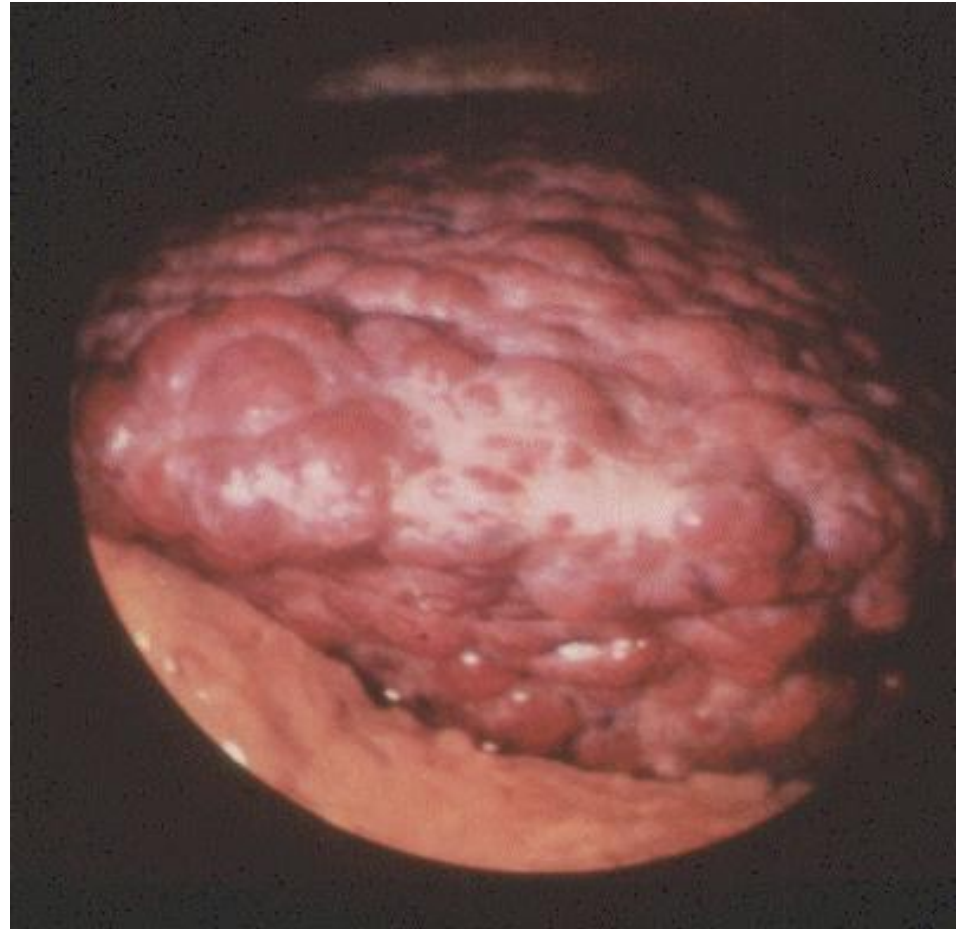


XƠ GAN



BS Trần Ngọc ánh
Bộ môn Nội tổng hợp- Đại học Y Hà Nội

- Nguyên nhân : **Viêm gan B**, **Viêm gan C**,
Nghiện rượu, Hemochromatosis
- **Biến chứng nặng: cổ trướng, nhiễm trùng
DMB, XHTH - vỡ TMTQ, Bệnh não gan,
HC gan thận, Ung th gan**
- **Child Pugh: tiên lượng, ngu; y cơ XHTH, tử
vong sau mổ**

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Dịch tễ

Xơ gan là bệnh khá phổ biến

- **Xơ gan rạn - các nước Âu Mỹ, Pháp chiếm tới 55-75%**
- **Việt Nam xơ gan sau viêm gan B, viêm gan C, 40% xơ gan có tiền sử nhiễm virus viêm gan**
- **Xơ gan tiên lợng xấu, xơ gan rạn sống trên 5 năm cha đợc 50%, xơ gan sau viêm gan virus có tới 75% tử vong trong vòng 1-5 năm.**
- **Xơ gan nếu không điều trị, 69% bệnh nhân tử vong trong năm đầu, 85% tử vong - 2 năm và 8,3% > 3 năm**

