XƠ GAN

CĐ: xơ gan giai đoạn mất bù/còn bù child ??? Do rượu/VG B biến chứng

1. CĐ xác định xơ gan
2. Giai đoạn
3. Nguyên nhân
4. Biến chứng

1. CĐ xác định (tiêu chuẩn vàng là sinh thiết gan theo METAVIR nhưng ít áp dụng trên lâm sàng)

Thường CĐ xơ gan dựa trên lâm sàng và cận lâm sàng của 2 HC suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa

1. Lâm sàng

* Suy tế bào gan
* Tổng trạng: mệt mỏi, giảm khả năng tập trung, lao động
* Tiêu hóa: ăn kém, chậm tiêu đặc biệt thức ăn mỡ
* Rối loạn đông máu: xuất huyết dưới da, chảy máu răng, chảy máu ống tiêu hóa(do giảm yếu tố I, II, VII, ĨX, X (phụ thuộc vit K) con đường ngoại sinh và chung)
* Vàng da, vàng mắt
* Hồng ban ở gò má, lòng bàn tay
* Sao mạch ở ngực, cổ, lưng trên
* Báng bụng, phù chi dưới
* Tăng áp lực TMC
* Lách to
* Báng bụng
* Tuần hoàn bàng hệ kiểu cửa chủ
* Dãn tính mạch thực quản, tâm phình vị
* Dãn tĩnh mạch trực tràng gây trĩ
* Triệu chứng của cường lách (thiếu máu, xuất huyết do giảm tiểu giảm do lách có thể giữ 90% tiểu cầu)

1. Triệu chứng cận lâm sàng

* Suy tế bào gan
* Giảm các yếu tố đông máu do gan tổng hợp không do giảm vit K: thời gian PT tăng, tỉ lệ PT giảm, INR kéo dài (yếu tố V không phụ thuộc Vit K)
* Tiểu cầu giảm do gan giảm throbopoietin hoặc rượu ức chế sản xuất (ngoài ra còn do lách tăng bắt giữ, nhiễm trùng)
* Protid máu giảm nhất là albumin, globulin tăng, A/G < 1
* Bilirubine tăng, trực tiếp > 50%
* Cholesterol máu giảm do không sản xuất cholesterol esterase
* AST, ALT thường tăng và AST thương tăng nhiều hơn (AST/ALT > 2 thường là viêm gan mạn do rượu, <2 khác)
* TPTNT: có urobilinogen, bilirubin
* Tăng áp cửa
* Hồng cầu giảm nhẹ thường là đăng sắc, có thể giảm cả 3 dòng do cường lách
* Có dịch ổ bụng, có dãn tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách, có tuần hoàn bàng hệ, dịch ổ bụng
* Dãn TM thực quản, tâm phình vị
* Thay đổi của gan trên hình ảnh học

Gan có thể teo hoặc to, bờ không đều, tổn thương dạng nốt, giảm độ đàn hồi, mật độ thay đổi

Siêu âm đàn hồi gan (Fibroscan có giá trị chẩn đoán)

Đề nghị:

* Suy tế bào gan: Albumin máu, Protid máu, Globlin máu, PT/INR, CTM (tiểu cầu), Billirubin, ALT, AST, Cholesterone máu
* Tăng áp cửa: siêu âm bụng, nội soi TQDDTT

1. Giai đoạn

* Xơ gan còn bù: triệu chứng lâm sàng còn kín đáo (không dãn TM thực quản, dãn nhưng chưa XHTH, TAC chưa biểu hiện lâm sàng)
* Xơ gan mất bù: xuất hiện triệu chứng rõ hoặc biến chứng như báng bụng, XHTH, vàng da, nhiễm trùng, bệnh não gan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 |
| Bệnh não gan | không | Độ 1-2 | Độ 3-4 |
| Báng bụng | không | Nhẹ | TB-Nhiều |
| Bilirubin máu | <2mg/dL | 2-3mg/dL | >3mg/dL |
| Albumin máu | >3.5 g/dL | 2.8-3.5g/dL | <2.8g/dL |
| TQ hoặc  INR | <4s  <1.7 | 4-6s  1.7-2.2 | >6s  >2.2 |
| Nếu xơ gan ứ mật thì Bilirubin | Bil < 4 | 4-10 | >10 |

