

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ BIẾN CHỨNG BỆNH NÃO GAN

Võ Duy Thông<sup>1,2</sup>, Hồ Thị Vân Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng bệnh não gan (BNG) lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 92 bệnh nhân xơ gan có biến chứng BNG. Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan bao gồm hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa; siêu âm bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT scan) bụng cho thấy tổn thương gan mạn (cấu trúc thô, nhiều nốt tân sinh, bờ không đều...). Tiêu chuẩn chẩn đoán BNG lâm sàng bao gồm dựa vào đặc điểm lâm sàng của BNG (rối loạn nhận thức, rối loạn giấc ngủ, thay đổi nhân cách, thay đổi hành vi, suy giảm ý thức, lời nói, dấu run vẩy...) và loại trừ các nguyên nhân khác gây rối loạn tâm thần kinh. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 55,5 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 2,7:1. Rối loạn tri giác (47,8%) và xuất huyết tiêu hóa (23,9%) là nguyên nhân chính dẫn tới nhập viện. BNG độ III chiếm đa số với tỷ lệ 62,0%; tiếp theo là độ IV với tỷ lệ 30,4%. Hemoglobin, tiểu cầu và albumin máu giảm ở hầu hết bệnh nhân (77,2%; 89,1% và 96,7%). NH<sub>3</sub> máu tăng chiếm đa số ở cả ba mức độ BNG. **Kết luận:** BNG độ III chiếm đa số và thường xuất hiện nhiều triệu chứng cùng lúc. Cần chú ý tầm soát việc giảm hemoglobin, giảm tiểu cầu giảm, giảm albumin máu, kéo dài PT và tăng bilirubin để tiên lượng xơ gan tiến triển. Ngoài ra dấu hiệu tăng NH<sub>3</sub> cũng cần lưu ý ở các bệnh nhân BNG ở tất cả các mức độ.

**Từ khóa:** bệnh não gan, xơ gan, cận lâm sàng

### SUMMARY

#### INVESTIGATION OF CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES RELATED TO HEPATIC ENCEPHALOPATHY IN CIRRHOSIS PATIENTS

**Objective:** To investigate clinical and subclinical characteristics in cirrhosis patients with hepatic encephalopathy (HE) complications. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 92 cirrhotic patients with HE complications. Diagnostic criteria for cirrhosis included hepatocellular insufficiency syndrome and portal hypertension syndrome; chronic liver damage (rough structure, many neoplastic nodules, irregular margins ...) in abdominal ultrasound or CT scan. Criteria for diagnosis of clinical HE included cognitive disorders, sleep disturbances, personality changes, behavioral changes, impaired

consciousness, speech, and trembling marks with exclusion of other causes of psychosis. **Results:** The mean age of patients was 55.5 years old, the male/female ratio was 2.7: 1. Perceptual disturbances (47.8%) and gastrointestinal bleeding (23.9%) were the main causes of hospitalization. Stage III of HE accounted for the majority with the rate of 62.0%; followed by stage IV with a rate of 30.4%. Hemoglobin, platelet and serum albumin levels decreased in most patients, 77.2%, 89.1% and 96.7%, respectively. Increased blood NH<sub>3</sub> was predominant in all three HE levels. **Conclusion:** Stage III of HE accounted for the majority and often presented with many symptoms at the same time. Care should be taken to screen for decreased hemoglobin, decreased platelet count, decreased serum albumin, prolonged PT and increased bilirubin to prognosis of advanced cirrhosis. In addition, signs of increased NH<sub>3</sub> should be considered in patients with HE of all stages.

