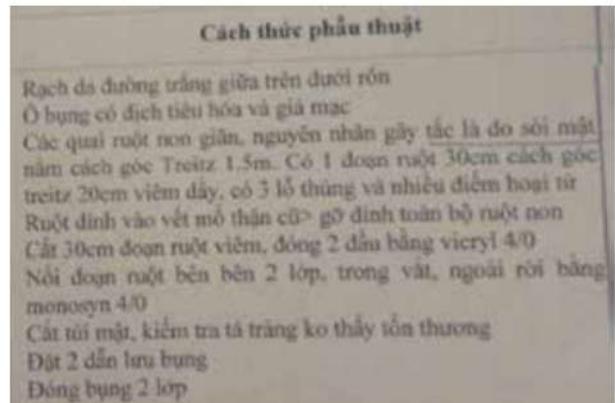


Hình 3: Phim CT dựng coronal giãn-khí đường mật, sỏi trong lòng ruột.

Sau 1 ngày, người bệnh được chụp lại CT 64 dãy tại bệnh viện Việt Đức ghi nhận thêm hình ảnh thoát vị thành bụng phải không có biến chứng cấp

tính tương ứng với vết mổ thận phải cũ. Chẩn đoán trước mổ: tắc ruột do sỏi-nhiễm trùng đường mật-sỏi túi mật-thoát vị thành bụng/ người bệnh sau mổ cắt thận phải-tăng huyết áp-gù vẹo cột sống.

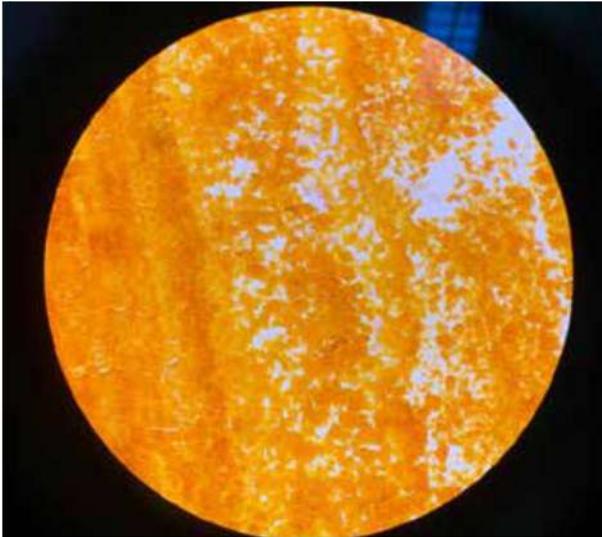
Người bệnh được phẫu thuật sau khi đến viện Việt Đức 1 ngày. Mô tả trong mổ: Tắc ruột non do sỏi mật nằm cách góc Treitz 1,5m; đoạn ruột non dài 30cm, cách góc Treitz 20cm viêm dày, có 3 lỗ thủng và nhiều điểm hoại tử; ruột dính vào vết mổ thận (P) cũ; không ghi nhận đường rò mật – ruột. Sỏi được đẩy lên phía đoạn ruột hoại tử, cắt đoạn ruột non hoại tử, cắt túi mật. Sỏi gây tắc và túi mật được làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, kết quả sỏi mật thể hỗn hợp bilirubin và cholesterol, viêm túi mật mạn tính hoạt động. Chẩn đoán cuối cùng: viêm phúc mạc/tắc ruột do sỏi mật, viêm túi mật/Mổ cắt thận (P) cũ-tăng huyết áp-gù vẹo cột sống.



Hình 4: Cách thức phẫu thuật



Hình 5: Hình ảnh trong mổ



Hình 6: Ảnh giải phẫu bệnh sỏi mật

### Bàn luận

Tam chứng Rigler gồm tắc ruột, sỏi mật lạc chỗ và khí đường mật trên CT được báo cáo trong 77% các trường hợp [6]. Trong bệnh lý này, thường gặp người bệnh có sỏi túi mật không được xử trí, lâu ngày hình thành đường rò mật – ruột. Ngoài ra sỏi có thể đi theo đường tự nhiên (cơ Oddi) hoặc sau can thiệp nội soi lấy sỏi. Vị trí tắc ruột thường gặp nhất ở hồi tràng khoảng 60% do đoạn ruột này có lòng hẹp hơn và nhu động ít hơn so với các đoạn ruột non khác, sau đó đến hỗng tràng 16% và dạ dày-tá tràng khoảng 15%, đại tràng khoảng 2-8% [4],[7]. Người bệnh tắc tá tràng do sỏi mật sẽ có các biểu hiện của hội chứng Bouveret. Còn người bệnh tắc đại tràng do sỏi mật thường liên quan đến các túi thừa của đại tràng hoặc các nguyên nhân gây hẹp lòng đại tràng tạo điều kiện thuận lợi để sỏi gây tắc ruột. Thêm vào đó sỏi mật gây tắc ruột thường có kích thước lớn >2-2,5cm [8]. Chẩn đoán hình ảnh có giá trị lớn trong chẩn đoán bệnh lý này. Xquang ổ bụng có độ nhạy khoảng 40-70% [9] và giá trị dự báo dương tính 80%. Siêu âm là phương pháp có chi phí thấp, có thể thực hiện nhiều lần, không sử dụng tia X nhưng lại rất hiệu quả để phát hiện sỏi mật, khoảng 95% các trường hợp. Kết hợp Xquang và siêu âm ổ bụng làm tăng độ nhạy lên 74% bằng việc xác định khí đường mật [10]. Ngoài

