

XƠ GAN

*BS Nguyễn Hữu Trí
Khoa Nội Tiêu Hóa*

1. Đại cương

Xơ gan là một bệnh gan mạn tính trong đó tế bào gan bị thoái hóa hoại tử và được thay thế bởi những tế bào gan tăng sinh và các dải xơ làm cho cấu trúc tiêu thụ gan bị thay đổi thành những nốt tăng sinh không có chức năng.

2. Nguyên nhân

- Viêm gan virus B + - Delta C
- Rượu
- Ú mật
- Chuyển hóa
- Mạch máu
- Rối loạn miễn dịch
- Suy dinh dưỡng
- Nhiễm trùng
- Sang thương dạng hạt
- Xơ gan căn nguyên ẩn.

3. Chẩn đoán

- Tiền căn nghiện rượu, viêm gan siêu vi B, C, vàng da niêm...
- Các hội chứng: Tăng áp lực tĩnh mạch cửa, suy tế bào gan.
- Siêu âm và CT scan: Có các hình ảnh gan to hồng teo nhỏ, hay cấu trúc nốt, thô, bờ không đều. Có thể thấy tĩnh mạch cửa dẫn, lách to giúp cho chẩn đoán tăng áp lực tĩnh mạch cửa.
- Nội soi dạ dày tá tràng: Dẫn tĩnh mạch thực quản, dẫn tĩnh mạch tâm phình vị.
- Xét nghiệm:
 - + Huyết học: Tiểu cầu giảm
 - + Yếu tố đông máu: TQ kéo dài
 - + Sinh hóa máu: Bilirubin tăng, AST và ALT bình thường hay tăng, GGT tăng, ALP tăng, Albumin giảm...
- Sinh thiết gan: “Tiêu chuẩn vàng”

4. Phân loại

Phân loại: Child – Pugh – Turcotte

	Điểm 1	Điểm 2	Điểm 3
Bệnh não gan	Không	Độ 1 - 2	Độ 3 - 4
Bảng bụng	Không	Nhẹ	Trung bình
Bilirubin máu	< 2 mg%	2 – 3 mg%	> 3 mg%
Albumin máu	> 3,5 g/dl	2, 8 – 3,5 g/dl	< 2, 8 g/dl
TQ kéo dài	< 4	4” – 6”	> 6”

Child A: 5 – 6 điểm

Child B: 7 – 9 điểm

Child C: 10 - 15 điểm

5. Điều trị

Xơ gan không có trị liệu nào chữa lành xơ gan hoặc phục hồi mô sẹo ở gan. Việc điều trị nhằm ngăn ngừa hoặc làm chậm tổn thương gan, làm chậm diễn tiến bệnh.

Do đó điều trị xơ gan gồm:

- Điều trị nguyên nhân nếu được
- Điều trị nâng đỡ
- Điều trị bàng bụng
- Dự phòng và điều trị biến chứng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

➤ Biện pháp chung:

- Nghỉ ngơi.
- Tránh sử dụng các loại thuốc, các loại hóa chất gây độc cho gan, ngưng uống rượu.
- Nhu cầu dinh dưỡng
 - + Lượng đạm: 1 – 1,5 g/kg cân nặng
0,5 – 0,7 g/kg/ngày dạng hỗn mê gan
Nên chọn đạm thực vật

+ Giảm mỡ.

+ Lượng đường tùy thuộc vào đường huyết

+ Bổ sung đầy đủ vitamin và các khoáng chất

+ Ăn nhiều rau tránh táo bón

➤ Điều trị bàng bụng

- Hạn chế natri trong chế độ ăn:

+ 44 – 88 mEq/ ngày (1 – 2g sodium/ ngày), phù, bàng bụng nhẹ

+ < 20 mEq/ ngày, bàng bụng trung bình, nghỉ ngơi.

- Hạn chế nước:

+ Không cần thiết

+ Hạn chế nước nếu bệnh nhân bị giảm Na do pha loãng (< 125 mEq/L)

- Thuốc lợi tiểu:

+ Spironolactone (Verospiron, Spinolac): thuốc lựa chọn hàng đầu, bắt đầu với liều 50 – 100mg/ ngày, tăng liều mỗi 5 – 7 ngày đến khi đạt hiệu quả. Liều tối đa 400mg/ ngày.

+ Furosemide: Liều khởi đầu 40mg/ ngày có thể tăng dần đến 160mg/ ngày, phối hợp với Spinolactone theo tỉ lệ S/F: 100/40

+ Điều trị lợi tiểu nhằm giảm 0,5kg/ ngày nếu bệnh nhân bàng bụng không phù chân, 1kg/ ngày với bệnh nhân có phù chân

➤ Phòng ngừa xuất huyết do dẫn vỡ tĩnh mạch thực quản

Thuốc ức chế beta và nitrate.

- Chỉ định thuốc ức chế beta:

+ Tuân thủ điều trị

+ Không có chống chỉ định với thuốc

+ Propranolol cho khởi đầu liều thấp 40mg/ ngày tăng liều dần sau 3 – 5 ngày cho đến khi đạt được nhịp tim lúc nghỉ ngơi giảm 20 – 25%

- Thuốc Nitrate Isosorbide 5 mononitrate (Imdur)

+ Phối hợp với ức chế beta làm gia tăng hậu quả của thuốc

- + Liều 30mg/ ngày
- Phòng ngừa viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát
- Chỉ định trong những trường hợp có nguy cơ cao viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát
 - + Sau viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát: thời gian là vô hạn hoặc bệnh nhân hết dịch màng bụng
 - + Xuất huyết tiêu hóa: 7 ngày
- Kháng sinh
 - + Norfloxacin 400mg/ ngày
 - + Trimethoprim – Sulfomethoxazole 960mg/ ngày

6. Tiêu chuẩn nhập viện

- Xuất huyết tiêu hóa
- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát
- Bệnh não gan
- Hội chứng gan thận
- Ung thư hóa
- Rối loạn điện giải nặng
- Rối loạn đông máu
- Rối loạn chuyển hóa đường năng
- Viêm mô tế bào
- Báng bụng kháng trị
- Nội soi thất dẫn tĩnh mạch thực quản, chích xơ, chích keo sinh học.