

# BIẾN CHỨNG XƠ GAN



Ths.Bs Lâm Hoàng Cát Tiên  
Bộ môn Nội tổng quát - ĐHYD Tp.HCM

# *Các chữ viết tắt*

XHTH	Xuất huyết tiêu hóa
VPMKNP	Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát
GPB	Giải phẫu bệnh
CT scan	Chụp vi tính cắt lớp
MRI	Chụp cộng hưởng từ
EUS	Siêu âm có chất cản âm

# Biến chứng xơ gan

- Xuất huyết tiêu hóa
- Báng bụng - báng bụng kháng trị
- Nhiễm khuẩn (Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát, nhiễm khuẩn cq khác: mũ màng phổi nguyên phát, viêm mô tb, nhiễm trùng tiết niệu...)
- Bệnh não gan
- Hội chứng gan thận
- Ung thư gan
- Hạ Natri máu
- Suy thượng thận
- Biến chứng lên tim-phổi: bệnh cơ tim, TDMP, tăng áp phổi, HC gan phổi...
- Đợt suy gan cấp

# XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

- Chảy máu trong ống tiêu hóa do vỡ các dẫn tĩnh mạch hình thành do tăng áp cửa
- Vị trí các dẫn tĩnh mạch: thực quản, tâm - phình vị, hậu môn - trực tràng
- Áp lực cửa và tình trạng đông cầm máu (chức năng gan): yếu tố quan trọng quyết định độ nặng XHTH

# XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

Mức độ XHTH	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Mức độ choáng mất máu	I	II	III	IV
Máu mất	< 1L < 15%	1L - 1,5L 15 - 30%	1,5L - 2L 30 - 40%	> 2L > 40%
Mạch	< 100 l/p	100 - 120 l/p	> 120 l/p	> 140 l/p
Áp lực mạch	Bt hoặc tăng	Giảm nhẹ	Giảm	Nhẹ, khó bắt
Huyết áp	Bt	Bt hoặc tụt HA tư thế	Giảm khi nằm	Giảm nặng hoặc không đo được
Da	Tươi máu bình thường	Đỏ mồ hôi	Mát lạnh	Mát lạnh, nhợt nhạt
Nhịp thở	Bt	Tăng nhẹ	30 - 40 l/p	> 35l/p
Nước tiểu (ml/g)	> 30	20 - 30	5-15	Vô niệu
Tri giác	Tỉnh, lo lắng nhẹ	Lo âu	Lo âu, lẫn lộn	Lẫn lộn, hôn mê

# XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

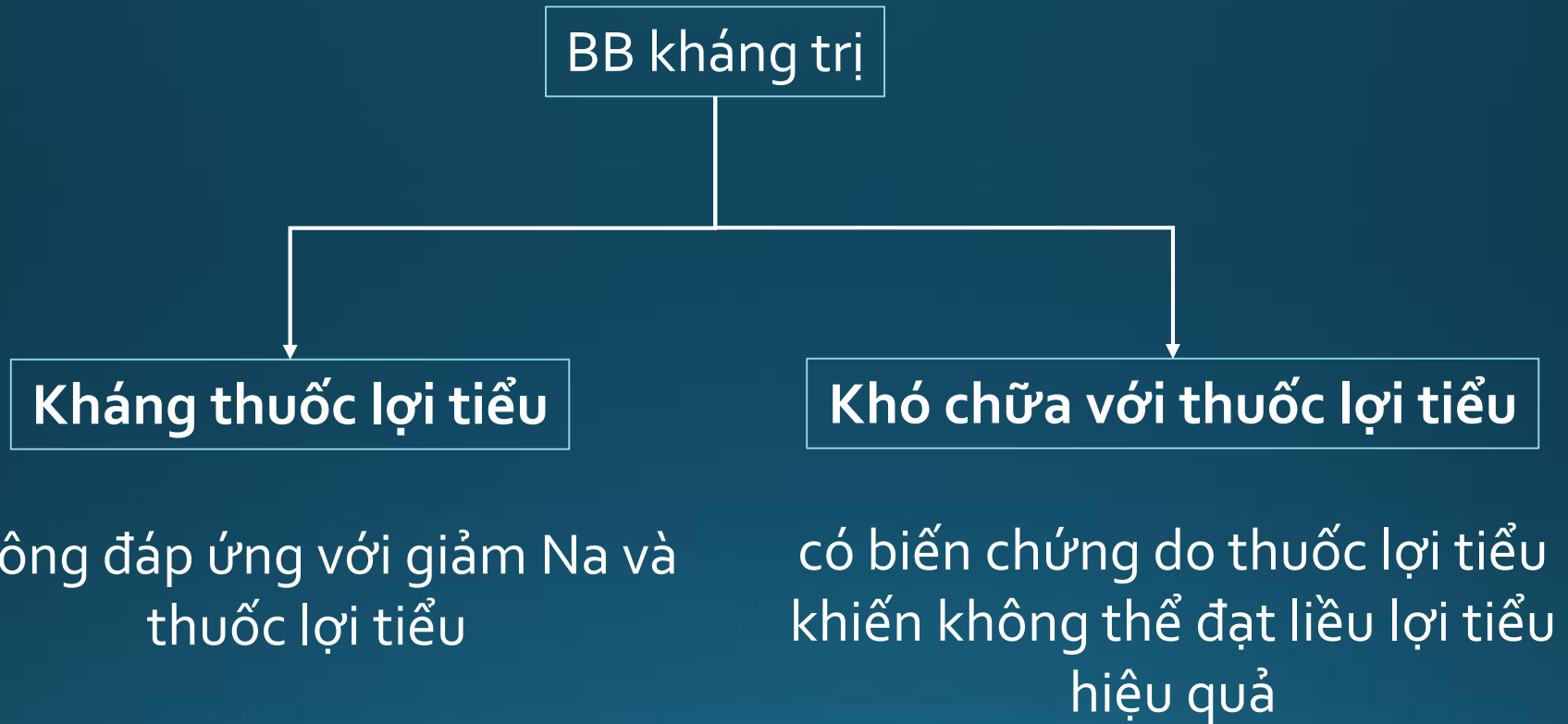
- yếu tố thúc đẩy bệnh não gan, VPMNKNP, suy thận
- phòng ngừa XHTH tiên phát và tái phát có ý nghĩa quan trọng

