**I. BÁNG BỤNG**

1. **Điều trị triệu chứng báng bụng.**
* Nhập viện: Chọc dò chẩn đoán và tầm soát biến chứng.
* Tìm yếu tố thúc đẩy báng bụng: Ăn mặn, truyền NaCl 0,9% (do XHTH, truyền dịch quanh phẫu thuật), thường báng bụng tự phục hồi sau khi ngưng yếu tố thúc đẩy.
* Nghĩ ngơi tại giường (lợi tiểu tự nhiên).
* Chế độ ăn không nêm, không chấm (2g natri/ngày).
* Nước nhập không hạn chế, trừ khi BN có hạ natri máu (Na < 125mEq/l).
* Chế độ ăn đạm bình thường, ngoại trừ bệnh não gan.
* Thời điểm khởi động lợi tiểu? Khi không có chống chỉ định như: nhiễm trùng, XHTH, bệnh não gan, rối loạn chức năng thận, hạ natri máu nặng.
* Chỉ định lợi tiểu ? Điều trị nội trú.
* Phối hợp Spironolacton 50-100mg + Furosemide 20-40mg ngay từ đầu, nếu BN có báng bụng kèm phù chân (không giảm kali). Cách này có lợi hơn điều trị ***thêm vào,*** nó giúp rút ngắn thời gian đạt liều điều trị mong muốn, không gây tăng kali.
* Spironolacton 50mg liều khởi đầu, khi BN chỉ có báng bụng ít nhất độ 2 (Không tăng kali). Nếu báng độ 1, chỉ cần chế độ ăn cữ muối - không nêm, không chấm, không nên cho lợi tiểu ( dễ phạm vào thể tích tuần hoàn hữu hiệu).
* Gia giảm liều như thế nào?Dựa vào:
* **Cân nặng:** giảm hàng ngày (điều trị nội trú) không quá 0,5 kg khi chỉ có báng bụng và không quá 1 kg nếu báng bụng kèm phù chân .
* **Huyết áp:** Nếu HA thấp mà creatinin không tăng, vẫn tiếp tục lợi tiểu được. Giảm liều khi có triệu chứng hạ HA tư thế .
* **Ion đồ máu**: Nếu < 130. Giảm liều.
* **Creatinin:** Tăng creatinin > 50% (> 1,5 mg/dl). Tạm ngưng lợi tiểu, khi creatinin trở về trị số ban đầu, bắt đầu lại bằng liều thấp hơn. Khi creatinin và ion đồ bình thường, thì tăng liều gấp đôi, nếu cân nặng chưa giảm như mong muốn hoặc giảm nữa liều khi vượt giới hạn trên cho phép. Nên theo dõi creatinin và ion đồ 2 lần/tuần.
* **Ngưng lợi tiểu khi nào?**
* Khi xuất hiện ít nhất 1 trong 5 chống chỉ định.
* Khi hết dịch báng. 90% xơ gan báng bụng đáp ứng với điều trị lợi tiểu, 10% kháng trị.
* **Những yếu tố giúp tiên đoán đáp ứng tốt với điều trị lợi tiểu:**
* Báng bụng mới thành lập (Natri máu bình thường)
* Creatinin máu bình thường.
* Nguyên nhân xơ gan kiểm soát được như ngưng rượu ở BN xơ gan rượu, báng có thể tự khỏi hoặc đáp ứng tốt với lợi tiểu.
* Báng thành lập nhanh và có yếu tố khởi phát như XHTH, nhiễm trùng hay sau phẫu thuật.