1.Đại CƯƠNG

1.2.Khái niệm

***Xơ gan -1819 R. L. Laennec- xơ gan đầu dính màu rỉ sắt.**

1919 Fiessinger ; Albot : gan xơ hóa, xơ gan → xơ gan - xơ hóa lan tỏa nhu mô gan, làm đảo lộn cấu trúc của gan. WHO: xơ hoá lan toả, đảo lộn cấu trúc gan bt = tiểu thùy tân tạo

***Năm 1956 hội nghị tiêu hoá Lahabana**

- ▣ - **Tổn thương tế bào gan: thoái hóa và hoại tử.**
- ▣ - **Tái tạo tế bào gan thành hạt.**
- ▣ - **Xơ tăng sinh lan tỏa.**
- ▣ - **Tổn thương lan tỏa toàn gan.**
- ▣ - **Đảo lộn cấu trúc gan.**

1.ĐẠI CƯƠNG

1.3.Phân loại

1.3.1.Hình thái:

- micronodular (<3mm): rạn, nhiễm sắc, tắc mật, tắc mạch gan
- macronodular(>3mm): VGM do virus, thiếu 1antitrypsin, xơ gan ứ mật tiên phát
- mixed

1.3.2.Theo nguyên nhân: 2 nguyên nhân lớn là rạn và **VGM do virus**

1. đại cương

Bệnh Viện Ngoại Khoa-Bộ môn Nội
Trung tâm Đại học Y Hà Nội

1.4. Giải phẫu bệnh

1.4.1. Đại thể: bề mặt không đều, nodule, kích thước thay đổi

1.4.2. Mô bệnh học

- Hình thành các nodule
- Xơ hoá
- Cấu trúc gan bị đảo lộn
- Tổn thương TB gan

1.4.3. Giúp xác định nguyên nhân

- Hoá mô miễn dịch: Viêm gan B
- PCR: Viêm gan C
- Định lượng đồng: Bệnh Wilson
- PAS(+): Thiếu alpha1 anti trypsin

1.ĐẠI CƯƠNG

*Bệnh Viện Ngoại Khoa-Bộ môn Nội
Hàng Khoa Đại Học Y Hà Nội*

1.5.Nguyên nhân

1.5.1.VGM do virus: B,C,D,G

1.5.2.Rượu

1.5.3.Chuyển hoá: Hemochromatosis, Wilson, Thiếu 1antitrypsin, Các bệnh chuyển hoá có tính chất di truyền

1.5.4.Bệnh lý đường mật

-Tắc mật ngoài gan

-Tắc mật tại gan: CBP, CSP

-Bệnh đường mật ở trẻ em: Byler, Alagille, Aagenae..

1.5.5.Tắc mạch máu ở gan: HC Budd Chiarri, Bệnh tắc TM, Suy tim phải nặng

1.5.6.Do dùng thuốc, chất độc và chất hoá học

1.5.7.Bệnh MD: Viêm gan tự miễn,

1.5.8.Miscellaneous

2.Chẩn đoán xác định

2.1.Triệu chứng lâm sàng: đa dạng, tùy theo giai đoạn

2.1.1.HC suy TB gan:

- Mệt mỏi: không đặc hiệu, hằng định
- Bệnh não gan
- Hơi thở có mùi gan
- Các biểu hiện ở da:

Sao mạch, lòng bàn tay son,

ngón tay dùi trống, móng tay có màu trắng, xuất huyết dưới da.

- Các biểu hiện nội tiết: Vú to, Duypuytren's, teo tinh hoàn- ở nam giới. Mất kinh vô sinh ở nữ giới

2. Chẩn đoán xác định

*Bệnh Viện Ngoại Anh-Bộ môn Nội
Hàng Khoa Đại học Y Hà Nội*

► HC tăng áp lực TM cửa:

- Lách to,
- Tuần hoàn bàng hệ cửa chủ,
- HC Cruveilhier Baugramten,
- XHTH

► Cổ chướng

- DMB: dịch thấm
- Các yếu tố khởi phát: VG do rượu, HCC, XHTH, Nhiễm trùng, Chế độ ăn nhiều muối, Ngừng điều trị lợi tiểu
- Gan to: kích thước thay đổi, bề mặt gan đều, mật độ chắc, bờ gan sắc
- Các dấu hiệu khác:
 - Vàng da,
 - tr/c tùy theo nguyên nhân (tr/c của nghiện rượu)

