

HỘI CHỨNG VÀNG DA

Vàng da là tình trạng nhuộm màu vàng ở các mô (da niêm và kết mạc) xảy ra do tình trạng tăng bilirubin máu, là dấu hiệu của một bệnh gan mật hay ít hơn là một rối loạn máu tán huyết

Vàng da thấy rõ khi Bil TP > 3 mg/dl

Ở BN có tình trạng vàng da lâu, da có thể chuyển sang màu xanh lá cây do biliverdin (sp oxh của bilirubin)

Cách kiểm tra BN vàng da bệnh lý

Vàng da niêm và kết mạc mắt

vàng niêm mạc dưới lưỡi

Nước tiểu vàng sậm

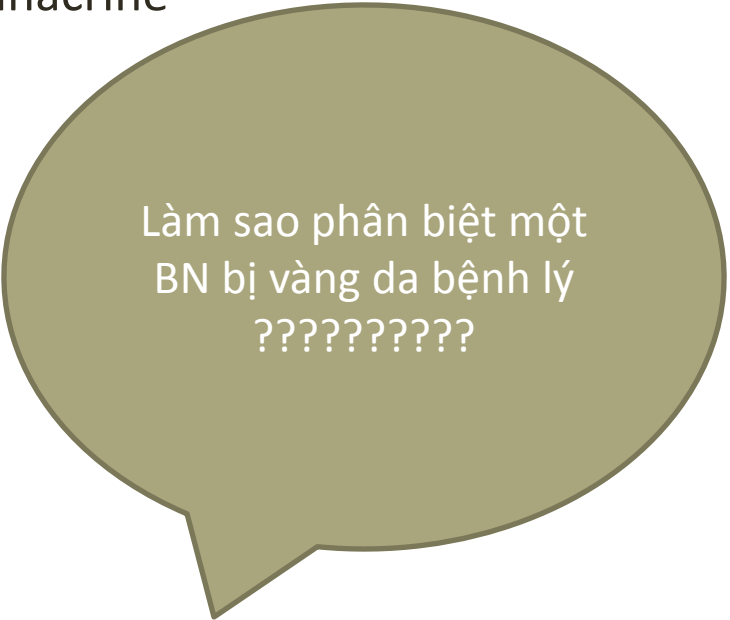
(+/-) phân bạc màu

Vàng da sinh lý

Carotenoderma

Người hút thuốc lâu năm

BN điều trị với Quinacrine

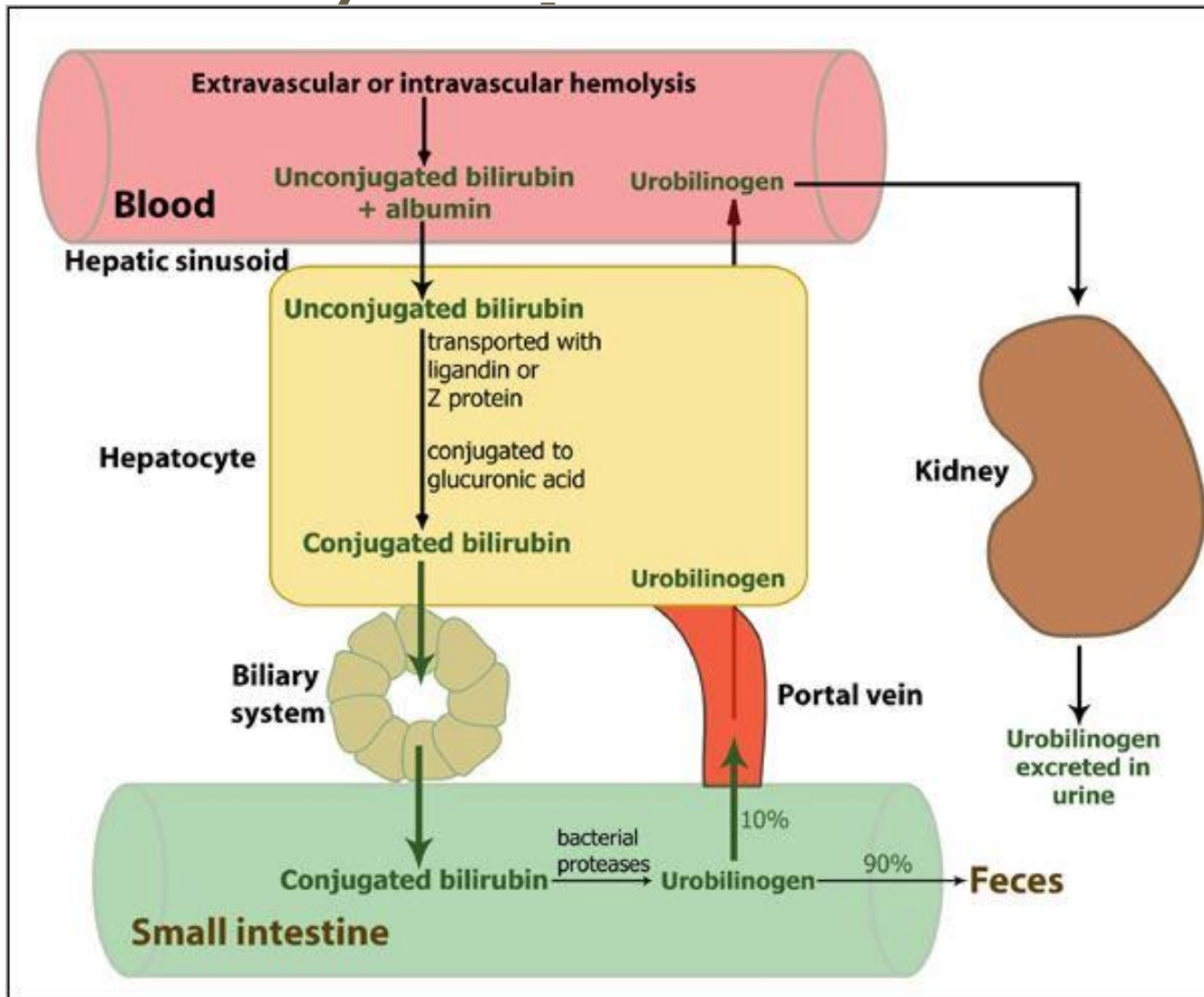


Làm sao phân biệt một
BN bị vàng da bệnh lý
??????????

Nguồn gốc của Bilirubin

- 70 – 85 % : dị hóa hemoglobin sau 120 ngày
 - Còn lại : sự tạo hồng cầu không hiệu quả trong tủy xương , từ các enzym trong gan, myoglobin
-
- Bil TP : 0,8 – 1,2 mg/dl
 - Bil GT : 0,6 – 0,8 mg/dl
 - Bil TT : 0,2 – 0,4 mg/dl (chiếm 30%)

Sinh lý bệnh



Nguyên nhân

Vàng da trước gan: gồm các nhóm nguyên nhân gây tan huyết , làm gia tăng quá trình sản xuất bilirubin gián tiếp