* **Điều trị ngoại trú:** Báng bụng lượng ít đến trung bình, không phù chân: Spironolacton đơn độc 25-50 mg/ngày, từng bước tăng liều gấp đôi mỗi 1-2 tuần, nếu chưa đạt yêu cầu (<1 kg/ tuần 1 và <2kg/ tuần cho những tuần sau) khi đến liều 200mg/ngày hoặc tăng kali máu, phải cho Furosemid thêm vào. Bắt đầu 20-40mg và tăng từng bước đến tối đa 400 mg Spiro kết hợp 160mg Furosemide/ngày.
* Theo dõi: Mỗi 1-4 tuần, cho đến khi đáp ứng hoàn toàn.
* Lâm sàng: Theo dõi cân nặng, triệu chứng hạ HA tư thế.
* Cận lâm sàng: Theo dõi ion đồ máu, creatinin /máu, tỷ số Natri/Kali ở mẫu nước tiểu bất kỳ.
* Liều lợi tiểu và hạn chế muối: thích hợp nhằm giảm cân theo ý muốn:
* 1-1,5kg tuần đầu và 2-3 kg/ tuần, từ tuần thứ 2.
* Bệnh nhân giảm cân và tỷ số Natri/ Kali trong NT >1, chứng tỏ bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn 2g natri/ngày
* Bệnh nhân tăng cân, mặc dù tỷ số Natri/ Kali trong NT >1, gợi ý bệnh nhân ăn mặn.
* Liều lợi tiểu giảm dần song song với giảm cân nặng mục tiêu ít đi, khi dịch còn rất ít (chỉ phát hiện trên siêu âm) có thể ngưng lợi tiểu.
1. **Điều trị báng kháng trị:**
* *Tiêu chuẩn kháng trị (Kháng với lợi tiểu thật sự):* Sau ít nhất 1 tuần điều trị với lợi tiểu liều cao 400/160 (Spi/ Furo), kết hợp với chế độ ăn không nêm không chấm, mà cân nặng giảm < 0,8 kg/4 ngày và Natri/Kali niệu bất kỳ < 1.
* *Khó kiểm soát với lợi tiểu* (Hầu hết trên lâm sàng, báng kháng trị loại này): Khi tăng liều lợi tiểu thì biến chứng xảy ra như:
* Bệnh não gan không tìm được yếu tố khởi phát nào khác.
* Tăng creatinin máu 100% (> 2mg/dl) ở bệnh nhân có báng đáp ứng với điều trị lợi tiểu.
* Giảm natri máu > 10mmol/L (< 125 mmol/L).
* Thay đổi kali < 3 mmol/L hay > 6 mmol/L.
* *Điều trị*
* *Chọc tháo lượng lớn và truyền albumin:* Chọc tháo lượng lớn (5-8 lít) và truyền albumin 6g cho mỗi lít dịch báng loại ra, 50% truyền lúc tháo dịch và 50% còn lại truyền sau tháo dịch 6-8 giờ.Sau chọc tháo, tiếp tục lợi tiểu, nếu Natri/NT >30 mEq/L. Phương pháp này được xem là thất bại, khi cứ phải chọc tháo và truyền albumin như vậy mỗi tuần. Khi đó bệnh nhân được xem xét đặt TIPS.
* *TIPS (Transjugular intrahepatic portosystem shunt).* Hiệu quả hơn chọc dò lượng lớn, nhưng nguy cơ cao bệnh não gan.
* *Phẫu thuật tạo shunt (Peritoneovenous shunt)*. Hiệu quả và tỷ lệ tử vong tương tự chọc tháo lượng lớn truyền albumin.