**Keywords:** encephalopathy, cirrhosis, clinical, subclinical characteristics

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh não gan (BNG) là một biến chứng thường gặp của bệnh lý xơ gan và là một trong những biểu hiện khi chức năng gan suy giảm, có liên quan đến tiên lượng sống còn và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của BN. Tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ hiện mắc của BNG có liên quan đến mức độ nặng của suy chức năng gan và thông nổi của chủ [1]. BNG bao gồm BNG lâm sàng và BNG tiềm ẩn. BNG có những biểu hiện thần kinh và tâm thần không đặc hiệu [2]. Ở mức độ thấp nhất của BNG, các test lượng giá tâm thần hoặc tâm thần kinh có thể phát hiện một vài thay đổi sớm về chức năng tâm thần, các kỹ năng vận động tinh tế mà không có biểu hiện lâm sàng [1]. Trong quá trình bệnh, những thay đổi về nhân cách như thờ ơ, kích thích và không quan tâm đến gia đình có thể được kể lại bởi người thân của BN, và những thay đổi rõ về chức năng vận động và ý thức xảy ra. Rối loạn giấc ngủ với ngủ li bì xuất hiện sớm, nếu tiến triển chu kỳ ngủ đêm – ngày đảo ngược [3]. BN có thể mất định hướng thời gian và không gian, hành vi không thích hợp, kích thích hay ngủ gà, lơ mơ và cuối cùng là hôn mê. Hội quốc tế về bệnh não gan và chuyển hoá (ISHEN) đồng thuận biểu hiện mất định hướng thời gian hoặc dấu run vẩy là dấu hiệu bắt đầu BNG lâm sàng [4]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc

<sup>1</sup>Khoa Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Khoa Nội Tiêu hoá, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Thông

Email: duythong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 29.12.2020

Ngày duyệt bài: 8.01.2021

điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có biến chứng BNG lâm sàng.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang mô tả trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân xơ gan có biến chứng BNG lâm sàng.

**Đối tượng nghiên cứu:** Tiêu chuẩn chọn bệnh nghiên cứu: Bệnh nhân đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xơ gan và BNG trên lâm sàng tại khoa Nội Tiêu hoá bệnh viện Chợ Rẫy. Tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan: hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa; siêu âm bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT scan) bụng cho thấy tổn thương gan mạn (cấu trúc thô, nhiều nốt tân sinh, bờ không đều...). Tiêu chuẩn chẩn đoán BNG lâm sàng: dựa vào đặc điểm lâm sàng của BNG (rối loạn nhận thức, rối loạn giấc ngủ, thay đổi nhân cách, thay đổi hành vi, suy giảm ý thức, lời nói, dấu run vẩy...) và loại trừ các nguyên nhân khác gây rối loạn tâm thần kinh. Người thân của BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân xơ gan có biểu hiện rối loạn tâm thần kinh do các nguyên nhân khác như bệnh lý ở não (xuất huyết não, nhồi máu não, viêm màng não, viêm não, áp xe não), nhiễm ceton acid, hạ đường huyết, bệnh lý tâm thần kinh.

**Cỡ mẫu:** Tất cả bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

**Các bước tiến hành và phân tích số liệu**

Bệnh sử chi tiết của từng BN được thu thập từ việc hỏi người chăm sóc BN. Các thông tin được thu thập bao gồm: Hỏi thông tin hành chính, bệnh sử, tiền căn và khám lâm sàng từng bệnh nhân. Ghi nhận kết quả cận lâm sàng

Kiểm soát sai lệch thông tin: Định nghĩa rõ và cụ thể các biến số trong nghiên cứu. Nghiên cứu viên hiểu rõ bản chất dữ liệu và nắm vững phương pháp thu nhập dữ liệu. Đối với mỗi loại thông số, chỉ sử dụng thống nhất 1 thiết bị cân đo (máy xét nghiệm, siêu âm,..). Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

**Bảng 3. Phân loại Child-Pugh theo giới tính và nhóm tuổi.**

Phân loại Child-Pugh	Nhóm tuổi [n (%)]						Tổng n (%)
	< 40		41- 60		≥ 61		
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ	
<b>A</b>	0	0	0	0	0	0	0
<b>B</b>	1	0	8	2	2	3 (3,3)	16 (17,4)
<b>C</b>	8	0	36	7	12	13 (14,1)	76 (82,6)
<b>Tổng</b>	9 (9,8)	0	44 (47,8)	9 (9,8)	14 (15,2)	16 (17,4)	92 (100)

