

Hội chứng gan-thận (HRS) Các yếu tố tiên đoán về diễn tiến:

- Phát triển sau khởi phát **cỗ trướng** tại thời điểm:
 - 2 năm 32%
 - 5 năm 41%
- Nguyên nhân thường gặp nhất của HRS típ 1 là viêm phúc mạc nguyên phát (SBP)
- 30% bệnh nhân bị **SBP** sẽ phát triển thành HRS.
- HRS là yếu tố tiên đoán quan trọng nhất về tỷ lệ **tử vong tại bệnh viện** ở bệnh nhân bị SBP

Gines, 1993

Hội chứng gan-thận là gì?

Suy thận chức năng
và có khả năng hồi phục



Ở bệnh nhân bị **suy gan nặng**
(cấp hoặc mạn tính) và tăng áp
tĩnh mạch cửa



Không có nguyên nhân
gây suy thận được phát hiện

CHẨN ĐOÁN LOẠI TRƯỜNG

Salerno F, Gerbes A, Gines P, et al. Gut 2007;56:1310-1318

BỆNH SINH CỦA HRS

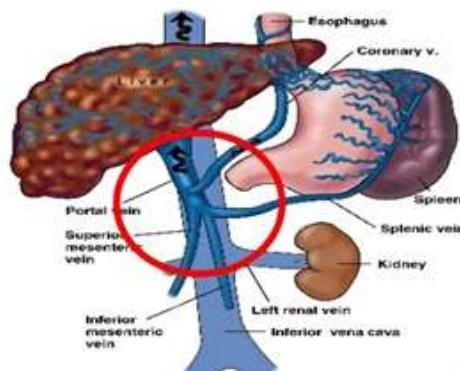
Portal hypertension



Splanchnic vasodilation

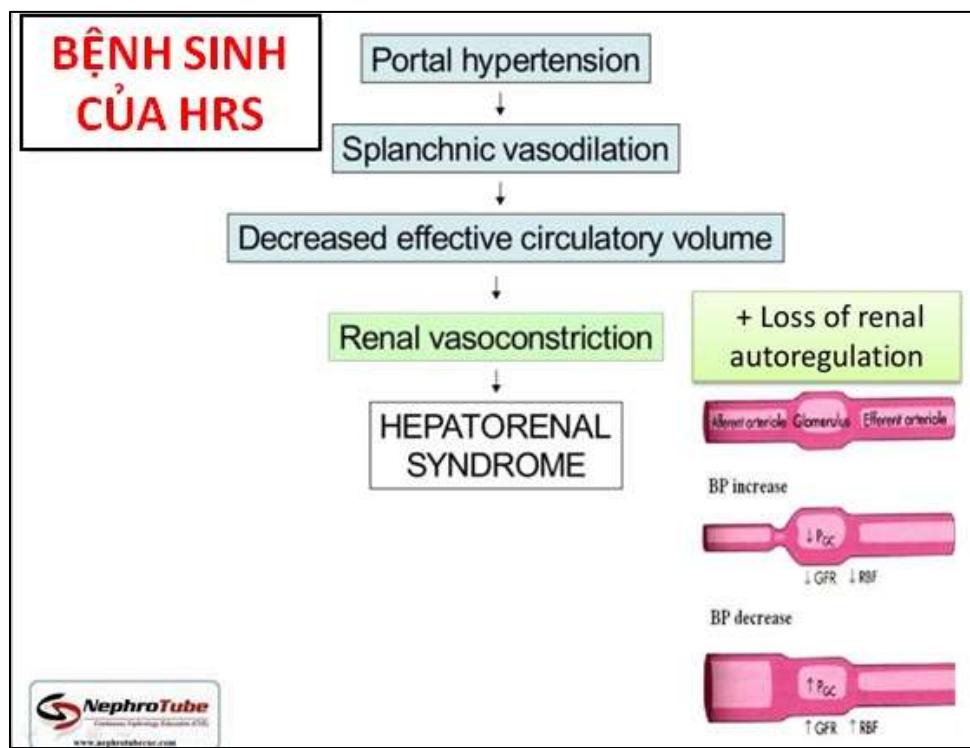
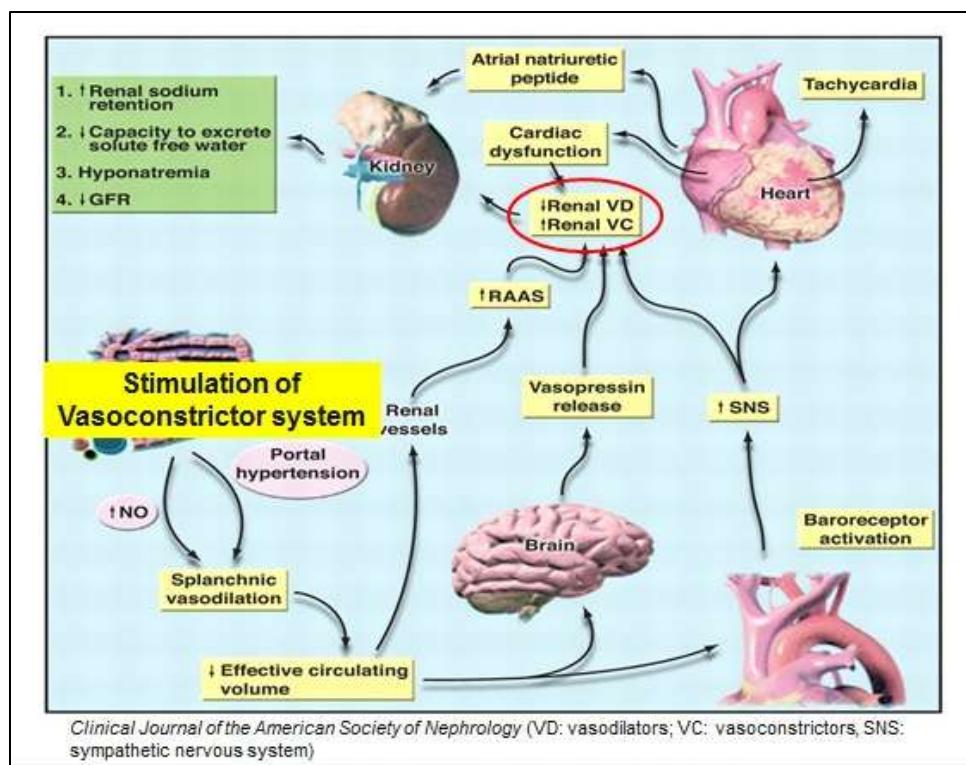
Increased production or activity of vasodilators (with nitric oxide thought to be most important)

