

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NÃO GAN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Bệnh não gan (BNG) là một hội chứng bao gồm các biểu hiện rối loạn tri giác và rối loạn vận động thần kinh cơ, xảy ra trên bệnh nhân bị tổn thương gan cấp tính hoặc mạn tính.

1.2. Nguyên nhân: Bệnh não gan xảy ra do tình trạng suy chức năng gan và/hoặc thông nối cửa-chủ.

1.3. Dịch tễ học

Bệnh não gan là biến chứng thường gặp thứ 3 trong số các BN xơ gan nằm viện nhưng là biến chứng hàng đầu khiến bệnh nhân xơ gan nhập viện. Tỷ lệ hiện mắc của bệnh não gan rõ tại thời điểm chẩn đoán xơ gan là 10-14%, 16-28% ở bệnh nhân xơ gan mất bù và 10-50% ở bệnh nhân sau đặt TIPS. Tỷ lệ bệnh não gan tối thiểu hoặc bệnh não gan tiềm ẩn trên bệnh nhân xơ gan là 20-80%.

1.4. Phân loại

Loại	Mức độ bệnh		Diễn tiến	Yếu tố thúc đẩy
A (acute)	Tiềm ẩn	Tối thiểu	Từng đợt	Có
B (bypass)		Độ I	Tái phát	
C (cirrhosis)	Rõ	Độ II		Dai dẳng
		Độ III		
		Độ IV		

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

Hiện nay vẫn chưa có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh não gan. Chẩn đoán BNG được dựa trên sự kết hợp của những bất thường về tình trạng tâm - thần kinh và rối loạn chức năng vận động như rung vẩy, tăng phản xạ, tăng trương lực và chỉ có thể được xác định sau khi đã loại trừ các nguyên nhân gây rối loạn tâm thần kinh khác

❖ **Lâm sàng:** Bệnh nhân bệnh não gan có triệu chứng đa dạng từ giảm tập trung, dễ cáu gắt, rối loạn giấc ngủ, đến mất định hướng thời gian và không gian, lơ đãng, ngủ gà và hôn mê.

❖ **Cận lâm sàng**

- Xét nghiệm máu: NH₃ máu, glucose, chức năng gan, thận, ion đồ, bilan nhiễm trùng..
- Dịch não tủy
- Hình ảnh học: CT scan, MRI não
- Điện não đồ
- Trắc nghiệm tâm thần kinh

2.2. Chẩn đoán phân biệt

- Nguyên nhân thần kinh: đột quỵ, viêm não màng não, chấn thương sọ não, u não...
- Nguyên nhân chuyển hóa: rối loạn điện giải (hạ natri, tăng calci..), hạ đường huyết, tăng đường huyết, tăng ure máu,...

2.3. Chẩn đoán bệnh lý cơ bản dẫn đến bệnh não gan

- **Type A (acute):** bệnh não gan xảy ra trên bệnh nhân bị suy gan cấp
- **Type B (bypass):** bệnh não gan xảy ra trên bệnh nhân có thông nối cửa chủ mà không có rối loạn chức năng gan đáng kể
- **Type C (cirrhosis):** thường gặp nhất, bệnh não gan xảy ra trên bệnh nhân xơ gan.

2.4. Chẩn đoán mức độ bệnh

- **BNG tối thiểu (minimal HE):** Không có triệu chứng lâm sàng, chỉ phát hiện bệnh qua các test lượng giá về tâm thần hoặc tâm-thần kinh.
- **Bệnh não gan độ I :** Thay đổi nhân cách nhẹ (hung phấn hoặc lo âu), dễ cáu gắt, giảm tập trung và chú ý, làm tính cộng trừ chậm, rối loạn giấc ngủ
- **Bệnh não gan độ II :** Lơ đãng, ngủ gà, thờ ơ, vô cảm, mất định hướng thời gian, thay đổi về nhân cách, nói lú lẩn, nói lắp, dấu rung vẩy (+)
- **Bệnh não gan độ III:** Hay ngủ, lú lẫn, nói lú lẩn nặng hơn và có thể nói nhảm, mất định hướng không gian, ảo giác, hưng hăng, kích động, dấu rung vẩy rõ, co rút cơ, cứng cơ, run giống Parkinson, Babinski (+), tăng phản xạ
- **Bệnh não gan độ IV:** Hôn mê, không đáp ứng với kích thích đau, thở nhanh sâu (rối loạn chuyển hóa), hơi thở mùi gan, mất phản xạ