2.Chẩn đoán xác định

2.2.Các xét nghiệm

2.2.1.Xét nghiệm thăm dò chức năng gan

- ▶ HC huỷ hoại TB gan: AST, ALT tăng
- ▶ HC ứ mật: BR , Photphataza kiềm
- ▶ HC suy TB gan: TP , Albumin

2.2.2.Các xét nghiệm huyết học

- ▶ Thiếu máu
- ▶ Giảm BC và TC

2.2.3.Nội soi: phát hiện tr/c HC tăng áp lực TM cửa:

- ▶ dẫn TMTQ, dẫn TM dạ dày.
- ▶ tổn thương dạ dày do TM cửa

3.Chẩn đoán xác định

Bệnh Viện Ngoại Anh-Bộ môn Nội
Hàng Khoa Đại học Y Hà Nội

3.2.4.Chẩn đoán hình ảnh

► Siêu âm gan:

- Kích thước, bờ gan mập mô, phát hiện HCC;
- Dấu hiệu TM cửa: lách to, TM cửa > 12mm, dẫn TMMTTT và TM lách, THBH cửa chủ

► CT bụng: giống như xơ gan

► MRI: mạch máu gan

3.2.5.Sinh thiết gan: qua da, hay qua đường TM cảnh

3.3.Phác đồ chẩn đoán

► Gan to → Sinh thiết gan

► HC suy TB gan → Sinh thiết gan

► HC tăng áp lực TM cửa đơn độc → SOB, ST gan

► HC suy TB gan + HC tăng áp lực TM cửa → Chẩn đoán xác định

HC Suy TB
Gan
HC ↑ALTMC



Gan to
Sinh thiết

Xơ
gan

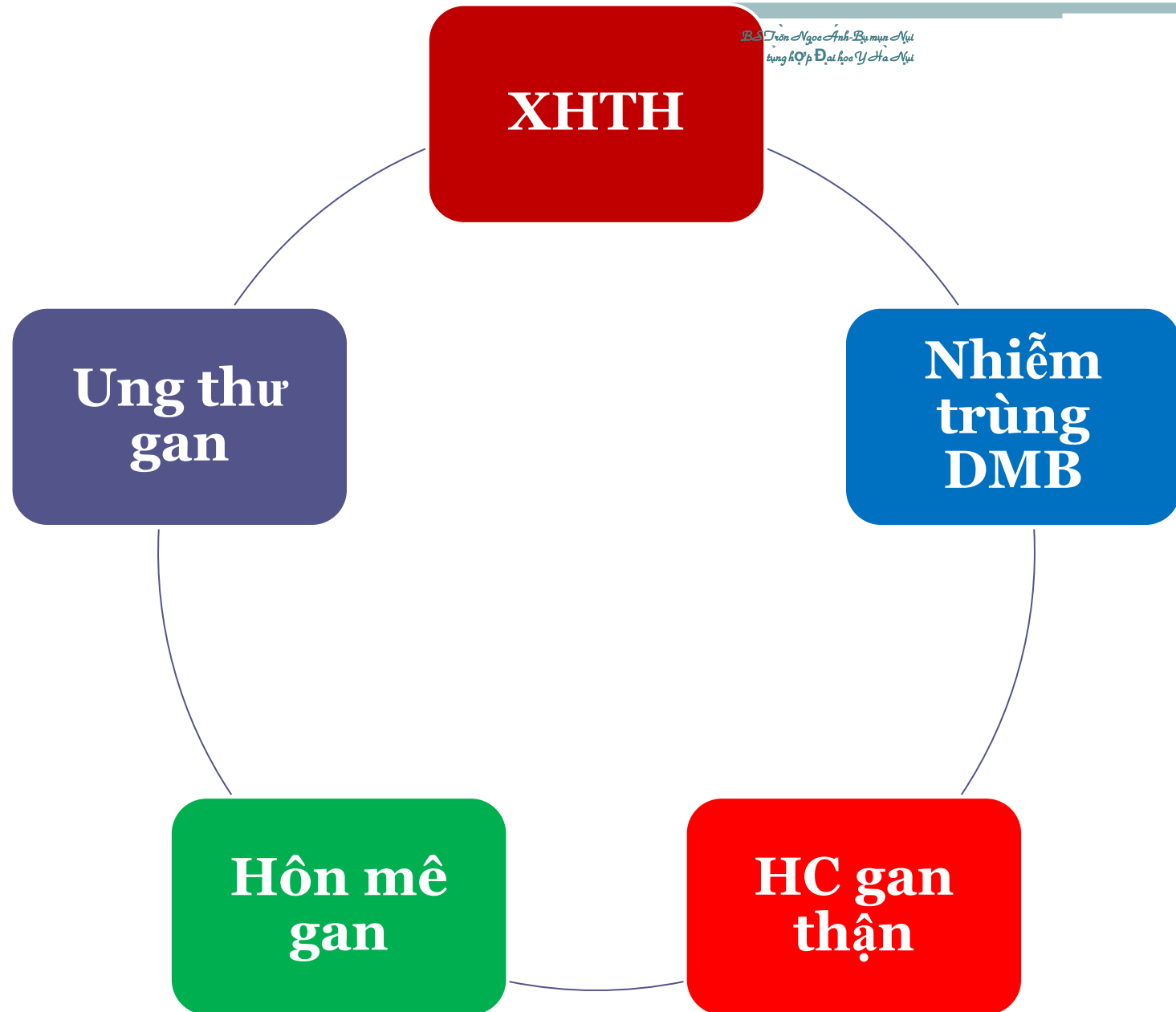
HC suy B gan
Sinh thiết



HC ↑ALTMC