**II. VIÊM PHÚC MẠC NHIỄM KHUẨN NGUYÊN PHÁT**

**1. Yếu tố nguy cơ**

* Nồng độ protein dịch màng bụng < 1 g/dL.
* Xuất huyết tiêu hoá do vỡ tĩnh mạch thực quản dãn.
* Có tiền căn viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát trước đó.

**2. Triệu chứng lâm sàng**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lâm sàng** | **Tỉ lệ (%)** |
| Sốt | 69 |
| Đau bụng | 59 |
| Rối loạn ý thức | 54 |
| Căng chướng bụng | 49 |
| Tiêu chảy | 32 |
| Giả tắc ruột | 30 |
| Huyết áp thấp | 21 |
| Hạ thân nhiệt | 17 |

**3. Nguyên nhân**

* Vi trùng thường gặp: Escherichia coli, Klebsiella, Streptococus pneumoniae

**4. Chẩn đoán xác định**

* Khi bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch màng bụng > 250/mm³.

**5. Điều trị**

* Kháng sinh: cephalosporin thế hệ thứ 3: tiêm tĩnh mạch, 5-7 ngày.
	+ Ceftriaxon 1-2 g/ngày.
	+ Hoặc Cefotaxim 1-2 g/6-8 giờ.
* Ofloxacin: 400 mg, 2 lần/ngày, thay thế cho cefotaxim khi trường hợp bệnh nhẹ, chưa sử dụng quinolone trước đó, creatinin máu > 3 mg%.
* Xét nghiệm dịch màng bụng lại sau 48-72 giờ khi lâm sàng không cải thiện. Lựa chọn kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ.
* *Phòng ngừa HC gan thận type1.* Nếu creatinin>1mg/dl hoặc Bilirubin TP > 4mg/dl, thì trong vòng 6 giờ kể từ khi có chẩn đoán VPMNKNP phải khởi động truyền Albumin 1,5g/kg cân nặng, liều thứ 2 là 1g/kg cân nặng vào ngày thứ 3 của bệnh.
* Phòng ngừa thứ phát: Norfloxacin 400 mg uống/ngày không những giảm tỉ lệ tái phát mà còn làm chậm diễn tiến hội chứng gan thận và tỉ lệ tử vong.
* Khi bệnh nhân đang phòng ngừa bằng Norfloxacin mà bị viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát nên dùng Cefotaxim kết hợp với Metronidazole đủ 7 ngày.

**6. Tiên lượng** tốt hơn trên những bệnh nhân:

* Trẻ tuổi
* Không bị toan máu và suy thận
* Bilirubin máu < 5 mg%
* Mắc phải trong cộng đồng tốt hơn trong bệnh viện
* Tỉ lệ sống 1 năm là 40%.

**III. XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DO VỠ DÃN TĨNH MẠCH CỬA**

**1. Phòng ngừa nguyên phát xuất huyết tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản dãn**

* Dãn tĩnh mạch thực quản nhỏ (F1):
	+ Không dấu đỏ trên nội soi + xơ gan Child A: có thể sử dụng ức chế beta không chọn lọc.
	+ Có dấu đỏ+ xơ gan Child B, C: sử dụng ức chế beta không chọn lọc.
* Dãn tĩnh mạch thực quản vừa và lớn (F2, F3):
	+ Dùng ức chế beta không chọn lọc
	+ Thắt tĩnh mạch thực quản dãn.
* Không nên sử dụng ức chế beta:
	+ Báng bụng kháng trị
	+ Huyết áp tâm thu < 90 mmHg + Giảm Na máu (<130 mmol/L)
	+ Tổn thương thận cấp

**Bảng 1: Phòng ngừa nguyên phát xuất huyết do vỡ TMTQ dãn**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **LIỀU** | **MỤC ĐÍCH** | **THỜI GIAN** | **THEO DÕI** |
| Propranolol | Bắt đầu 20mg, uống 2 lần/ngày, tăng liều mỗi 2 – 3 ngày | Tăng liều đến khi nhịp tim giảm 55 – 60 lần/phút, huyết áp tâm thu ≥ 90mmHg | Không xác định | Nhịp tim, không cần theo dõi nội soi |
| Nadolol | 20 – 40mg uống 1 lần/ ngày | Tăng liều đến khi nhịp tim 55 – 60 lần/phút, huyết áp tâm thu ≥ 90mmHg | Không xác định | Nhịp tim, không cần theo dõi nội soi |
| Carvedilol | Bắt đầu 6,25mg uống 1 lần/ ngày. Sau 2 -3 ngày tăng liều 6,25mg 2 lần/ngày | Huyết áp tâm thu ≥ 90mmHg | Không xác định | Không cần theo dõi nội soi |
| Nội soi thắt tĩnh mạch thực quản dãn | Mỗi 2 – 8 tuần | Không còn tĩnh mạch thực quản | Cho đến khi không còn tĩnh mạch thực quản dãn | Nội soi lại sau 3- 6 tháng khi hết dãn tĩnh mạch, sau đó mỗi 6 – 12 tháng |