Splanchnic Steal Syndrome
pooling of blood in the
splanchnic vascular bed



Ginès P, Schrier RW. N Engl J Med. 2009;361(13):1279.
Iwakiri Y. J Clin Gastroenterol. 2007;41 Suppl 3:S288.





BỆNH SINH CỦA HRS

Vasoactive Factors Involved in the Regulation of Renal Perfusion in Cirrhosis and the Pathogenesis of Hepatorenal Syndrome

Vasodilators

Prostacyclin
Prostaglandin E2
Nitric oxide
Atrial natriuretic peptide
Kallikrein-kinin system

Vasoconstrictors

Angiotensin II
Norepinephrine
Neuropeptide Y
Endothelin-1
Adenosine
Thromboxane A2
Cysteinyl leukotrienes
F2-isoprostanes

+ Loss of renal autoregulation

Afferent arteriole Glomerulus Efferent arteriole

BP increase

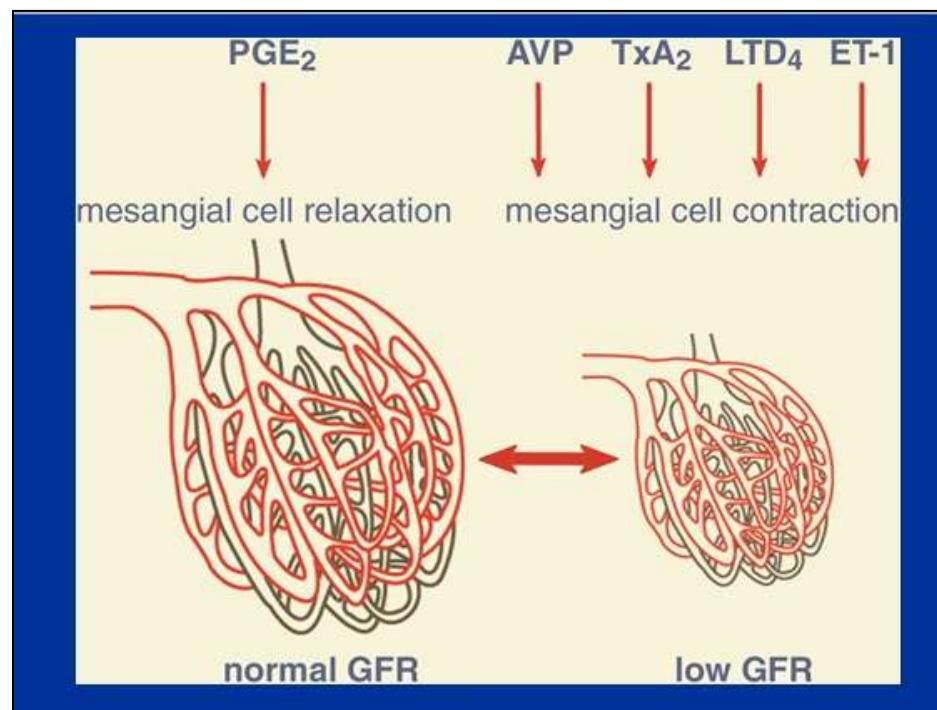
$\downarrow P_{oc}$

BP decrease

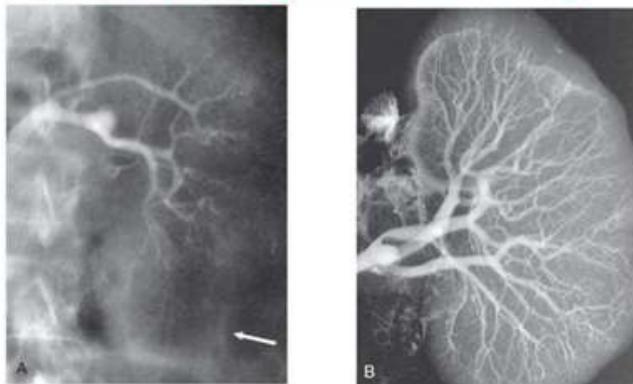
$\uparrow P_{oc}$

$\downarrow GFR \downarrow RBF$

$\uparrow GFR \uparrow RBF$



Bằng chứng cho thấy Thận vẫn còn chức năng bình thường



A, Renal angiogram (the arrow marks the edge of the kidney).
B, The angiogram carried out in the same kidney at autopsy.



Epstein M, Berk DP, Hollenberg NK, et al. Am J Med. 1970; 49:175-185.



Tiêu chuẩn chẩn đoán chính của HRS

1- CÓ BỆNH GAN (cấp hay慢) tiến triển suy gan nặng và tăng áp lực tĩnh mạch cửa



2- CÓ SUY THẬN:

GFR thấp biểu thi bằng creatinine clearance < 40 mL/min hoặc creatinine máu >1,5mg/dL (>133 μ mol/L)



Salerno F, Gerbes A, Gines P, et al. Gut 2007;56:1310-1318.
Arroyo V, Gines P, Gerbes AL, et al. Hepatology. 1996;23:164-176.



Tiêu chuẩn chẩn đoán chính của HRS

3- KHÔNG CÓ BỆNH THẬN trước đó

History: No exposure to nephrotoxins



Lab: Proteinuria < 500 mg/dL.



Imaging: No ultrasonographic findings of parenchymal renal disease.



Salerno F, Gerbes A, Gines P, et al. Gut 2007;56:1310–1318.
Arroyo V, Gines P, Gerbes AL, et al. Hepatology. 1996;23:164–176.



Tiêu chuẩn chẩn đoán chính của HRS

4- KHÔNG CÓ NGUYÊN NHÂN TRƯỚC THẬN

Absence of

Shock



Sepsis



Volume depletion



Salerno F, Gerbes A, Gines P, et al. Gut 2007;56:1310–1318.
Arroyo V, Gines P, Gerbes AL, et al. Hepatology. 1996;23:164–176.



Tiêu chuẩn chẩn đoán chính của HRS

4- KHÔNG CÓ NGUYÊN NHÂN TRƯỚC THẬN



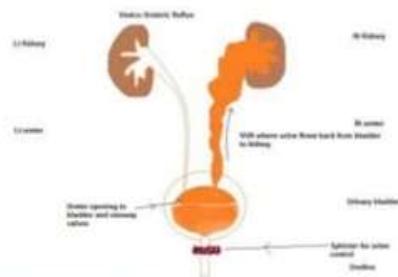
Salerno F, Gerbes A, Gines P, et al. Gut 2007;56:1310–1318.
Arroyo V, Gines P, Gerbes AL, et al. Hepatology. 1996;23:164–176.



Tiêu chuẩn chẩn đoán chính của HRS

4- KHÔNG CÓ NGUYÊN NHÂN SAU THẬN

No ultrasonographic findings of obstructive uropathy



Salerno F, Gerbes A, Gines P, et al. Gut 2007;56:1310–1318.
Arroyo V, Gines P, Gerbes AL, et al. Hepatology. 1996;23:164–176.