Sinh thiết

Bảng điểm Child Pugh A: B, C

Thông số	1	2	3
Bilirubin máu (mg%)	< 2,0	2,0 – 3,0	> 3,0
Albumin máu (g%)	> 3,5	2,8 – 3,5	< 2,8
Cổ trướng	Không	ít	Vừa
Bệnh lý não gan (độ)	Không	1 và 2	3 và 4
Thời gian Prothrombin (giây)	<15	15-17	>17



3. Biến chứng

*Bệnh Viện Ngoại Khoa - Bụng và Gan
Trung Ương Đại Học Y Hà Nội*

4.1. Nhiễm trùng DMB:

-Lởm sàng: Đau bụng, sốt cao, Iả chảy, HC suy TB gan

-DMB: dịch tiết, Protein>25g/l

Chẩn đoán xác định: BCĐNTT>250TB/mm³

Cấy DMB: E.Coli, Klebsiella, Streptococcus, Staphylococcus

4.2. Xuất huyết tiêu hoá:

Thường gặp, tử vong cao

do dẫn vỡ TMTQ, TM phình vị tổn thương khác

4.3. Ung thư gan

Theo dõi định kỳ SA và AFP 6 tháng/lần

3. Biến chứng

3.4. Bệnh não gan: Bệnh não gan

+ Các giai đoạn

Giai đoạn 1: không có RLYT, Run vô cánh

Giai đoạn 2: HC co giật, Run vô cánh

Giai đoạn 3: Hôn mê nông hay sâu, không có dấu hiệu định khu, Babinski (+) lan toả 2 bên

+ Các yếu tố khởi phát: XHTH, RL nớc điện giải, Nhiễm trùng đặc biệt là DMB, Dùng thuốc hớng thần, PT nổi cửa chủ