2.5. Chẩn đoán diễn tiến bệnh

- Từng đợt (episodic)
- Tái phát (recurrent): ít nhất 2 đợt bệnh não gan xảy ra trong vòng 6 tháng
- Dai dẳng (persistent): tình trạng rối loạn tri giác xảy ra thường xuyên, dai dẳng

2.6. Chẩn đoán yếu tố thúc đẩy (YTTĐ) bệnh não gan

- Không có yếu tố thúc đẩy
- Có yếu tố thúc đẩy: xuất huyết tiêu hóa, sử dụng thuốc an thần, thuốc ngủ, dẫn xuất opiates, nhiễm trùng, rối loạn nước điện giải, tăng nitơ huyết, khẩu phần ăn nhiều protein, táo bón...

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Type A

- Bệnh nhân rối loạn tri giác trong BNG type A là do tình trạng phù não dẫn đến tăng áp lực nội sọ. Điều trị chủ yếu tập trung vào giảm áp lực nội sọ như: hạn chế tiếng ồn, nằm đầu cao 30 độ, mannitol truyền tĩnh mạch, thuốc chống động kinh nếu bệnh nhân co giật... Vai trò của các thuốc làm giảm amoniac máu (lactulose hoặc rifaximin) không rõ ràng ở nhóm bệnh nhân này.
- Đây là thể bệnh não gan nặng do xảy ra trên bệnh nhân suy gan cấp, tình trạng tăng áp lực nội sọ nặng có thể dẫn tới tụt não và tử vong. Các bệnh nhân này nên được theo dõi sát tại khoa hồi sức tích cực, đồng thời cân nhắc việc ghép gan nếu chức năng gan không hồi phục.

3.2. Type B

- Xác định và tắc các thông nối cửa chủ bằng can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật có thể giúp chữa khỏi hẳn bệnh
- Điều trị nội khoa tương tự như bệnh não gan type C

3.3. Type C

❖ Nguyên tắc điều trị

- Điều trị yếu tố thúc đẩy
- Giảm sản xuất và hấp thu NH₃ từ ruột và các độc chất khác
- Thay đổi dẫn truyền thần kinh trực tiếp hoặc gián tiếp

❖ Điều trị cụ thể

- Bảo vệ đường thở: BNG độ III-IV nên được theo dõi sát trong phòng bệnh nặng hoặc ICU và cân nhắc đặt nội khí quản bảo vệ đường thở.
- Thuốc
 - Thuốc điều trị tùy từng yếu tố thúc đẩy: 90% bệnh nhân phục hồi với việc điều trị yếu tố thúc đẩy.
 - Lactulose: 1-2 gói/ lần, uống 3 lần trong ngày, điều chỉnh liều lượng để bệnh nhân đi tiêu khoảng 2-3 lần/ngày.
 - Thuốc không được dùng trên bệnh nhân liệt ruột chức năng hoặc nghi ngờ bị tắc ruột.

- Thuốc có thể pha với nước để thật tháo cho bệnh nhân: 300mL Lactulose pha với 700mL nước ấm, thật giữ khoảng 20 phút, có thể thực hiện 1 hoặc 2 lần trong ngày.
- Kháng sinh đường ruột:
 - Rifaximin 550mg: 01 viên x 2 lần/ngày
 - Metronidazole: 250mg/lần uống 3 lần trong ngày, không nên dùng kéo dài vì độc tính của thuốc.
 - Khác: Vancomycin, neomycin...
- Acid amin phân nhánh đường uống (BCAA)
- L-Ornithine L-Aspartate (TTM): 5g-20g/24h
- Trường hợp bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa, cân nhắc chụp CT bụng dựng hình mạch máu tìm thông nối cửa chủ, đặc biệt là shunt lách thận và can thiệp tắc shunt nếu có chỉ định.

❖ Chế độ ăn

- Năng lượng hàng ngày # 35-40 kcal/kg cân nặng lý tưởng.
- Lượng protein hàng ngày # 1.2-1.5 g/kg.
- Nên chia thành nhiều bữa nhỏ, thức ăn lỏng, và 1 cử ăn nhẹ buổi tối.