- Bệnh lý về máu gây thiếu máu tán huyết: bất thường về hemoglobin bẩm sinh , bất thường về hồng cầu bẩm sinh , thiếu menG6PD.

- Sốt rét

- Tai biến truyền máu

- Nhiễm khuẩn , nhiễm độc

- Vàng da tại gan: có thể do bẩm sinh gan đã thiếu các men để chuyển hóa bilirubin, hoặc do nhu mô gan bị tổn thương làm giảm khả năng liên hợp bilirubin
- Hội chứng Gilbert
- Hội chứng Crigler Najjar
- Hội chứng Dubin Johnson
- Viêm gan

Vàng da sau gan:

- Sỏi đường mật
- Giun chui ống mật
- U đầu tụy
- U đường mật
- Ung thư tế bào gan
- U bóng Vater
- Viêm , chít hẹp cơ thắt Oddi
- Nang ống mật chủ
- Viêm đường mật xơ hóa
- Xơ gan ứ mật tiên phát
- Sẹo gây hẹp đường mật sau phẫu thuật đường mật

Hỏi bệnh và khám lâm sàng

- Bệnh gia đình
- Sử dụng thuốc
- Bệnh huyết học
- Nhiễm siêu vi
- Tiền căn sỏi mật, phẫu thuật
- Bệnh lý ác tính
- Truyền máu, tiêm chích
- HC suy tế bào gan
- HC tắc mật
- Lách to

Cận lâm sàng

SINH HÓA

- BIL TP, TT, GT
- AST, ALT, ALP, GGT
- PT, APTT, INR
- Marker viêm gan
- CEA, CA 19.9
- Protein, albumin
- Công thức máu