ra có thể sử dụng cộng hưởng từ với các chuỗi xung đường mật, cho hình ảnh chi tiết về cây đường mật, phát hiện sỏi mật với độ nhạy 97,7%. Mặc dù cộng hưởng từ có thể phát hiện tam chứng Rigler trong 100% các trường hợp [11] hơn hẳn so với CLVT là khoảng 77,8% trường hợp, tuy nhiên, cộng hưởng từ lại cần thời gian chụp lâu và không làm trong cấp cứu. Vậy nên, CLVT ổ bụng gần như là tiêu chuẩn vàng trong bệnh lý này. CLVT trước tiêm tìm kiếm các dấu hiệu của tắc ruột và sỏi lạc chỗ. CLVT có sử dụng thuốc cản quang có độ nhạy 90-93% [2],[7], độ đặc hiệu 100% và độ chính xác 99% [7] ở các người bệnh có triệu chứng. Ngoài ra, CLVT ưu thế trong việc xác định mức độ tắc nghẽn của ruột, xác định kích thước và cấu trúc của sỏi lạc chỗ. Hơn nữa, CLVT còn rất tốt trong việc phát hiện phù nề, viêm, và thiếu máu cục bộ của thành ruột do đó giúp xác định các biến chứng tiềm ẩn của tắc ruột do sỏi mật [11]. CLVT sử dụng thuốc cản quang đường uống có thể xác định đường rò mật – ruột, tuy nhiên thời gian tiến hành lâu. Vì vậy, hiện nay thường sử dụng CLVT tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch. Nếu CLVT có sử dụng thuốc cản quang cả 2 đường trên thì sẽ cho kết quả chẩn đoán tối ưu, tuy nhiên cần cân nhắc tùy vào trường hợp người bệnh.

### Kết luận

Tắc ruột do sỏi mật là một chẩn đoán phân biệt cần đặt ra với các người bệnh cao tuổi có triệu chứng tắc ruột, đặc biệt các người bệnh có tiền sử bệnh lý sỏi mật. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như Xquang và siêu âm ổ bụng giúp định hướng chẩn đoán bệnh lý này. Cắt lớp vi tính ổ bụng là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tốt nhất thể hiện đầy đủ tam chứng Rigler, đưa ra chẩn đoán chính xác và đánh giá các biến chứng bệnh, góp phần chẩn đoán sớm và mang lại kết quả điều trị tốt hơn cho người bệnh.

### Tài liệu tham khảo

1. Farrell I and Turner P, A simple case of gallstone ileus? 2015, Journal of Surgical Case Reports. p. 148.
2. Ploneda-Valencia, C.F., et al., El íleo biliar: una revisión

- de la literatura médica. *Revista de Gastroenterología de México*, 2017. 82(3): p. 248-254.
3. Mallipeddi, M.K., et al., Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data. *J Surg Res*, 2013. 184(1): p. 84-8.
  4. Reisner, R.M. and J.R. Cohen, Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg*, 1994. 60(6): p. 441-6.
  5. Nuño-Guzmán, C.M., et al., Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg*, 2016. 8(1): p. 65-76.
  6. Lassandro, F., et al., Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol*, 2004. 50(1): p. 23-9.
  7. Dai, X.Z., et al., Gallstone ileus: Case report and literature review. *World J Gastroenterol*, 2013. 19(33): p. 5586-9.
  8. Ihara, E., et al., A case of gallstone ileus with a spontaneous evacuation. *Am J Gastroenterol*, 2002. 97(5): p. 1259-60.
  9. Ball, W.R., M. Elshaieb, and M.J. Hershman, Rectosigmoid gallstone coleus: a rare emergency presentation. *BMJ Case Rep*, 2013. 2013.
  10. Ripolles, T., et al., Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdom Imaging*, 2001. 26(4): p. 401-5.
  11. Liang, X., et al., Comparative analysis of MDCT and MRI in diagnosing chronic gallstone perforation and ileus. *Eur J Radiol*, 2015. 84(10): p. 1835-42.