**Vấn đề y đức:** Nghiên cứu tiến hành đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học và được Hội đồng nghiên cứu khoa học của trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thông qua.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 12/2019 đến tháng 07/2020 chúng tôi thu nhận được 92 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và được đưa vào nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu có tuổi trung bình là 55,5 tuổi (nhỏ nhất là 28 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 2,7:1 trong nhóm nghiên cứu. Phân bố giới tính theo nhóm tuổi được thể hiện ở Bảng 1.

**Bảng 1. Phân bố tuổi theo giới tính.**

		Giới tính		Tổng n (%)
		Nam [n(%)]	Nữ [n(%)]	
<b>Nhóm tuổi</b>	<b>&lt;40</b>	9 (9,8)	0	9 (9,8)
	<b>41-60</b>	44(47,8)	9(9,8)	53(57,6)
	<b>≥ 61</b>	14(15,2)	16(17,4)	30(32,6)
<b>Tổng</b>		67(72,8)	25(27,2)	92(100)

Kết quả cho thấy, nhóm tuổi <40 tuổi có 100% là nam, trong khi đó nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi có tỷ lệ nữ chiếm nhiều hơn (17,4% và 15,2%). Ngược lại, ở nhóm tuổi từ 41-60 tuổi, tỷ lệ nam lại chiếm nhiều hơn nhiều so với nữ (47,8% và 9,8%). Khảo sát về lý do nhập viện, kết quả cho thấy rối loạn tri giác (47,8%) và xuất huyết tiêu hóa (23,9%) chiếm tỷ lệ cao. Các lý do vào viện khác chiếm tỷ lệ thấp hơn là đau bụng, sốt, báng bụng, vàng da, phù (Bảng 2).

**Bảng 2. Lý do nhập viện**

Lý do vào viện	n (%)
Rối loạn tri giác	44 (47,8)
Xuất huyết tiêu hoá	23 (23,9)
Đau bụng	8 (8,7)
Sốt	7 (7,6)
Báng bụng	4 (4,3)
Phù	3 (3,3)
Vàng da	3 (3,3)

Khi khảo sát mức độ xơ gan theo thang điểm Child-Pugh, kết quả được thể hiện ở Bảng 3.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, mức độ Child-Pugh C chiếm 82,6 % và 17,4% có phân loại Child-Pugh B. Trong đó ở nam và độ tuổi trung niên (41-60 tuổi) có tỷ lệ xơ hoá nặng nhất trong nhóm nghiên cứu.

Khi khảo sát về đặc điểm mức độ BNG, kết quả cho thấy BNG độ III chiếm đa số với tỷ lệ 62,0%; tiếp theo là độ IV với tỷ lệ 30,4%. Trong nhóm BNG mức độ nặng (III-IV), nam có tỷ lệ cao hơn nữ được thể hiện ở Bảng 4.

**Bảng 4.** Mức độ bệnh não gan theo giới tính và tuổi.

Phân độ bệnh não gan West Haven	Nhóm tuổi [n (%)]						Tổng n (%)
	< 40		41- 60		≥ 61		
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ	
<b>ĐỘ II</b>	0	0	2	0	3	2	7 (7,6)
<b>ĐỘ III</b>	6	0	29	5	8	9	57 (62,0)
<b>ĐỘ IV</b>	3	0	13	4	3	5	28 (30,4)
<b>Tổng n (%)</b>	9 (9,8)	0	44 (47,8)	9 (9,8)	14 (15,2)	16 (17,4)	92 (100)

Khi khảo sát các triệu chứng BNG, kết quả cho thấy một bệnh nhân thường có nhiều triệu chứng đồng thời. Ở BNG độ II, các triệu chứng như dấu run vẩy, mất định hướng thời gian và rối loạn giấc ngủ là thường gặp. Trong BNG độ III, các triệu chứng như nói lảm nhảm, dấu run vẩy, rối loạn giấc ngủ và mất định hướng chiếm đa số. Ngoài ra, các triệu chứng khác như run, kích động chiếm tỷ lệ ít hơn. Tuy nhiên, triệu chứng thở nhanh sâu và hôn mê được ghi nhận với tỷ lệ cao ở BNG độ IV (2,0% và 100%) (Bảng 5).

