

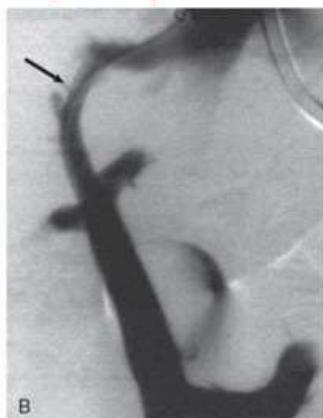
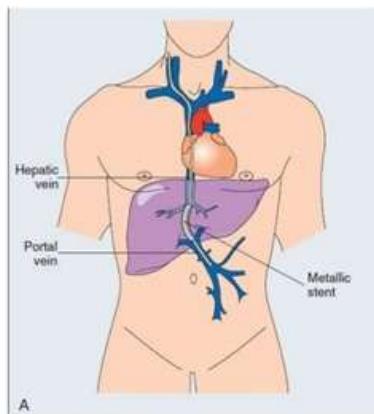
CÁC ĐIỀU TRỊ KHÁC

- **VASODILATORS¹:**
 - Dopamine liều thấp
 - Prostaglandin E1 (misoprostol)
 - Endothelin receptor antagonists
- **N-acetylcysteine (NAC)²** kết hợp với các thuốc vân mạch toàn thân hoặc endothelin-receptor antagonists → có cải thiện creatinine máu sau truyền TM NAC nhưng số liệu nghiên cứu nhỏ và vẫn chưa được áp dụng trên thực tế lâm sàng

HIỆU QUẢ
CHƯA RỒ

1- Angeli P, Volpin R, Gerunda G et al; Hepatology 1999;29:1690-1697 – Wong F, Moore K, Dingemanse J, Jalan R; Hepatology 2008;47:160-168
2- Holt S, Goodier D, Marley R, et al; Lancet 1999;353:294-295 – Izzedine H, Kheder-Elefekih R, Deray G, J Hepatol 2009;50:1055-1056 – Sew S, Mookerjee RP, Jalan R; Gastroenterology 2002;123:2160-2161

Transjugular Intrahepatic Portosystemic Stent-Shunt (TIPS)



The track is dilated (arrow) and stented, creating a shunt as demonstrated on shuntogram.
(Courtesy Dr. W. K. Tso, Queen Mary Hospital, Hong Kong.)

ĐIỀU TRỊ LỌC THẬN

Lọc máu được chỉ định ngắn hạn để
bắc cầu chờ đợi ghép gan

Không có bằng chứng cho thấy Lọc máu sẽ
làm tăng tỷ lệ sống lâu dài khi không ghép gan



Witzke O, Baumann M, Patschan D, et al. J Gastroenterol Hepatol 2004;19(12):1369–1373.



GHÉP GAN



CÁCH ĐIỀU TRỊ DUY
NHẤT CÓ HIỆU QUẢ

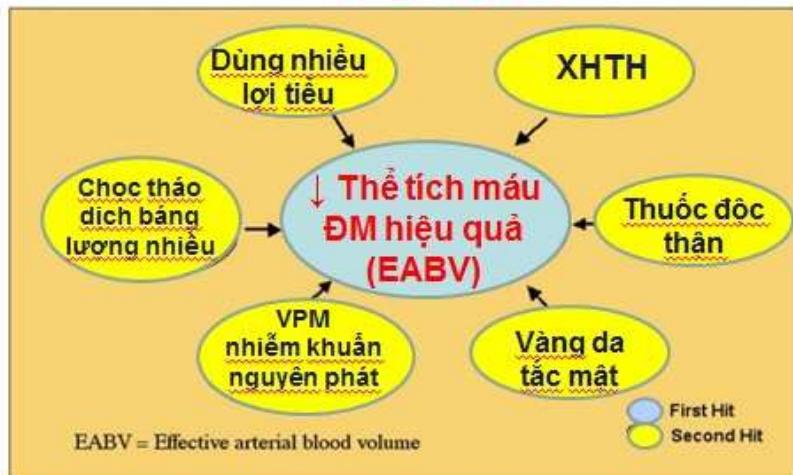
Hầu hết bệnh nhân có GFR cao sau khi ghép gan, nhưng đa số trường hợp chức năng thận không trở về bình thường hoàn toàn, 10% sẽ tiến triển bệnh thận giai đoạn cuối sau 11 năm. Hồi phục HRS trước khi ghép gan có thể đạt được kết cục tốt hơn sau ghép gan.