HÌNH ẢNH HỌC

- Siêu âm bụng TQ
- CT scan, ERCP, MRCP, PTC, EUS

HỘI CHỨNG TẮC MẬT

Tắc mật là tình trạng tắc đường bài xuất mật ở trong hay ngoài gan làm mật ngấm vào máu, gây vàng da và niêm mạc. Khi có tắc mật vi khuẩn sẽ phát triển trong đường mật gây nhiễm khuẩn đường mật. Vi khuẩn có thể xâm nhập vào máu gây nhiễm khuẩn máu, đây là giai đoạn rất nặng của tắc mật, nguy cơ tử vong cao. Tắc mật lâu ngày dẫn đến xơ hoá khoảng cửa, gây xơ gan mật

Nguyên nhân thường gặp

Sỏi đường mật.

U đầu tụy.

U vùng bóng Vater.

Ung thư đường mật

Một số nguyên nhân khác: Giun chui ống mật, biến chứng gây chít hẹp hay tắc đường mật sau phẫu thuật cắt túi mật, sau cắt đoạn dạ dày...

Triệu chứng cơ năng

Đau bụng vùng thượng vị / vùng gan

sốt cao $38 - 39^{\circ}\text{C}$ +/- lạnh run

Vàng da : từng đợt tái diễn, tăng dần

Nước tiểu sẫm màu

Phân bạc màu

Ngứa toàn thân

Hội chứng nhiễm khuẩn: chán ăn, buồn nôn, tiêu chảy, sụt cân, mệt mỏi,

Triệu chứng thực thể

Xuất huyết dưới da, cứng mạc do chức năng gan bị giảm hoặc do giảm vitamin K gây nên rối loạn đông máu

Gan to

Túi mật to

Tìm các điểm đau:

- *Điểm túi mật*
- *Nghiệm pháp Murphy*
- Rung gan, ấn kẽ sườn

Các dấu hiệu khác:

- Dịch cổ trướng
- Lách to

Cận lâm sàng

SINH HÓA

- ❖ BIL TP,TT,GT
- ❖ ALP, GGT
- ❖ Công thức máu
- ❖ CRP, Procalcitonin
- ❖ AFP, CEA, CA19.9

HÌNH ẢNH HỌC

- Siêu âm bụng TQ
- CT scan, ERCP, MRCP

VI/Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định bệnh nhân có tắc mật dựa vào:

- Lâm sàng:

- Hội chứng tắc mật

- Da vàng sạm kèm ngứa
- Nước tiểu sậm màu
- Phân nhạt màu

- Khám lâm sàng:

- Gan to
- Túi mật căng to

➤ Xét nghiệm

- Bilirubin trực tiếp tăng ưu thế
- Phosphatase kiềm tăng cao
- Hình ảnh học:
- Siêu âm: có thể thấy hình ảnh dẫn đường mật, túi mật to
- CT scan: đường mật dẫn , có thể thấy hình ảnh của các tổn thương gây tắc mật: sỏi mật, u ở đường mật hoặc u ở ngoài chèn ép đường mật

- Chẩn đoán phân biệt: với các bệnh lý rối loạn chức năng gan gây ứ mật

➤ Lâm sàng

Hội chứng suy tế bào gan

- Sao mạch
- Lòng bàn tay son
- Thiếu máu
- Mảng bầm xuất huyết
- Phù
- Báng bụng
- Nữ hóa tuyến vú

➤ Xét nghiệm

- Sinh thiết gan
- Xét nghiệm đánh giá chức năng gan (men gan , albumin máu , protid máu toàn phần, chức năng đông máu)
- Siêu âm: không thấy hình ảnh dẫn đường mật.

- Chẩn đoán nguyên nhân của vàng da tắc mật:
 - Lâm sàng : diễn tiến vàng da, mức độ vàng da, các triệu chứng đi kèm với tình trạng vàng da, tổng trạng
 - Xét nghiệm:
 - Tumor marker : AFP , CA19.9...
 - Hình ảnh:
 - Siêu âm: có thể thấy sỏi mật , khối tăng giảm âm của ung thư gan
 - ERCP, PTC có thể giúp chẩn đoán tắc mật ngoài gan rất tốt
 - Sinh thiết gan

ĐIỀU TRỊ

- 1.SỎI ĐƯỜNG MẬT
- 2.U ĐẦU TỤY
- 3.U VÙNG BÓNG VATER
4. UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT

SỎI ĐƯỜNG MẬT

- Sỏi đường mật gây tắc mật:
- Ngoài gan:
 - Sỏi OMC
 - Sỏi túi mật(sỏi cổ túi mật mới gây tắc mật)
- Trong gan:
 - Sỏi đường mật
- Lấy sỏi không phẫu thuật:
 - Thuốc tan sỏi
 - Tán sỏi qua da
 - Tán sỏi qua ống Kehr(sau khi MNS hoặc mổ mở)

1.Sỏi OMC

- Lấy sỏi OMC qua ERCP:
 - Phương pháp lấy sỏi phụ thuộc vào kích thước sỏi
- Sỏi có đường kính nhỏ hơn 1cm có thể trôi xuống tá tràng tự nhiên trong vòng 48 giờ.
- Sỏi có đường kính 1-2 cm được lôi xuống bằng giỏ Dormia hay thông Fogarty.
- Sỏi có đường kính hơn 2 cm được tán sỏi hay bơm thuốc làm tan sỏi (đối với sỏi cholesterol) với monoctanoic acid.
- Khi không lấy được sỏi, cần phải lưu thông đường mật (thông mật-mũi).

1.Sỏi OMC

- Các trường hợp sau không thể lấy sỏi qua ERCP:
 - Túi thừa tá tràng
 - BN đã được cắt dạ dày trước đó
 - Sỏi chèn chặt trong đường mật, sỏi quá to hay quá nhiều sỏi
 - Sỏi gan

1.Sỏi OMC

- Lấy sỏi OMC qua mổ nội soi:
 - Thường được chỉ định trong các TH
 - Không thể lấy sỏi qua ERCP
 - Cắt túi mật (kèm sỏi túi mật)
 - Mổ cấp cứu
 - Hiệu quả của PP:
 - BN phục hồi nhanh
 - Ít biến chứng

1.Sỏi OMC

- Lấy sỏi OMC qua mổ mở:
 - Thực hiện trong các TH sau:
 - Sỏi nằm vị trí sâu không thể lấy qua mổ nội soi
 - Mổ cấp cứu(trong TH biến chứng của sỏi mật như thủng mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật do hoại tử túi mật, hoại tử đường mật ngoài gan)
 - Trong TH nghi ngờ hoặc không lấy hết sỏi thì phải đặt ống dẫn lưu Kehr(cho cả MNS và mổ hở)

2.Sỏi túi mật

- Chỉ định cấp cứu:
 - Trong TH có viêm túi mật cấp và có biến chứng
 - Có thể thực hiện mổ nội soi hoặc mổ hở
- Mổ chương trình:
 - Viêm túi mật tái đi tái lại nhiều lần
 - Vô hóa túi mật do sỏi
 - Mổ dự phòng