3.5. HC gan thận:

Cổ chống trơ với điều trị, nớc tiểu < 500ml/24 giờ

Xét nghiệm: Creatinin, Na máu, Na niệu

- Típ 1: 2 tuần

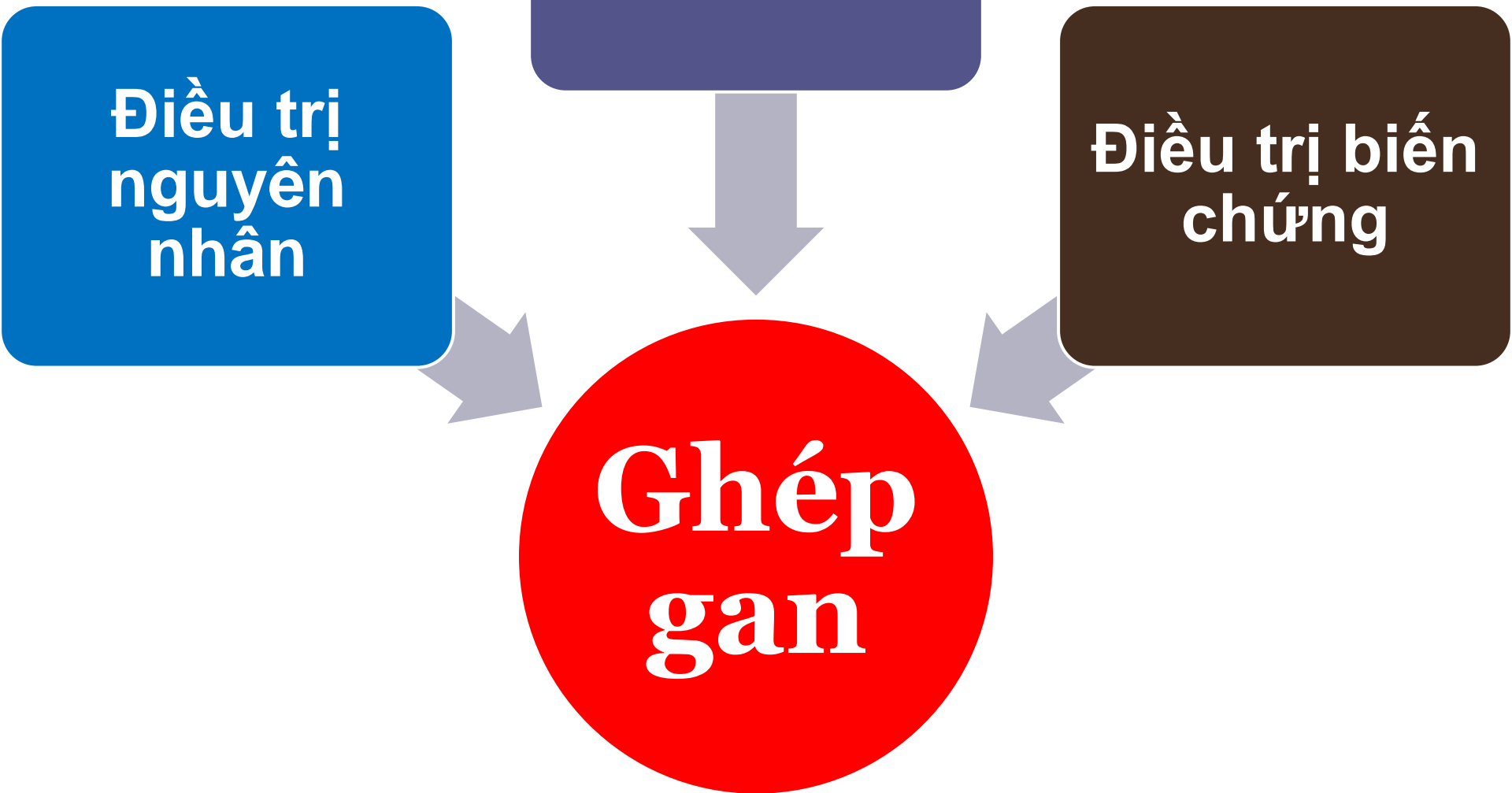
- Típ 2: tiến triển chậm hơn

**Điều trị triệu
chứng**

**Điều trị
nguyên
nhân**

**Điều trị biến
chứng**

**Ghép
gan**



4. Xử trí

*Bệnh Viện Ngoại An - Bộ môn Nội
Hàng Khoa Đại học Y Hà Nội*

4.1. Điều trị đặc hiệu trong một số trường hợp

- Hemochromatosis
- Bệnh Wilson: D-penicillamine
- Xơ gan do rượu: ngừng rượu, Corticoid khi DF > 32
- Thuốc chống virus