**2. Điều trị xuất huyết tiêu hoá do vỡ tĩnh mạch thực quản dãn**

* Mục đích: đảm bảo phục hồi tình trạng tưới máu mô. Bồi hoàn thể tích tuần nên thực hiện đầu tiên nhằm duy trì huyết động học ổn định.
* Truyền hồng cầu lắng đưa nồng độ hemoglobin máu 7-8 g/dL
* Sử dụng kháng sinh dự phòng: 5-7 ngày
	+ Norfloxacin 400 mg, 2 lần/ngày
	+ Hoặc Ceftriaxon 1 g/ngày IV.
* Nên nội soi dạ dày thực quản sớm: trong 12 giờ đầu nhâp viện
* Điều trị bằng thuốc vận mạch:
	+ Nếu nghi ngờ chảy máu từ tĩnh mạch thực quản nên dùng thuốc vận mạch càng sớm càng tốt, dùng trước khi nội soi.
	+ Thuốc vận mạch (terlipressin, somatostatin, octreotide) sử dụng kết hợp với điều trị nội soi, thời gian 2-5 ngày.
* Điều trị nội soi:
	+ Được chỉ định cho bệnh nhân chảy máu từ tĩnh mạch thực quản dãn.
	+ Nội soi thắt tĩnh mạch thực quản nên sử dụng trước, chích xơ được thực hiện khi không thắt cấp cứu được.
	+ Chích histoacryl (N-butyl-cyanoacrylate) hoặc TIPS nếu chảy máu do dãn TM dạ dày.
* TIPS:
	+ Thực hiện sớm trong 72 giờ
	+ Chỉ định cho những bệnh nhân có nguy cơ cao sau khi thất bại với thuốc vận mạch và điều trị nội soi (xơ gan Child- Pugh C < 14 điểm hoặc xơ gan Child B đang chảy máu).
* Sử dụng bóng chèn: ống thông Blakemore
	+ Trong trường hợp chảy máu lượng nhiều
	+ Tạm thời trước khi can thiệp nội soi hoặc TIPS.
* Phòng ngừa bệnh não gan:
	+ Lactulose 15-30 mL/lần, điều chỉnh cho đi tiêu 2-3 lần/ngày
	+ Rifaximin 550 mg uống 2 lần/ngày hoặc metronidazole 250 mg uống ngày 2 lần.
* Đánh giá tiên lượng:
	+ Gradient áp lực TM gan > 20 mmHg, xơ gan Child-Pugh C, đang chảy máu trong lúc nội soi là yếu tố dự đoán thất bại trong 5 ngày đầu điều trị.
	+ Child-Pugh C, điểm MELD> 18, thất bại trong kiểm soát chảy máu hoặc chảy máu tái phát sớm là yếu tố tiên lượng tử vong 6 tuần.

**Bảng 2: Thuốc co mạch trong điều trị XHTH do vỡ TMTQ dãn**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **THUỐC CO MẠCH** | **LIỀU** | **THỜI GIAN** | **THEO DÕI** |
| **Somatostatin** | 250 µg bolus TM (có thể lập lại trong giờ đầu nếu như còn chảy máu), sau đó TTM 250-500 µg/giờ. | 2 -5 ngày | Bolus có thể lập lại trong giờ đầu nếu chảy máu không kiểm soát được, nếu chảy máu tái phát cân nhắc làm TIPS. |
| **Terlipressin** | 2 mg IV mỗi 4 giờ trong 48 giờ đầu, sau đó 1 mg IV mỗi 4 giờ | 2-5 ngày | Nếu chảy máu tái phát cân nhắc làm TIPS |
| **Octreotide** | 50 µg bolus IV, sau đó TTM 50 µg/giờ | 2-5 ngày | Bolus có thể lập lại trong giờ đầu nếu chảy máu không kiểm soát được, nếu chảy máu tái phát cân nhắc làm TIPS. |

* Phòng ngừa chảy máu tái phát
* Thời gian bắt đầu phòng ngừa chảy máu tái phát càng sớm càng tốt, sau khi tình trạng cầm máu ổn định.
* Dùng thuốc ức chế beta kết hợp với nội soi thắt tĩnh mạch thực quản làm giảm tỉ lệ chảy máu tái phát tốt hơn khi dùng một loại (cách dùng giống như phòng ngừa nguyên phát).
* Bệnh nhân không đồng ý thắt tĩnh mạch thực quản dùng: ức chế beta.
* Bệnh nhân chống chỉ định hoặc không dung nạp ức chế beta: nội soi thắt tĩnh mạch thực quản.
* Bệnh nhân dãn tĩnh mạch dạ dày: chích histoacryl (N-butyl- cyanoacrylate) hoặc TIPS.

