

Cấy ghép gan

Tăng huyết áp công thông tin

Sự định nghĩa

- gradient áp suất giữa áp lực tĩnh mạch gan và áp lực tĩnh mạch gan chêm (đã hiệu chỉnh

áp suất hình sin) > 5 mmHg

Sinh lý bệnh

- 3 vị trí tăng sức đề kháng (hãy nhớ áp suất = $\text{Flow} \times \text{sức đề kháng}$)
 - tiền hình sin (ví dụ huyết khối tĩnh mạch cửa, bệnh sản máng, bệnh sarcoidosis)
 - hình sin (ví dụ: xơ gan, viêm gan do rượu)
 - sau hình sin (ví dụ như suy tim bên phải, huyết khối tĩnh mạch gan, bệnh tắc tĩnh mạch,

viêm màng ngoài tim co thắt)

Các biến chứng

- Chảy máu đường tiêu hóa do giãn tĩnh mạch thực quản, ít gặp hơn ở dạ dày, thậm chí ít thường xuyên hơn từ cửa

bệnh dạ dày tăng huyết áp

- cổ trướng
- bệnh não gan
- giảm tiểu cầu
- Rối loạn chức năng thận
- nhiễm trùng huyết
- giảm oxy máu động mạch

Sự đối xử

- thuốc chẹn β không chọn lọc (propranolol, nadolol, carvedilol) làm giảm nguy cơ chảy máu do giãn tĩnh mạch

- LỜI KHUYÊN: để giảm áp lực tĩnh mạch cửa

- stent được chèn bằng tia phóng xạ giữa tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch gan thông qua đặt ống thông tĩnh mạch xuyên khớp

và đâm xuyên qua da của tĩnh mạch cửa

- có thể được sử dụng để cầm máu cấp tính hoặc ngăn ngừa chảy máu lại hoặc điều trị cổ trướng

- biến chứng: bệnh não gan, suy giảm chức năng gan

- chống chỉ định với rối loạn chức năng gan nặng, bệnh não gan không kiểm soát được, và

suy tim sung huyết

- được sử dụng phổ biến nhất để làm “cầu nối” cho việc ghép gan

Bệnh não gan

Sự định nghĩa

- phổ các hội chứng tâm thần kinh có khả năng hồi phục thứ phát sau bệnh lý gan

và / hoặc shunting hệ thống cổng, được chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân khác gây ra các triệu chứng (ví dụ: cấu trúc /

trao đổi chất)

Sinh lý bệnh

- shunt hệ thống cổng xung quanh các tế bào gan và giảm chức năng tế bào gan làm tăng mức độ của

độc tố toàn thân (được cho là amoniac từ ruột, mercaptan, axit béo, axit amin) đi đến

não

Yếu tố làm

- tải lượng nitơ (chảy máu GI, lượng protein từ lượng thức ăn, suy thận, táo bón)
- ma túy (ma túy, thuốc ức chế thần kinh trung ương)
- rối loạn điện giải (hạ kali máu, nhiễm kiềm, giảm oxy máu, giảm thể tích tuần hoàn)
- nhiễm trùng (SBP)
- suy giảm chức năng gan hoặc bệnh gan chướng chất
- kỹ thuật điều khiển hệ thống công tự phát (ví dụ: kỹ thuật điều khiển hệ thống âm đạo lách) hoặc các kỹ thuật điều khiển hệ thống công có chủ ý (ví dụ:

LỜI KHUYẾN)

Các giai đoạn

A. bệnh não gan tối thiểu (được chẩn đoán bằng xét nghiệm nhận thức chuyên biệt)

B. bệnh não gan bộc phát (giai đoạn I đến IV)

■ Tôi: thờ ơ, bồn chồn, đảo ngược chu kỳ ngủ-thức, chậm phát triển trí tuệ, suy giảm khả năng tính toán

khả năng, chữ viết tay bị suy giảm

■ II: asterixis, hôn mê, buồn ngủ, mất phương hướng

■ III: sững sờ (có thể sử dụng được), hoạt động trở lại hiếu động, phản ứng Plantar của bộ mở rộng (Babinski trở lên)

■ IV: hôn mê (chỉ phản ứng với các kích thích đau đớn)

Điều tra

- chẩn đoán lâm sàng: được hỗ trợ bởi các kết quả xét nghiệm và loại trừ các bệnh tâm thần kinh khác

- loại trừ

■ bệnh tâm thần kinh không liên quan đến gan ở bệnh nhân có vấn đề về gan (ví dụ: cai EtOH)

hoặc nhiễm độc, thuốc an thần, tụ máu dưới màng cứng, bệnh não chuyển hóa)

■ nguyên nhân của bệnh não chuyển hóa (ví dụ như suy thận, suy hô hấp, hạ natri máu nặng,

hạ đường huyết)

- các điểm đặc trưng của EEG: sử dụng di (không tiêu cự), sóng chậm, biên độ cao
- nồng độ amoniac trong huyết thanh tăng lên, nhưng không cần thiết phải đo trong việc sử dụng lâm sàng thông thường

Sự đối xử

- xử lý các yếu tố kết tủa cơ bản
- giảm tạo ra các hợp chất nitơ

■ hạn chế protein thường quy không còn được khuyến cáo vì bệnh nhân thường bị đồng thời

suy dinh dưỡng và suy mòn cơ bắp; tuy nhiên, protein thực vật (trái ngược với protein động vật) có thể

giúp giảm nguy cơ mắc bệnh não

■ lactulose: được chuẩn độ để đạt được 2-3 lần phân / ngày

◆ ngăn chặn sự di chuyển NH₃ (amoniac) từ ruột kết vào máu bằng cách giảm độ pH và hình thành

NH₄⁺ (amoni) không dùng được

◆ đóng vai trò là chất nền để vi khuẩn kết hợp amoniac, thúc đẩy sự phát triển của ruột

lumen của vi khuẩn tạo ra amoniac tối thiểu

◆ cũng hoạt động như một loại thuốc nhuận tràng để loại bỏ vi khuẩn sản xuất nitơ từ ruột kết

- rifaximin đường uống cho cả điều trị cấp tính và điều trị duy trì có bằng chứng cấp cao về hiệu quả
- điều trị cấp tính tốt nhất ở bệnh nhân hôn mê là thụt tháo lactulose

Cổ trướng

Sự định nghĩa

- tích tụ Suid dư thừa trong khoang phúc mạc

Nguyên nhân học

Sinh lý bệnh

- yếu tố chính trong cơ chế bệnh sinh là tăng khả năng giữ natri (và nước) qua thận vì những lý do không

hoàn toàn hiểu rõ. thư tịch bao gồm:

■ theo giả thuyết I

■ trên giả thuyết

■ lý thuyết giãn mạch động mạch ngoại vi (phổ biến nhất): vì tăng áp lực tĩnh mạch cửa phát triển trong

xơ gan, sản xuất các chất trung gian cục bộ như oxit nitric dẫn đến động mạch lan

giãn mạch, cuối cùng kéo máu ra khỏi hệ tuần hoàn và dẫn đến

giảm thể tích động mạch effective, gây ra natri bù và Suid giữ lại bởi

thận (tức là thể tích tuần hoàn tăng lên, theo giả thuyết trên I, nhưng thể tích hoạt động của e là

giảm theo giả thuyết dưới II)

Chẩn đoán

- U / S vùng bụng

khám sức khỏe (có thể phát hiện lâm sàng khi > 500 mL)

- căng phồng, độ mờ da gáy, xét nghiệm sóng Suid dương tính
- triệu chứng nhạy cảm nhất: sưng mắt cá chân

Điều tra

- nội soi chẩn đoán

- Phần thứ nhất: số lượng tế bào và tăng dần
- Phần thứ hai: hóa học (đặc biệt là albumin, nhưng cũng là tổng số protein; amylase nếu viêm tụy; TG và chylomicrons nếu đục và nghi ngờ có cổ trướng chylous)
- Phần thứ 3: C&S, nhuộm Gram
- Phân tích thứ 4: tế bào học (thường dương tính trong ung thư biểu mô phúc mạc)

Sự đối xử

- cổ trướng nhạy cảm với thuốc lợi tiểu
- Hạn chế Na + (lượng natri hàng ngày <2 g)
- không cần hạn chế uid trừ khi không thể hạ natri máu đáng kể (ví dụ Na + <120-125 mmol / L)
- thuốc lợi tiểu: spironolactone, furosemide
- mục tiêu giảm cân 0,5-1 kg / ngày, nhiều hơn nếu đồng thời phù ngoại biên (vận động nhanh hơn than ascitic Suid); giảm cân quá nhanh làm tăng nguy cơ suy thận
- nếu không đạt được mục tiêu giảm cân và không có biến chứng, hãy tăng liều để đạt được

nhằm mục tiêu trong khi theo dõi các biến chứng

- cổ trướng chịu lửa (thuốc lợi tiểu không đủ hoặc không được dung nạp)

■ điều trị nội soi với albumin IV

■ LỜI KHUYẾN ở một bệnh nhân thích hợp (không có chống chỉ định) có khả năng sống sót không cần cấy ghép

thuận lợi

■ ghép gan nên được xem xét trong mọi trường hợp, vì phát triển cổ trướng ở bệnh nhân

xơ gan có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao trong 2 năm

Biến chứng: Viêm phúc mạc do vi khuẩn nguyên phát / tự phát

- chính / SBP

■ làm biến chứng cổ trướng, nhưng không gây ra nó (xảy ra ở 10% bệnh nhân xơ gan cổ trướng); rủi ro cao hơn trong

bệnh nhân bị GI chảy máu

■ 1/3 số bệnh nhân không có triệu chứng, do đó đừng ngần ngại tiến hành nội soi chẩn đoán trong cổ trướng

ngay cả khi không có dấu hiệu lâm sàng của nhiễm trùng

■ sốt, ớn lạnh, đau bụng, tắc ruột, hạ huyết áp, bệnh não nặng hơn, chấn thương thận cấp tính

■ Gram âm bao gồm 70% mầm bệnh: E. coli (phổ biến nhất), Streptococcus, Klebsiella

- chẩn đoán

■ số lượng bạch cầu trung tính tuyệt đối trong màng bụng $> 0,25 \times 10^9$ tế bào / L (250 tế bào / mmx)

■ Nhuộm Gram dương tính chỉ ở 10-50% bệnh nhân

■ nuôi cấy dương tính ở $< 80\%$ bệnh nhân (không cần chẩn đoán)

- dự phòng: xem xét ở những bệnh nhân:

- xơ gan có xuất huyết GI: ceZriaxone IV hàng ngày hoặc norSoxacin BID x 7 ngày

- đợt trước của HATTr: dự phòng lâu dài bằng norSoxacin hoặc TMP-SMX hàng ngày

- sự đối xử

- IV ABx (cefotaxime 2 g IV mỗi 8 giờ hoặc ceZriaxone 1 g IV mỗi ngày là lựa chọn điều trị trong 5 ngày;

sửa đổi nếu phản ứng không đầy đủ hoặc nuôi cấy cho thấy các sinh vật kháng thuốc)

- Albumin IV (1,5 g / kg tại thời điểm chẩn đoán và 1 g / kg vào ngày thứ 3) làm giảm tỷ lệ tử vong bằng cách giảm

nguy cơ suy thận cấp tính