# BÁNG BỤNG

- Báng bụng: là biến chứng khi kèm theo *nhiễm trùng, kháng trị* hoặc *hội chứng gan thận*
- Báng bụng kháng trị: không thể kiểm soát hoặc tái phát sớm, không đạt được mục tiêu điều trị

# BÁNG BỤNG

- International Ascites Club:





# Bảng bụng kháng trị

Thời gian điều trị	Lợi tiểu liều cao (spironolactone 400 mg/ngày và furosemide 160 mg/ngày) <i>ít nhất một tuần</i> Chế độ ăn giảm muối <90 mmol/ngày
Thiếu đáp ứng	Giảm cân <0,8 kg/ 4 ngày Lượng natri niệu < lượng natri ăn vào
Tái phát sớm	Tái phát báng độ 2 hoặc 3 trong 4 tuần sau điều trị
Biến chứng do thuốc lợi tiểu	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bệnh não gan</li><li>▪ Suy thận</li><li>▪ Hạ natri máu</li><li>▪ Tăng hoặc giảm kali máu</li><li>▪ Chuột rút</li></ul>

# NHIỄM KHUẨN

Nguy cơ nhiễm khuẩn trong xơ gan do:

- rối loạn chức năng gan
- thông nối cửa chủ
- mất cân bằng vi sinh vật ở ruột
- tăng chuyển chỗ vi khuẩn
- rối loạn chức năng miễn dịch do xơ gan
- yếu tố di truyền

# NHIỄM KHUẨN

- viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát
- mũ màng phổi nguyên phát
- viêm mô tế bào
- nhiễm trùng tiết niệu

# Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát

- nhiễm khuẩn dịch báng không có bất kỳ ổ nhiễm trùng cần xử lý ngoại khoa trong ổ bụng
- Triệu chứng
  - *triệu chứng viêm phúc mạc*: đau bụng, chướng bụng, nôn ói, tiêu chảy, liệt ruột
  - *phản ứng viêm/nhiễm trùng toàn thân*: sốt hay hạ thân nhiệt, lạnh run, thay đổi số lượng BC
  - *triệu chứng do biến chứng*: bệnh não gan, chức năng gan xấu hơn, suy thận, XHTH, sốc
  - *có thể không có triệu chứng*

# Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát

	BCĐNTT/DMB > 250/mm <sup>3</sup>	Cấy DMB (+)
VPMNKNP Cấy (+)	(+)	(+)
VPMNKNP Cấy (-)	(+)	(-)
Du khuẩn báng	(-)	(+)
VPMNK thứ phát	(+)	(+), nhiều loại vk

- *Cấy máu nên được thực hiện ở tất cả bệnh nhân nghi ngờ VPMNKNP, trước khi điều trị kháng sinh*

# SUY THẬN

- bệnh thận cấp (AKD)
- bệnh thận mạn (CKD),
- tổn thương thận cấp (AKI)

# SUY THẬN

- KDIGO

	Chức năng	Cấu trúc
AKI	$\uparrow$ sCr $\geq 50\%$ trong 7 ngày hay $\uparrow$ sCr $\geq 0.3$ mg/dl trong 2 ngày	Không có
AKD	GFR < 60ml/p/1.73m <sup>2</sup> trong < 3 tháng hay $\downarrow$ GFR $\geq 35\%$ trong < 3 tháng hay $\uparrow$ sCr $\geq 50\%$ trong < 3 tháng	Tổn thương cấu trúc thận < 3 tháng
CKD	GFR < 60ml/p/1.73m <sup>2</sup> trong $\geq 3$ tháng	Tổn thương cấu trúc thận $\geq 3$ tháng