**IV. HỘI CHỨNG GAN THẬN**

**1. Đại cương**

* Hội chứng gan thận là suy thận chức năng, thường xảy ra trên bệnh nhân xơ gan có báng bụng.
* Các yếu tố nguy cơ:
* Nhiễm trùng (57%)
* Xuất huyết tiêu hóa (36%)
* Chọc tháo dịch báng lượng lớn (7%)

**2. Chẩn đoán**

* ***Tiêu chuẩn chính:***
* Giảm độ lọc cầu thận biểu hiện creatinin máu >1,5 mg/dL hoặc độ thanh thải creatinin trong 24 giờ < 40 mL/phút.
* Không có: choáng, nhiễm trùng, mất nước, điều trị thuốc độc hại thận.
* Chức năng thận không cải thiện (creatinin máu giảm < 1,5 mg/dL hoặc độ thanh thải creatinin > 40 mL/phút) sau khi ngưng điều trị với thuốc lợi tiểu hoặc tăng thể tích huyết tương với truyền 1,5 lít dịch.
* Protein niệu < 500 mg/ngày và trên siêu âm không có dấu hiệu tắc nghẽn đường niệu hoặc bệnh chủ mô thận.
* ***Tiêu chuẩn phụ:***
* Thể tích nước tiểu < 500 mL/ngày
* $Na^{+}$ niệu <10 mEq/L
* Độ thẩm thấu nước tiểu lớn hơn huyết tương
* Hồng cầu nước tiểu <50 trên vi trường
* Nồng độ $Na^{+}$ huyết thanh < 130 mEq/L.

**3. Phân loại**

Dựa vào lâm sàng, người ta phân hội chứng gan thận làm 2 loại:

* ***Type 1:***
* Suy chức năng thận diễn tiến nhanh (< 2 tuần)
* Creatinin máu tăng gấp đôi và tăng > 2,5 mg/dL hoặc độ thanh thải creatinin giảm đi một nửa và giảm < 20 mL/phút
* Thường xảy ra trên bệnh nhân suy gan nặng và suy đa cơ quan
* Thường xảy ra sau viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát
* Tử vong trong 2-3 tháng.
* ***Type 2:***
* Suy thận diễn tiến chậm hơn
* Creatinin máu từ 1,5-2,5 mg/dL
* Thường xảy ra sau báng bụng kháng trị
* Tử vong khoảng 6 tháng

**4. Điều trị**

* Tỉ lệ tử vong của hội chứng gan thận cao cho nên dự phòng là chính.
* Điều trị lí tưởng cho hội chứng gan thận là ghép gan
* Điều trị nội mục đích nhằm chuẩn bị cho ghép gan:
* Thuốc co mạch kết hợp truyền albumin
* TIPS khi điều trị thuốc co mạch thất bại
* Truyền album nhằm tăng thể tích huyết tương, truyền 1 g/kg cân nặng trong ngày đầu, sau đó 20-40 g mỗi ngày.
* Thuốc co mạch:
* Terlipressin
* Noradrenalin
* Midodrine
* Octreotide

**Bảng 3: Thuốc co mạch dùng trong hội chứng gan thận**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **THUỐC** | **LIỀU DÙNG** | **THỜI GIAN ĐIỀU TRỊ TỐI ĐA (ngày)** | **TÁC DỤNG PHỤ** |
| **Terlipressin** | 0,5-2 mg/4 giờ TM | 15 | Thiếu máu cục bộ cơ tim, nội tạng và ngoại biên |
| **Noradrenalin** | Truyền TM 0,5-3 mg/giờ | 15 | Thiếu máu cục bộ cơ tim, nội tạng và ngoại biên |
| **Octreotide** | 100-200 µg/8 giờ tiêm dưới da | 15 |  |
| **Midodrine** | 7,5-12,5 mg/8 giờ uống |  |  |

**V. BỆNH NÃO GAN**

**1. Đại cương**

* Bệnh não gan hay bệnh gan cửa chủ, là tình trạng rối loạn tâm thần kinh phức tạp thường xảy ra trên bệnh nhân bị bệnh gan cấp tính hay bệnh gan mạn tính tiến triển có suy tế bào gan. Bệnh não gan thường xảy ra ở bệnh gan mạn tính có/không kèm theo thông nối cửa – chủ.
* Đặc trưng của bệnh não gan là sự thay đổi nhân cách, ý thức, chức năng vận động và hành vi. Biểu hiện thay đổi tâm thần kinh từ mức dưới lâm sàng đến hôn mê.
* **Các yếu tố thúc đẩy bệnh não gan:** Là các yếu tố làm gia tăng sản xuất các độc chất trong máu hoặc làm các độc chất dễ thấm vào não. Các yếu tố thúc đẩy gồm:
* Xuất huyết tiêu hóa
* Nhiễm trùng
* Giảm thể tích tuần hoàn (nôn ói, tiêu chảy,…)
* Dùng thuốc an thần (nhóm benzodiazepines,…)
* Chế độ ăn nhiều protein
* Rối loạn điện giải (hạ kali máu, hạ natri máu)
* Dùng lợi tiểu quá liều
* Táo bón
* Phẫu thuật.