Child A: <7 đ

Child B: 7-9 đ

Child C: 10 – 15 đ

1. Nguyên nhân

* Viêm gan B, C
* Viêm gan do rượu (uống liên tục trong khoảng 20 năm)
* Viêm gan thoái mỡ không do rượu (NAFLD) nguy cơ khi ĐTĐ, béo phì
* Viêm gan tự miễn (=> ANA, SMA
* Ứ mật (xơ gan ứ mật nguyên/thứ phát, viêm đường mật xơ hóa)
* Chuyển hóa (thiếu alpha1 trypsin, thâm nhiễm sắt, đồng, …)
* Mạch máu (Budd-Chiari, tắc nghẽn TM, suy tim phải, toàn bộ)
* Thuốc (methotrexate, amiodarone)
* Nhiễm trùng, KST (thường ở trẻ em là giang mai)

1. Biến chứng
2. XHTH: là yếu tố thúc đẩy bệnh não gan, VPMNKNP và suy thận => phòng ngừa XHTH tiên phát và thứ phát có ý nghĩa quan trọng
3. Báng bụng

* Báng bụng được coi là biến chứng khi có kèm theo nhiễm trùng hay HC gan thận
* Báng bụng kháng trị: không thể kiểm soát hoặc tái phát sớm (trong vòng 4 tuần sau khi tháo một lượng dịch lớn, hoặc điều trị lợi tiểu với liều cao furosemide và spironolactone + chế độ ăn giảm muối)

1. Nhiễm khuẩn – VPMNKNP

+ VPMNKNP: là tình trạng nhiễm khuẩn dịch báng mà không có bất kì ổ nhiễm trùng nào cần xử lí ngoại khoa có thể có triệu chứng chướng bụng, đau bụng, nôn ói, liệt ruột, sốt hay hạ thận nhiệt, lạnh run thay đổi số lượng bạch cầu nặng có thể có bệnh não gan, suy thận, XHTH, sốc hoặc **không có triệu chứng gì**

 Tiêu chuẩn CĐ VPMNKNP

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Chẩn đoán | Bạch cầu | Cấy dịch báng |
| VPMNKNP (+) | + > 250/mm3 | + |
| VPMNKNP (-) | + > 250/mm3 | - |
| Du khuẩn báng | + < 250/mm3 | + |

1. Hội chứng gan thận

Là tình trạng suy thận không có tổn thương cấu trúc thận trên BN xơ gan

HRS type 1 và type 2 (non AKI)

Tiêu chuẩn CĐ

* Có xơ gan báng bụng
* Thỏa tiêu chuẩn AKI của ICA
* Không đáp ứng sau 2 ngày ngưng thuốc lợi tiểu và tăng thế tích huyết tương bằng truyền Albumin 1g/kg
* Không sốc
* Không sử dụng các thuốc độc thận (amynoglycoside, cản quang, …)
* Không có bằng chứng tổn thương cấu trúc thận như tiểu máu, tiểu đạm, bất thường trên siêu âm, …

1. Bệnh não gan

Là rối loạn chức năng não do suy tế bào gan có/không thống nối cửa chủ biểu hiện bằng triệu chứng rối loạn TK đa dạng, cơ chế chưa rõ nên cần loại trừ các nguyên nhân khác

Type A: do suy gan cấp

Type B: do thông nối cửa chủ

Type C: do xơ gan

* Độ nặng
* Độ I: thay đổi chu kì ngủ, lú lẫn, rung vẫy, dễ bị kích thích
* Độ II: ngủ lịm, mất định hướng, thái độ bất thường
* Độ III: lơ mơ, lú lẫn nặng, hung hăng
* Độ IV: hôn mê
* Yêu tố thúc đẩy
* Nhiễm trùng
* Tăng NH3 do CHTH, ăn nhiều đạm, tăng ure huyết
* Thuốc an thần
* Rối loạn nước điện giải: nôn ói, lợi tiểu
* Rối loạn kiềm toan:
* Rối loạn chức năng gan tiến triển: suy gan
* Biểu hiện trên EEG sóng chậm, NH3 máu không nhạy

1. Ung thư gan

Ung thư biểu mô tb gan hay ung thư tb gan (HCC)

Tiêu chuẩn CĐ

* Ko xơ gan: GPB
* Có xơ gan: GPB và/hoặc dấu ấn HCC trên CT, MRI, EUS

Tầm soát UT gan: AFP và siêu âm mỗi 6 tháng

CLS biến chứng

* XHTH: nội soi, CTM
* Báng bụng kháng trị: siêu ấm, phân tích dịch báng, cấy dịch
* VPMNKNP: phân tích và cấy dịch báng
* Bệnh não gan: EEG, Ure
* HRS: BUN, Creatinin lặp lại (buộc phải có báng bụng)
* Ung thư gan: GPB hoặc CT, AFP

Các mốc xác định tăng hạ Natri và Kali

Tăng Na: > 145 mmol/L

Hạ Nat: < 135 mEq/L

Tăng K: > 5,5 mEq/L

Hạ K: < 3,5 mEq/L