**Bảng 5.** Một số triệu chứng trong bệnh não gan

Triệu chứng bệnh não gan	Mức độ bệnh não gan [n (%)]		
	ĐỘ II (n = 7)	ĐỘ III (n = 57)	ĐỘ IV (n = 28)
Rối loạn giấc ngủ	5 (71,4)	28 (49,1)	-
Kích động	0	10 (17,5)	-
Nói lảm nhảm	0	31 (54,4)	-
Mất định hướng thời gian	5 (71,4)	25 (43,9)	-
Mất định hướng không gian	0	23 (40,4)	-
Run	0	9 (15,8)	-
Run vẩy	6 (85,7)	29 (50,9)	-
Thở nhanh sâu	0	0	2 (2,0)
Hôn mê	0	0	28 (100)

Đặc điểm cận lâm sàng huyết học và sinh hoá máu của nghiên cứu được thể hiện ở Bảng 6. Kết quả cho thấy hemoglobin, tiểu cầu và albumin máu giảm ở hầu hết bệnh nhân (77,2%; 89,1% và 96,7%). Ngược lại, bạch cầu, thời gian prothrombin (PT) và bilirubin máu phản ánh tình trạng mức độ xơ hoá gan tăng ở nhóm nghiên cứu. Khi đánh giá điện giải đồ, kết quả cho thấy Na<sup>+</sup> máu và K<sup>+</sup> máu giảm chiếm tỷ lệ lần lượt là 29,3% và 39,1%. Ở bệnh nhân xơ gan có BNG, NH<sub>3</sub> máu tăng chiếm đa số ở cả ba mức độ BNG. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân có tăng NH<sub>3</sub> chủ yếu ở phần lớn bệnh nhân ở BNG độ III và độ IV (96,5 % và 96,4%).

**Bảng 6.** Đặc điểm huyết học và sinh hoá

Giá trị	Trung bình	Giảm n (%)	Tăng n (%)	Bình thường n (%)
Hemoglobin (g/L)	97,6 ± 26,1	71 (77,2)	0	21 (22,8)
Bạch cầu (G/L)	10,8 ± 6,9	4 (4,3)	34 (37,0)	54 (58,7)
Tiểu cầu (G/L)	94,5 ± 63,2	82 (89,1)	0	10 (10,9)
PT (giây)	23,8 ± 9,3	0	79 (85,9)	13 (14,1)
AST (U/L)	158,1 ± 92,2	0	71 (77,2)	21 (22,8)
ALT (U/L)	126,5 ± 89,4	0	44 (47,8)	48 (52,2)
Bilirubin máu (mg/dL)	9,2 ± 10,3	0	88 (95,7)	4 (4,3)
Albumin máu (g/dL)	2,7 ± 0,6	89 (96,7)	0	3 (3,3)
Creatinin máu (mg/dL)	1,4 ± 1,2	16 (17,4)	18 (19,6)	58 (63,0)
Na <sup>+</sup> máu (mmol/l)	135,5 ± 5,9	27 (29,3)	2 (2,2)	63 (68,5)
K <sup>+</sup> máu (mmol/l)	3,8 ± 0,7	36 (39,1)	4 (4,4)	52 (56,5)
NH <sub>3</sub> máu (µg/dL)	186,3 ± 108,1	0	88 (95,6)	4 (4,4)

Độ II (n=7)			6 (85,7)	1 (14,3)
Độ III (n=57)			55 (96,5)	2 (3,5)
Độ IV (n=28)			27 (96,4)	1 (3,6)