**2. Chẩn đoán**

**2.1. Chẩn đoán xác định**

**2.1. 1. Lâm sàng:**

* Khám thực thể có thể chẩn đoán được bệnh não gan:
* Hơi thở mùi gan
* Loạn giữ tư thế hoặc rung không kiểm soát được
* Tăng phản xạ gân sâu, dấu Bakinski một hoặc hai bên, mất phối hợp vận động, loạn vận ngôn,…
* Thay đổi tình trạng tâm – thần kinh:
* Trên bệnh nhân xơ gan nên đánh giá tình trạng tâm thần cẩn thận để phát hiện bệnh não gan dưới lâm sàng (subclinical): cho bệnh nhân viết tên, vẽ hình vuông, ngôi sao, hình xoắn ốc, test xóa chữ A (A deletion test)…
* Đánh giá mức độ bệnh não gan: xem bảng

**Bảng 4: Phân loại mức độ bệnh não gan (theo West Haven)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ĐỘ** | **BIỂU HIỆN** |
| **Tối thiểu** | Test tâm thần bất thường nhưng không bất thường ý thức, hành vi, hoặc nhân cách |
| **1** | Giảm nhận thức nhẹ, giảm sự tập trung, chu kỳ ngủ ngày đêm bị đảo ngược |
| **2** | Thờ ơ mất định hướng, thay đổi nhân cách, hành vi không thích hợp, có thể có dấu run vẫy |
| **3** | Ngủ gà, lú lẫn, mất định hướng hoàn toàn, còn đáp ứng với y lệnh, có dấu run vẫy |
| **4** | Hôn mê |

* Các triệu chứng của bệnh gan cấp hay mạn:
	+ - Hội chứng suy tế bào gan
		- Hội chứng tăng áp tĩnh mạch cửa

**2.1.2. Cận lâm sàng:**

* Công thức máu: giảm một hoặc nhiều dòng tế bào máu.
* NH3/máu (động mạch/tĩnh mạch): có thể tăng.
* Điện não đồ: có thể thấy hình ảnh thay đổi nhịp điệu sóng chậm ba pha điển hình, tăng biên độ sóng θ, xuất hiện rải rác sóng δ hoặc sóng ba pha.
* Xét nghiệm chức năng gan, thận (INR, PT, APTT, bilirubin, albumin, GGT, alkaline, phosphatase, BUN, creatinine): ghi nhận có bất thường.
* Khí máu động mạch: giảm Pa$O\_{2}$
* lon đồ/máu: chú ý giảm Na, K
* CT Scan hoặc MRI sọ não (không cản quang/từ): không giúp chẩn đoán xác định nhưng nên thực hiện vì nguy cơ xuất huyết nội sọ ở bệnh nhân xơ gan tăng gấp 5 lần.
* Phân loại bệnh não gan: dựa vào 04 yếu tố:
	+ - Bệnh nền:
* Type A: suy gan cấp
* Type B: thông nối cửa chủ
* Type C: xơ gan

Biểu hiện lâm sàng type B và C giống nhau, còn type A có liên quan đến tăng áp nội sọ và gây tụt não.

