

FORM BỆNH ÁN XƠ GAN

(Bổ sung thêm bài cô Kiều)

I. HÀNH CHÍNH

- Họ tên – Tuổi – Giới
- Nghề - nơi ở
- Phòng – giường
- Ngày – giờ NV

II. LDNV:

- Phù
- Vàng da
- Xhth
- Khó thở
- ...

III. BỆNH SỬ: Ai khai

- Khó thở: từ từ, 2 thì,
- ói ra máu: pbiet hrm
- Mệt mỏi, uể oải
- Tình trạng lúc NV: khám phù, tdmp,...

IV. TIỀN CĂN

A. BẢN THÂN

1. Nội khoa:
2. Ngoại khoa:
3. Thói quen – dị ứng:
 - Ăn uống, rượu bia, HTL,...

B. GIA ĐÌNH

V. LƯỢC QUA CÁC CQ

1. Tim:
2. Hô hấp:
3. Tiêu hóa:
4. Tiết niệu – sinh dục:
5. Thần kinh:
6. Cơ xương khớp:
7. Chuyển hóa:

VI. KHÁM

- A. Tổng trạng:

- Tri giác,
- Sinh hiệu, chi ấm, mạch quay
- BMI: phù thì không tính
- Da niêm, phù
- Chú ý có thiếu máu? (biến chứng đại tuần hoàn)

B. Từng vùng:

1. Đầu mặt cổ:

- Cân đối không biến dạng
- Dấu sao mạch
- TMCN, hạch cổ

2. Ngực:

• *Tim:*

Chú ý tim P có to không

• *Phổi:*

- Hc 3 giảm

3. Bụng:

- To, dấu sóng vỗ vs dấu vùng đục di chuyển
- THBH
- Gan lách
- Trĩ → tăng P tmc?

4. Thần kinh, cơ xương khớp:

VII. TTBA

VIII. ĐVĐ:

IX. CĐSB/CĐPB

Xơ gan mất bù [nguyên nhân], [biến chứng] – bệnh nền

X. BIỆN LUẬN

Nếu đã đoan XG từ trc thì khảo sát lại: XG – mất bù? – ng nhân – biến chứng?

Biến chứng:

Báng bụng

XHTH

VPMNKNP

Tổn thương thận:

- CKDL GFR <60ml/phút/1,73m² da theo Cre máu +/- bất thường pro niệu/tiểu máu/SÂB trong 3m
- AKI: Tăng Cr >0,3 mg/dl trong 48h or ≥50% trong 3m so vs giá trị nền

Hội chứng gan thận:

- XG + báng

- AKI theo ICA
- Không đáp ứng sau 2d ngưng LT và truyền albumin 1g/kg
- Không shock
- Không dùng thuốc độc thận
- Không tổn thương thận trực (pro niệu > 500mg/d, HC >50 QT40, SÂB)

XI. CLS

Bài cô Kiều

XII. CĐXD

- Xơ gan mất bù [child] [nguyên nhân] [bchung] – bệnh nền

XIII. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu:

- ĐTri biến chứng
- Đtri nguyên nhân
- Đtri phòng ngừa

BÁNG BỤNG:

- **Độ 2 không biến chứng:**

- Hạn chế Natri: 80-120 mmol/d = 4,6 – 6,9g muối, tránh <40 vì bchung do lợi tiểu và dinh dưỡng

- Lợi tiểu:

Spinorolacton 50mg (100mg/d → 100mg/72h → max 400mg/d)

2v (u)

Agifuros 40mg (khi giảm cân <2kg/w or tăng kali máu → max 160mg/d)

1v (u)

Furosemide kém thì thay Torasemide

BB kéo dài/tái phát: tăng liều tùy đáp ứng

Giảm max 0,5-1kg/d (không phù-có phù), kiểm soát dc thì giảm liều min.

- Biến chứng LT: Hạ Na máu, tăng/hạ K máu, suy thận, BNG, chuột rút, nữ hóa dzú (aldacton)
- Ngừng: Na máu <125, K+ >3 or <6, AKI, BNG worsen, chuột rút (truyền albumin/baclofen 10mg/d max 30mg)

- **Độ 3 không biến chứng:**

- Chọc tháo 1 lần duy nhất, nếu >5l → albumin (8g/L dịch báng)
- CĐ: BN không chịu, ntrung da, rl đông máu, có thai, chướng ruột nặng.

- **Các thuốc không nên sử dụng:**

- **NSAIDs:** hạ Na máu, AKI
- **ACEi, ARB, chẹn α1-adrenergic:** suy thận
- **Aminoglycoside:** AKI, ngoại trừ không còn cách nào khác
- BB nặng/ kháng trị: **NSBB** liều cao (propanolol >80mg/d), NO carvedilol

- **Bảng bụng kháng trị:**

- TIPS: stent đường kính nhỏ, phủ teflon giảm risk BNG và rl chức năng
- CCĐ Tips: Bil > 3mg/dl, PLT <75, BNG ≥2 or mạn, ntrung, suy thận tiến triển, tăng P phổi, RL chức năng tâm trương/thu nặng.
- Tiếp tục lợi tiểu và hạn chế Na.