Marik PE, Wood K, Starzl TE. Nephrol Dial Transplant 2006;21:478–482.



Yếu tố thuận lợi ? Đối tượng nguy cơ ?



Fasolato S, Angeli P, Dallagnese L, et al. Hepatology 2007;45:223–229.



Phòng ngừa như thế nào?

Who At Risk	How To Prevent
1- Large volume paracentesis without plasma expansion	Give 100 ml 20% human albumin per 1.5L ascites removed
2- Over-Diuresis (weight loss >500g/day for several days in ascitic patient without (or 1kg/day in those with) peripheral edema	Judicious use of diuretics, starting with low dose and titrate up slowly.
3- Laxative abuse	diarrhea is a dose limiting sign for lactulose
4- GI bleeding	Fluid & blood replacement till euolemia.
5- SBP (any cirrhotic patient + ascites with deteriorating general condition is SBP till proven otherwise)	A- antibiotics. B- IV albumin 1.5g/kg at diagnosis and 1g/kg 48hrs later.
6- Alcoholic hepatitis	Pentoxifylline (a TNF inhibitor) 400mg tds orally.
7- The use of Nephrotoxic drugs	Avoid. (NSAID, Aminosides, Contrast)
8- Treatment of bleeding and esophageal varices (beta blockers, somatostatin) reduce GFR	Monitored carefully

Phòng ngừa như thế nào?

Who At Risk	How To Prevent
1- Large volume paracentesis without plasma expansion	Give 100 ml 20% human albumin per 1.5L ascites removed
2- Over-Diuresis (weight loss >500g/day for several days in ascitic patient without (or 1kg/day in those with) peripheral edema	Judicious use of diuretics, starting with low dose and titrate up slowly.
3- Laxative abuse	diarrhea is a dose limiting sign for lactulose
4- GI bleeding	Fluid & blood replacement till euvoolemia.
5- SBP (any cirrhotic patient + ascites with deteriorating general condition is SBP till proven otherwise)	A- antibiotics. B- IV albumin 1.5g/kg at diagnosis and 1g/kg 48hrs later.
6- Alcoholic hepatitis	Pentoxifylline (a TNF inhibitor) 400mg tds orally.
7- The use of Nephrotoxic drugs	Avoid. (NSAID, Aminosides, Contrast)
8- Treatment of bleeding and esophageal varices (beta blockers, somatostatin) reduce GFR	Monitored carefully

Bảo vệ thận ở bệnh nhân xơ gan

Phòng ngừa nhiễm trùng:

- Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TM thực quản
 - * 35-66% có nhiễm trùng
 - * 7-15% bị SBP
 - * XHTH kèm cổ trường: 30-50% bị SBP
- Viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát

Gia tăng thể tích huyết tương trong tình trạng nhiễm trùng → truyền albumin + bù dịch

Bảo vệ thận ở bệnh nhân xơ gan

30% SBP



Suy thận

Gines, 1997

Primary Prophylaxis of Spontaneous Bacterial Peritonitis Delays Hepatorenal Syndrome and Improves Survival in Cirrhosis

JAVIER FERNÁNDEZ,* MIGUEL NAVASA,* RAMÓN PLANAS,† SILVIA MONTOLIU,‡ DAVID MONFORT,§
GERMAN SORIANO,§ CARMEN VILA,‡ ALBERTO PARDO,¶ ENRIQUE QUINTERO,¶ VICTOR VARGAS,¶ JOSE SUCH,**
PERE GINES,* and VICENTE ARROYO*

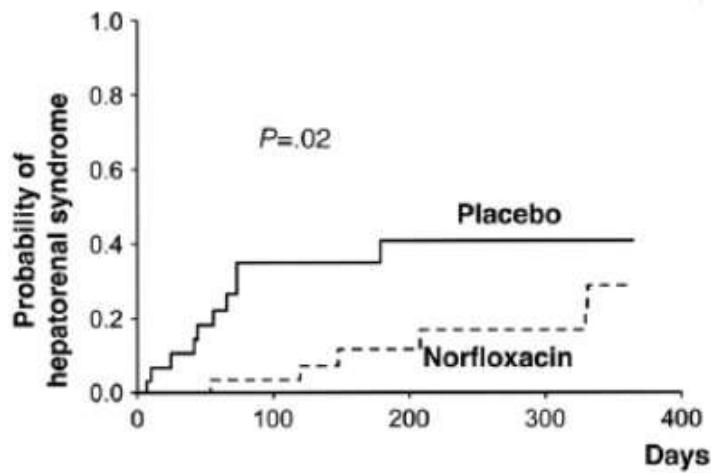
*Liver Unit, Hospital Clínic, Barcelona, Spain; †Gastroenterology Unit, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain; ‡Gastroenterology Unit, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain; ¶Gastroenterology Unit, Hospital del Mar, Barcelona, Spain; §Gastroenterology Unit, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, Spain; ¶Gastroenterology Unit, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Spain; and **Gastroenterology Unit, Hospital Universitario, Alicante, Spain

GASTROENTEROLOGY 2007;133:818–824

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tuổi 18–80
- Protein dịch bàng < 15 g/L
- Suy chức năng thận (Cr 1.2 mg/dL, BUN 25 mg/dL hoặc Na 130 mEq/L)
hoặc
Điểm số Child-Pugh 9 points với bilirubin 3 mg/dL.

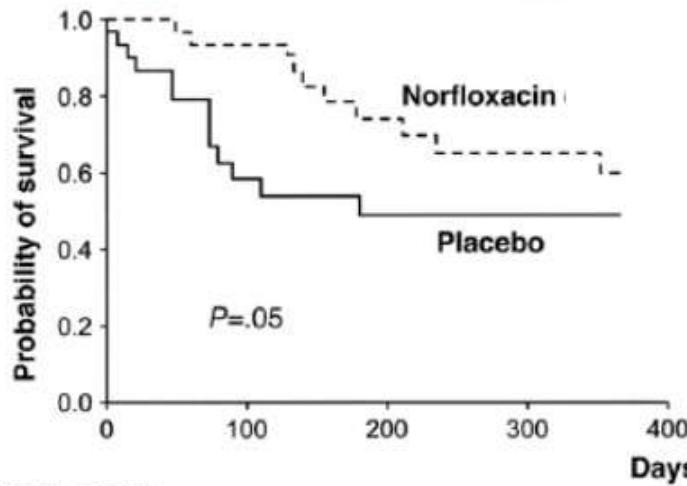
Khả năng tiến triển sang HRS ở bệnh nhân được dự phòng bằng norfloxacin so với placebo



Patients at risk

Norfloxacin	35	26 (1)	17 (3)	14 (4)	10 (6)
Placebo	33	13 (9)	7 (10)	2 (10)	1 (10)

Khả năng sống 1 năm ở những bệnh nhân được dự phòng bằng norfloxacin so với placebo



Patients at risk

Norfloxacin	35	26 (2)	17 (7)	14 (9)	10 (10)
Placebo	33	13 (11)	7 (13)	2 (13)	1 (13)

Hãy chăm sóc lá gan của bạn