# HỘI CHỨNG GAN THẬN (HRS)

- AKI trên bn XG:
  - trước thận
  - HRS
  - tại thận
  - hoại tử ống thận cấp
  - sau thận
- HRS:
  - Type 1: HRS có tổn thương thận cấp - **HRS-AKI**
  - Type 2: HRS không tổn thương thận cấp - **non AKI-HRS** hay **NAKI**



# HỘI CHỨNG GAN THẬN CÓ TỔN THƯƠNG THẬN CẤP ( HRS - AKI )

- xơ gan kèm bàng bụng
- có tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn ICA
- không đáp ứng sau 2 ngày liên tục ngừng thuốc lợi tiểu và tăng thể tích huyết tương bằng albumin 1 g/kg cân nặng
- không sốc
- không sử dụng các thuốc độc thận (NSAID, aminoglycoside, thuốc cản quang...)
- không có dấu hiệu tổn thương cấu trúc thận
  - ✓ không có protein niệu ( $>500$  mg/ngày),
  - ✓ không tiểu máu vi thể ( $>50$  HC/quang trường phóng đại),
  - ✓ siêu âm thận bình thường

# BỆNH NÃO GAN

- rối loạn chức năng não do suy chức năng gan có/không có thông nối cửa - chủ
- biểu hiện bằng các rối loạn tâm - thần kinh đa dạng, thay đổi
- Cơ chế bệnh sinh còn tranh cãi, có sự tham gia của nhiều chất trung gian
- cần chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân gây rối loạn tâm - thần kinh khác

# Phân loại

## Nguyên nhân

Type A: acute liver failure

B: bypass

*C: cirrhosis*

## Độ nặng

- I: thay đổi chu kì ngủ, hơi lú lẫn, dễ bị kích thích, rung vẩy
- II: ngủ lịm, mất định hướng, thái độ bất thường, rung vẩy
- III: lơ mơ, lú lẫn nặng, hung hăng
- IV: hôn mê

Diễn tiến

1 đợt

tái phát nhiều đợt

tồn tại

Yếu tố thúc đẩy (YTTĐ)

Có YTTĐ

Không YTTĐ

# Yếu tố thúc đẩy bệnh não gan

- **Nhiễm trùng**

- Tăng sản phẩm  $\text{NH}_3$ : **XHTH**, bón, ăn nhiều đạm, tăng urê huyết

- Thuốc an thần, thuốc hướng tâm thần

- **Rối loạn nước - điện giải**: lợi tiểu quá liều, tiêu chảy

- Rối loạn kiềm - toan

- Rối loạn chức năng gan tiến triển: suy gan

# Triệu chứng bệnh não gan

- Thay đổi: kín đáo, nhẹ → hôn mê
  - I: thay đổi chu kì ngủ, hơi lú lẫn, dễ bị kích thích, rung vẩy*
  - II: ngủ lịm, mất định hướng, thái độ bất thường, rung vẩy*
  - III: lơ mơ, lú lẫn nặng, hung hăng*
  - IV: hôn mê*
- Hơi thở mùi gan
- EEG: sóng ba pha, chậm, biên độ cao
- $[\text{NH}_3]$  /máu: không nhạy & không đặc hiệu

# UNG THƯ GAN

- Ung thư biểu mô tb gan (UTBMTBG) hay carcinôm tb gan (HCC- hepatocellular carcinoma): khối u ác tính được hình thành và phát triển từ tb gan

# Tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư gan

- không xơ gan: GPB
- Xơ gan: GPB và/hoặc dấu ấn HCC trên hình ảnh học động (CT scan, MRI, EUS)



# UNG THƯ GAN

- Phòng ngừa và phát hiện sớm : rất quan trọng
  - Điều trị tốt các bệnh gan mạn tính
  - Tầm soát HCC trên bn Xơ gan
- Tầm soát ung thư gan:
  - Siêu âm bụng
  - xn AFP định kì mỗi 6 tháng

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cirrhosis And Its Complications - Harrison's Principle of Internal Medicine 14<sup>th</sup> edition - Fauci, Braunwald et al - Mc Graw Hill education
2. EASL 2018 Clinical practice guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis
3. Schiff's Diseases of the Liver 9th edition - Eugene R. Schiff, Michael F. Sorrell and Willis C. Maddrey - Lippincott Williams & Wilkins
4. Diseases of the Liver and Biliary System 11th edition - Sheila Sherlock and James Dooley - Blackwell Science
5. AASLD practice guidelines in Hepatology
6. Xơ gan - Võ Thị Mỹ Dung - Bệnh học Nội Khoa - Bộ môn Nội Tổng quát Đại học Y Dược TpHCM - NXB Y học 2012
7. Điều trị Xơ gan - Võ Thị Mỹ Dung - Điều trị học Nội Khoa - Bộ môn Nội Tổng quát Đại học Y Dược TpHCM - NXB Y học 2012



*Chúc các bạn học tốt!*