XHTH DO VỠ TM GIÃN:

- ABC
- Bồi hoàn dịch
- Truyền máu duy trì Hb 7 (bệnh tim 9 g/dl)

- **Thuốc co mạch:**

Octreotide 100mcg 1 ống

½ ống TMC

Sau đó: 4 ống + NaCl 0,9% 50ml BTTĐ 6,25 ml/h (50mcg/h)

- **Nội soi cầm máu <12h, cột thắt**

- **Kháng sinh:**

Ceftriaxone 1g 1 lọ

Pha NaCl 0,9% 100ml TTM XXX/phút

- **Ngừa BNG**

Laevolac 10ml (lactulose)

1 gói (u)

- **Phòng ngừa XHTH (sau khi xhth đã ổn):**

- TM giãn nhẹ có dấu son/Child B – C: NSBB
- TM giãn TB/lớn: NSBB or thắt TM
- Chú ý CCĐ NSBB (Chẹn beta rất phê 60-90-0,25)
- 20-40 mg → max 160 or 320mg/d (nếu có báng)

Dorocardyl (Propanolol) 40 mg

1 v x 2 (u)

VPMNKNP:

- **Chọc dịch báng: Chỉ định**

- All bn XGBB lúc NV
- BN có dấu hiệu NTrung
- Có tình trạng gan, thận xấu hơn
- Bệnh não gan

- **Kháng sinh:**

- Cộng đồng:
Ceftriaxone 2g 1 lọ
Pha NaCl 0,9% 20ml TMC
- CSYT, BV???
-

- **Phòng ngừa:**

Chỉ định tiên phát:

- Pro dịch báng < 1g/dL or
- Child ≥ 9 , Bil ≥ 3 mg/dl, pro báng < 1,5 g/dl, GFR giảm, Na máu giảm
- Ngưng khi cải thiện LS + hết báng

Norfloxacin 400mg

1v (u)

Tái phát: như trên

Thuốc kèm:

- PPI: tăng risk vpmnkp
- NSBB: coi chừng rl huyết động
- Probiotic: không bằng chứng có lợi

CKD/AKI/ HC gan thận:

- **Giai đoạn 1**

- Theo dõi sát
- Loại YTTĐ
- Tăng V huyết tương (nếu giảm)

- **Giai đoạn 2,3**

- Ngưng LT, NSBB, giãn mạch, NSAID, gây độc thận
- Tăng V huyết tương Albumin 1g/kg trong 2d (max 100g)

Albumin 20% 100ml

? chai x 2 TTM XXX g/p

- **Hội chứng gan thận:**

Terlipressin 1mg

1 lọ TMC mỗi 4 – 6h

2 lọ TTM (2mg/d)

Cre giảm <25% \rightarrow max 10mg/d

Noradre: Thay thế terlin, TTM trung tâm

Midorine + Octreotide << terli

Tác dụng phụ:

- TMCB
- Ktra ECG sát

Albumin 20% 100ml (20-40g/ngày)

1 chai x 2 TTM XXX g/p

- **Phòng hội chứng gan thận:**

Albumin 20% 100ml (1,5g/kg N1, 1g/kg N3)

? chai x 2 TTM XXX g/p

Norfloxacin 400mg

1v (u)

BỆNH NÃO GAN:

- **YTTĐ:**

- Tránh thuốc an thần, CCĐ Morphin, paraldehyde
- Không aamin uống
- Không lợi tiểu
- Bổ sung Kali, kẽm
- XHTH: Cầm máu, loại bỏ máu

- **Giảm SX & hấp thu NH₃:**

Chế độ ăn:

- Cấp: đậm 20g/ngày → tăng dần 10g/d
- Calo > 25-35 kcal/kg
- Đạm thực vật

Kháng sinh:

Neomycin 500 – 1000mg q6h

Thụt giữ 100-200ml dd 1%

5 – 7d

Vancomycin 250mg x 4

TTM khi kháng lactulose

Lactulose 10ml

1 – 3 gói x 2 (u)

- Tiêu phân mềm 3 – 5 lần/ngày thì ngưng
- CCĐ: Liệt ruột, tắc ruột
- ADR: đầy hơi, tiêu chảy (tăng Na, giảm K, giảm kiềm, suy thận), đau bụng

Thụt tháo:

- Trung tính/tính acid làm giảm hấp thu NH₃
- 300ml lactulose + 700ml nước nhỏ giọt
- MgSO₄: Tăng Mg máu, Phosphat an toàn hơn

Thay đổi dẫn truyền TL: VN không làm bye =))

XIV. TIỀN LƯỢNG