3.sỏi đường mật

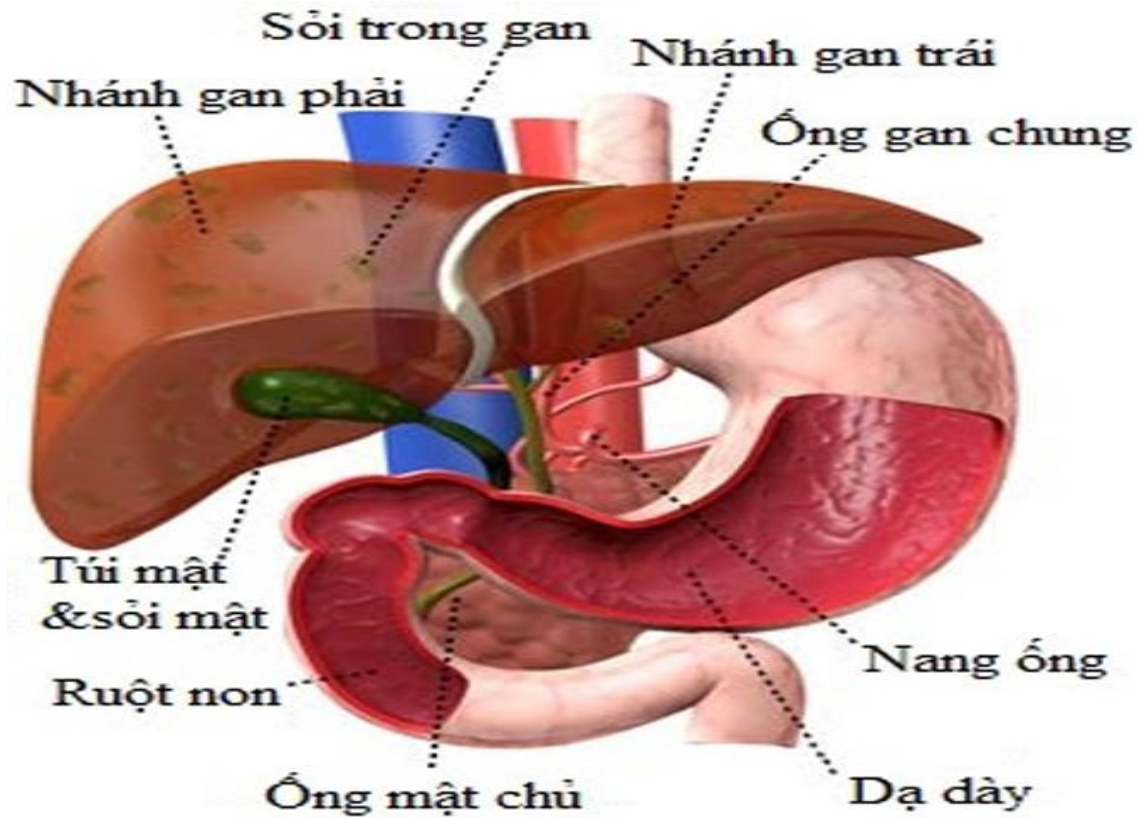
- Phương pháp lấy sỏi:

Mổ nội soi

Mổ hở

Lấy sỏi mật xuyên gan qua da

VỊ TRÍ SỎI



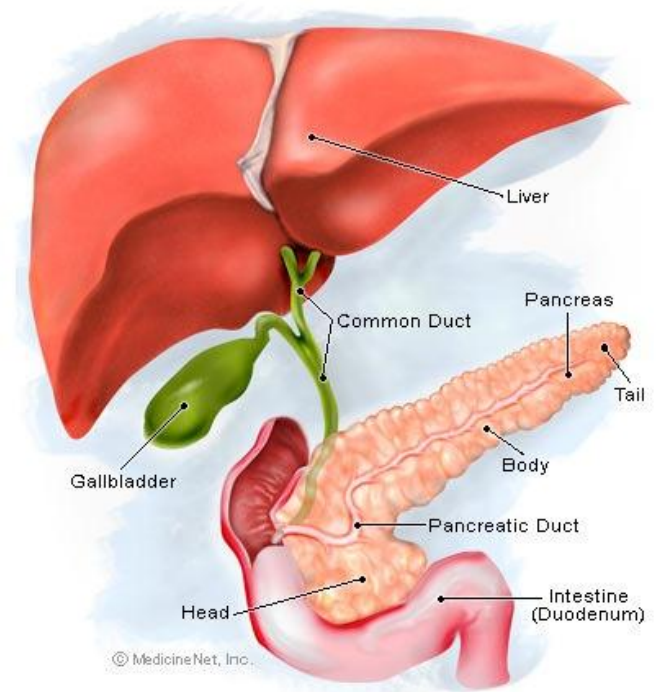
Vị trí sỏi trong gan và túi mật

U ĐẦU TUY

- Phẫu thuật Whipple:
 - Cắt bỏ một phần dạ dày, một phần ống mật chủ, toàn bộ tá tràng, một nửa tuyến tụy có chứa khối u. Sau đó nối lại ruột non với dạ dày, nối với đường mật, nối lại với tụy
- Xạ trị
- Hóa trị
- Điều trị nhắm mục tiêu

U QUANH BÓNG VATER

- Điều trị chủ yếu là phẫu thuật
 - Phẫu thuật Whipple
 - Phẫu thuật mở tá tràng- khoét u bóng vater- tái tạo ngã ba mật-tụy



UNG THU ĐƯỜNG MẬT

- Lựa chọn hàng đầu là phẫu thuật cắt bỏ khối u, nếu khối u lớn có thể phải cắt bỏ gan hoặc ghép gan.
- Hóa trị
- Xạ trị
- Trong trường hợp không thể bỏ:
 - Đặt Stent (có thể đặt qua ERCP hoặc PTC)

UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT