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 92 bệnh nhân (67 nam và 25 nữ), tỷ lệ nam/nữ = 2,7/1. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Umeshverma [4] với tỷ số nam và nữ là 2,8:1. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ cũng được ghi nhận với nghiên cứu của Maqsood [5], Lê Hà Xuân Sơn [6]. Tại Việt Nam, nguyên nhân chính dẫn đến xơ gan là viêm gan do vi rút B, C và do rượu. Tỷ lệ sử dụng rượu tại Việt Nam khá cao và nam nhiều nữ, vì vậy tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ ở kết quả nghiên cứu. Tổng nhóm nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 41-60 tuổi có tỷ lệ cao nhất, trong đó nhỏ nhất là 28 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi. Các kết quả này tương đồng với các nghiên cứu xơ gan trước đây như Lê Hà Xuân Sơn [6] và Maqsood [5]. Khi phân tích phân bố giới tính theo nhóm, phần lớn nam vẫn chiếm ưu thế, trong đó nam chiếm tỷ lệ 47,8% ở nhóm tuổi 41-60 tuổi. Ngược lại ở nhóm tuổi lớn hơn 60 tuổi, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam (17,4% so với 15,2%). Và không ghi nhận nữ ở nhóm độ tuổi nhỏ hơn 40 tuổi. Sự khác biệt về phân bố giới tính theo nhóm tuổi là do thói quen sử dụng rượu bia ở Việt Nam, khi nữ ít sử dụng rượu bia so với nam ở độ tuổi nhỏ hơn 40 tuổi. Ở nhóm tuổi lớn hơn 40, tỷ lệ tăng cao ở nam và nữ là hậu quả sử dụng rượu bia trong thời gian dài, đồng thời là diễn tiến của bệnh vi rút viêm gan mạn. Bệnh nhân có thể biểu hiện BNG ngay từ khi nhập viện hoặc trong quá trình nằm viện. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, lý do vào viện do rối loạn tri giác chiếm tỷ lệ cao nhất (47,8%). Ngoài rối loạn tri giác, bệnh nhân nhập viện có thể là xuất huyết tiêu hoá, sốt, đau bụng, vàng da, báng bụng và phù. Do đó, bất kể lý do vào viện là gì, các bác sĩ cần phải luôn theo dõi tri giác của bệnh nhân xơ gan. Khi khảo sát phân loại Child-Pugh, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận Child C chiếm tỷ lệ cao (82,6%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu của Maqsood [5], Mumtaz [7] có tỷ lệ 62% và 78%. Bệnh nhân xơ gan xuất hiện BNG chứng tỏ chức năng gan của bệnh nhân đã suy giảm nặng và BNG cũng là một yếu tố dùng để tính điểm trong phân loại Child-Pugh. Do đó, hầu hết cách nghiên cứu đánh giá BNG, nhóm bệnh nhân xơ gan Child C chiếm đa số.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BNG độ III chiếm đa số với tỷ lệ 62,0%. BNG độ II và độ IV

chiếm tỷ lệ lần lượt là 7,6% và 30,4%. Các nghiên cứu Umeshverma [4], Mumtaz [7] và Maqsood [5] cũng ghi nhận BNG độ III chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 80%, 72% và 52%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận một số triệu chứng của BNG bao gồm rối loạn giấc ngủ, kích động, nói làm nhảm, mất định hướng thời gian và không gian, run, dấu run vẩy, thở nhanh sâu, hôn mê. Trong nhóm BNG độ II, các triệu chứng rối loạn giấc ngủ, mất định hướng thời gian và dấu run vẩy chiếm tỷ lệ cao. Trong nhóm BNG độ III, các triệu chứng nói làm nhảm, rối loạn giấc ngủ, dấu run vẩy, mất định hướng thời gian và mất định hướng không gian thường gặp chiếm tỷ lệ nhiều nhất. Ngoài ra, các triệu chứng kích động, run cũng được quan sát thấy nhưng chiếm tỷ lệ ít hơn. Đối với nhóm BNG độ IV, triệu chứng hôn mê và thở nhanh sâu được ghi nhận với tỷ lệ là 100% và 2,0%. Một bệnh nhân thường có nhiều triệu chứng của BNG. Trên lâm sàng, việc chẩn đoán và phân độ BNG được dựa vào các triệu chứng lâm sàng của BNG nên bệnh nhân cần được đánh giá cẩn thận và theo dõi thường xuyên. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận một số triệu chứng lâm sàng chính nhập viện ở bệnh nhân xơ gan như rối loạn tri giác (47,8%), xuất huyết tiêu hoá (23,9%), đau bụng (8,7%) và sốt (7,6%) chiếm tỷ lệ cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hemoglobin giảm, tiểu cầu giảm, albumin máu giảm, PT kéo dài và bilirubin máu tăng gợi ý xơ gan tiến triển. Ngoài ra, hemoglobin giảm còn do tình trạng xuất huyết tiêu hóa ở bệnh nhân xơ gan. Bạch cầu tăng gợi ý nhiễm trùng – yếu tố thúc đẩy thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. Hemoglobin giảm và tiểu cầu giảm chiếm tỷ lệ lần lượt là 77,2% và 89,1%, bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ 37,0%. Thời gian Prothrombin (PT) kéo dài và bilirubin máu tăng chiếm tỷ lệ lần lượt là 85,9% và 95,7%. Albumin máu giảm chiếm tỷ lệ 96,7%. Đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu của các tác giả Maqsood[5] và Umeshverma[4]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận NH<sub>3</sub> máu tăng chiếm tỷ lệ 95,6% và NH<sub>3</sub> máu bình thường chiếm tỷ lệ 4,4% trong tổng số bệnh nhân. Ở các mức độ BNG khác nhau, NH<sub>3</sub> máu tăng đều chiếm đa số. NH<sub>3</sub> máu tăng là một trong những cơ chế bệnh sinh của BNG. Nồng độ NH<sub>3</sub> tăng ở đa số bệnh nhân BNG nhưng vẫn có khoảng 10% bệnh nhân

BNG có nồng độ NH<sub>3</sub> máu bình thường [2],[4]. Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến độ chính xác của nồng độ NH<sub>3</sub>. Thứ nhất, một số tác giả cho rằng nồng độ NH<sub>3</sub> khác nhau khi lấy máu ở những vị trí khác nhau (động mạch, tĩnh mạch). Thứ hai, trong quá trình lấy máu nếu sử dụng garô hoặc bệnh nhân nắm chặt bàn tay thì có thể làm tăng NH<sub>3</sub> máu giả tạo. Thứ ba, nồng độ NH<sub>3</sub> còn phụ thuộc vào thời gian xử lý mẫu máu. Kết quả có thể không chính xác nếu mẫu máu không được đặt ngay trong bồn đá hoặc không được phân tích trong vòng 15 phút sau khi lấy [3],[8]. Ngay cả việc lấy và xử lý mẫu máu thích hợp, nồng độ NH<sub>3</sub> cũng không chẩn đoán BNG một cách đáng tin cậy. Nghiên cứu của Gundling [8] ghi nhận khoảng 60% bệnh nhân BNG độ III có nồng độ NH<sub>3</sub> máu bình thường. Nói cách khác, những bệnh nhân với nồng độ NH<sub>3</sub> máu bình thường có thể bị BNG và những bệnh nhân với nồng độ NH<sub>3</sub> máu tăng có thể có chức năng nhận thức bình thường. Do đó, nồng độ NH<sub>3</sub> máu không phải là một công cụ có giá trị để chẩn đoán BNG. BNG là một chẩn đoán lâm sàng sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác gây rối loạn chức năng não, chẩn đoán không phụ thuộc nồng độ NH<sub>3</sub> máu.

## V. KẾT LUẬN

BNG độ III chiếm đa số và thường xuất hiện nhiều triệu chứng cùng lúc. Trong đó, các triệu chứng như nói lảm nhảm, dấu run vẩy, rối loạn giấc ngủ, mất định hướng thời gian và không gian xuất hiện nhiều. Cận lâm sàng như hemoglobin giảm, tiểu cầu giảm, albumin máu

giảm, PT kéo dài và bilirubin máu tăng gợi ý xơ gan tiến triển. NH<sub>3</sub> máu tăng chiếm đa số ở các mức độ bệnh não gan.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bajaj JS, Schubert CM, Heuman DM.** Persistence of cognitive impairment after resolution of overt hepatic encephalopathy. *Gastroenterology* 2010; 138:2332-2340.
- Ferenci P, Lockwood A, Mullen K.** Hepatic encephalopathy - definition, nomenclature, diagnosis, and quantification: final report of the working party at the 11th World Congresses of Gastroenterology, Vienna. *Hepatology* 2002; 35: 716-721.
- Montagnese S, De Pitta C, De Rui M.** Sleep-wake abnormalities in patients with cirrhosis. *Hepatology* 2014;59:705-712
- Umeshverma JR-I, Gupta PK, Virmani SK.** Clinical spectrum of precipitating factors of hepatic encephalopathy in patient of liver cirrhosis. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. 2018;17(7):17-22.
- Maqsood S, Saleem A, Iqbal A.** Precipitating factors of hepatic encephalopathy: experience at Pakistan Institute of Medical Sciences Islamabad. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*. 2006; 18(4):57-61.
- Lê Hà Xuân Sơn.** Khảo sát mối tương quan giữa các yếu tố thúc đẩy và tử vong trên bệnh nhân Bệnh não gan loại C. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. 2015. Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, tr. 1-70
- Mumtaz K, Ahmed US, Abid S.** Precipitating Factors and The Outcome of Hepatic Encephalopathy in Liver Cirrhosis. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2010; 20(8): 514-518.
- Gundling F, Zelihic E, Seidl H.** How to diagnose hepatic encephalopathy in the emergency department. *Annals of Hepatology*. 2013;12:108-114.

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ CA19-9, CEA HUYẾT THANH VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT

Đông Đức Hoàng<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Quỳnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư đường mật (CCA) là một khối u ác tính nguyên phát bắt nguồn từ các tế bào biểu mô ống mật. Bệnh thường phát hiện ở giai đoạn muộn và tiên lượng xấu của khối u này dẫn đến nhu cầu cấp thiết tìm hiểu về dấu ấn sinh học. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ CA 19-9, CEA

huyết thanh với một số yếu tố ở bệnh nhân ung thư đường mật. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện ở 52 bệnh nhân CCA. Bệnh nhân được làm các xét nghiệm miễn dịch, chụp CT bụng, nội soi, xạ hình xương đánh giá di căn. Chẩn đoán xác định bằng sinh thiết và xét nghiệm mô bệnh học bằng phương pháp nhuộm Hematoxylin-Eosin. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng CA 19-9 là 63.5%. Tỷ lệ tăng CEA là 44.2%. CA 19-9 cao nhất (756.2 ± 871.3) ở giai đoạn 3 theo TNM, p = 0.9. CEA cao nhất (184.6 ± 371.2) ở giai đoạn 3 theo TNM, p = 0.3. CA 19-9 của ung thư đường mật trong gan là 715.3 ± 605.7, ngoài gan 436.2 ± 517.5, p = 0.2. CEA của ung thư đường mật trong gan là 88.0 ± 268.9, ngoài gan 17.6 ± 23.4, p = 0.4. Nồng độ CA 19-9 và kích thước khối u có mối liên hệ tương quan tuyến tính yếu, r = 0.22 (r < 0.3), p = 0.11. Nồng độ CEA và kích thước khối u có mối liên hệ

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đông Đức Hoàng

Email: Drhoang85@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2020

Ngày phản biện khoa học: 30.12.2020

Ngày duyệt bài: 8.01.2021