* + - Mức độ nặng: theo phân độ WHC (West Haven Criteria)
		- Theo diễn tiến thời gan:
* Bệnh não gan tái phát < 6 tháng
* Bệnh não gan dai dẳng: có thay đổi cách cư xử và đôi khi tái phát bệnh não gan rõ
	+ - Yếu tố thúc đẩy:
* Có và không có yếu tố thúc đẩy
* Có yếu tố thúc đẩy thường type C

**2.2. Chẩn đoán phân biệt**

Trên bệnh nhân xơ gan có thay đổi tình trạng tâm thần, ngoài bệnh não gan nên nghĩ đến các nguyên nhân khác như:

* + Xuất huyết trong nội sọ
	+ Viêm màng não
	+ Hạ kali máu, hạ natri máu
	+ Thuốc: benzodiazepines, an thần, thuốc phiện
	+ Rượu: hội chứng cay rượu, bệnh não Wemicke
	+ Hạ đường huyết
	+ Hôn mê do tăng đường huyết
	+ Rối loạn tâm thần
* Stress nội khoa trầm trọng: nhiễm trùng suy đa cơ quan.

**3. Điều trị**

* Bệnh nhân Glasgow ≤ 7, không còn cơ chế bảo vệ đường thở nên có thể đặt nội khí quản để phòng ngừa viêm phổi hít
* Đặt ống thông dạ dày: để bơm thuốc và thức ăn, phòng ngừa hít sặc.
* Kiểm soát các yếu tố thúc đẩy là rất quan trọng
* Dinh dưỡng: rất quan trọng
	+ Năng lượng nhập cần hàng ngày 35-40 kcal/kg cân nặng; đường 50-60%, đạm 20-30% (1,2-1,5 g/kg cân nặng) và mỡ 10-20%.
	+ Nên chia nhỏ các bữa ăn, 4-6 lần/ngày.
	+ Chế độ ăn nhiều rau: giúp tăng bài tiết sản phẩm có nitrogen trong phân.
* Lactulose:
	+ Liều đầu tiên 30 mL uống, có thể điều chỉnh liều sao cho bệnh nhân đi tiêu 2-3 lần/ngày.
	+ Có thể thụt tháo: 300 mL lactulose + 700 mL nước thụt giữ 60 phút, lập lại 6-8 giờ.
	+ Dùng quá liều: gây mất nước, rối loạn điện giải sẽ thúc đẩy bệnh não gan nặng hơn.
* Kháng sinh: loại không hấp thu là lựa chọn tiếp theo sau lactulose giúp làm giảm số lượng vi khuẩn sinh urease từ ruột. Có thể dùng một trong các kháng sinh sau:
	+ Neomycin:
* Giai đoạn cấp có thể dùng 3-6 g/ngày
* Giai đoạn mạn: 1-2 g/ngày
* Có thể gây độc trên thận và tai
* Hiện không dùng.
* Metronidazole: 250 mg, 2 lần/ngày.
* Dùng lâu dài gây độc trên thận, tai và thần kinh.
* Hiện dùng rất hạn chế.
* Rifaximin: 550 mg, 2 lần/ngày
* Không hấp thu vào máu, dung nạp tốt, hiệu quả và tính an toàn hơn các kháng sinh khác.
* Khuyến cáo hiện nay ưu tiên sử dụng kèm với lactulose.
* Những điều trị khác:
	+ Kẽm, sodium benzoate, vancomycin, amino axit phân nhánh, L-Ornithine L-Aspartate (LOLA) tĩnh mạch
	+ Probiotic, prebiotic.
* Phòng ngừa bệnh não gan
* Lactulose: phòng ngừa bệnh não gan tái phát sau đợt đầu tiên, sau xuất huyết tiêu hóa.
* Lactulose + Rifaximin: phòng ngừa tái phát sau bệnh não gan lần 2.
* Ngưng phòng ngừa: yếu tố thúc đẩy được kiểm soát tốt, chức năng gan và tình trạng dinh dưỡng được cải thiện.

**VI. PHÒNG NGỪA**

* Giáo dục bệnh nhân và gia đình:
	+ Hiệu quả của thuốc lactulose và rifaximin
	+ Tác dụng phụ của thuốc
	+ Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị
	+ Dấu hiệu sớm nhận biết bệnh não gan tái phát.
* Phòng ngừa tái phát:
	+ Điều trị biến chứng xơ gan
	+ Điều trị bệnh nền
	+ Cải thiện tình trạng dinh dưỡng.

**VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

* Mã Phước Nguyên (2018), “Xơ gan”, Phác đồ điều trị phần nội khoa Bệnh viện Chợ Rẫy, tr: 430-448.
* Phác đồ Bệnh viện Nguyễn Tri Phương (2016).

**LƯU ĐỒ XỬ TRÍ XƠ GAN VÀ BIẾN CHỨNG**