Do viêm gan B: Nucleotide

Do viêm gan C: Cẩn nhắc dùng IFN giai đoạn Child A, B

4.2. Điều trị biến chứng trong phần lớn các trường hợp

4.2.1. Điều trị cổ trướng

► Cổ chướng

- Nghỉ ngơi: 12-15 giờ; Chế độ ăn nhạt: 20mEq/24 giờ
- Dùng thuốc lợi tiểu
 - + Thuốc lợi tiểu kháng Aldosteron: Spironolacton, Canrenone 100-150mg/ngày, ↑liều
 - + Furosemide; 40mg/ngày, ↑liều
- Theo dõi
 - + Lâm sàng: HA, cân nặng, nước tiểu, vòng bụng
 - + Xét nghiệm: ĐGD máu, ĐGD niệu

4.Xử TRÍ

*Bác Sĩ Trần Ngọc Anh-Bộ môn Nội
tưng h Ớp Đại học Y Hà Nội*

4.2.3.Xuất huyết tiêu hoá

- Nội soi: Tiêm xơ hay thắt TMTQ
- Đặt sonde Blakemore, Linton
- Nội khoa: Dẫn chất của Vasopressine, Somatostatin
- TIPS, phẫu thuật

4.2.4.Điều trị bệnh não gan

- Truyền dịch đậm cần thiết cho gan, Glucose 5%
- Nhuận tràng: Lactulose
- Kháng sinh đường ruột

4.2.5. Cỗ chương trợ với điều trị

- Hạn chế nước <500ml/24 giờ
- Chọc tháo DMB+Truyền Albumin

Xuất huyết tiêu hóa

Bác Sĩ Trần Ngọc Anh-Bộ môn Nội
hàng học Đại học Y Hà Nội

**Nội
khoa**

**Nội
sỏi**

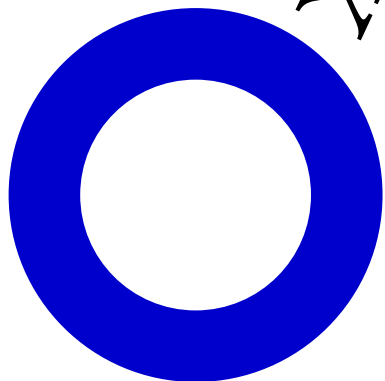
Thuốc

**Can
thiệp**

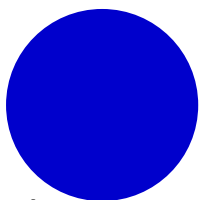
TIPS

**Phẫu
thuật**

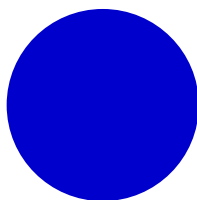
**BN chưa
XHTH**



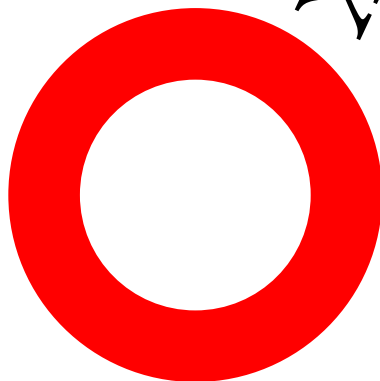
Nội soi



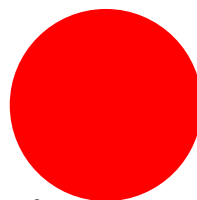
Blocker



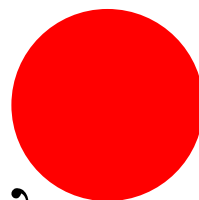
**BN có
XHTH**



Nội soi



**Sandostatin,
Vasopressin,
Somatostatin**



4.Xử trí

*Bác Sĩ Trần Ngọc Anh-Bộ môn Nội
tư vấn tại Trung tâm Đại học Y Hà Nội*

4.2.6.Nhiễm trùng DMB:

- Truyền Glucose 5%
- Kháng sinh : Augmentin, Cephalosporin trong 2-3 tuần
- Chọc tháo DMB+Albumin
- Điều trị phòng hôn mê gan và XHTH
- Không điều trị lợi tiểu

4.2.7.HC gan thốn

Hạn chớ nước. Khụng điều tị lợi tiểu

Albumin+ Chọc tháo DMB

Terlipressin

4. Xử trí

4.3. Theo dõi và quản lý BN xơ gan phát hiện ung thư gan

- Siêu âm 6 tháng/lần
- AFP ở các BN viêm gan B, viêm gan C, Hemochromatosis

4.4. Thay gan trong giai đoạn cuối của bệnh