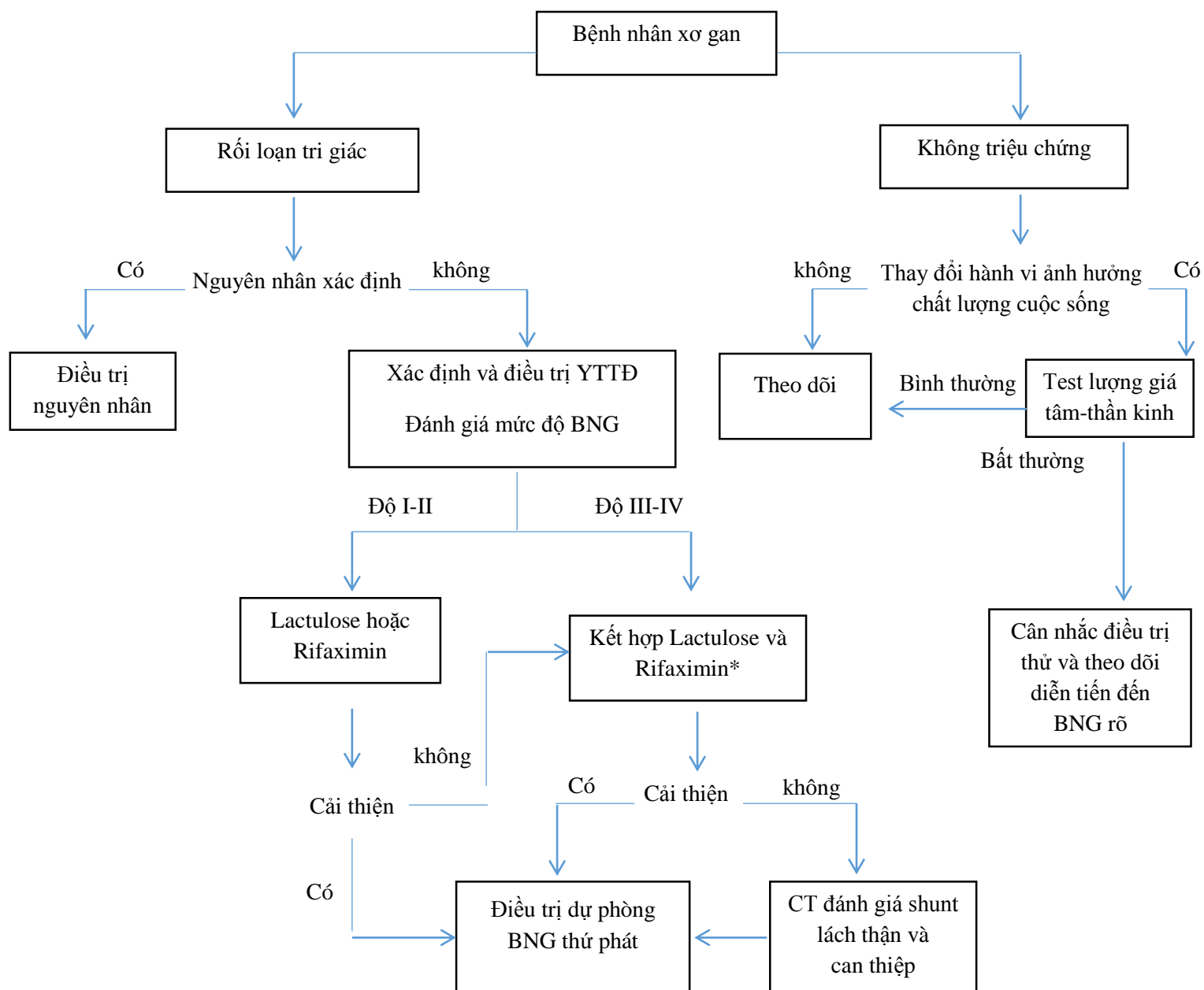
4. TIỀN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

Tỉ lệ sống sau 1 năm: 42%, sau 3 năm là: 23% đối với bệnh não gan rõ.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bruce R Bacon, Cirrhosis and its complications, “ Harrison’s principles of internal medicine 17th Edition”, Chap 302, pp 1971-1980
2. Montagnese Sara, et al (2019), “Hepatic encephalopathy 2018: A clinical practice guideline by the Italian Association for the Study of the liver (AISF)”, *Digestive and Liver Disease*, 51, pp. 190-205
3. Suraweera D, et al (2016), “Evaluation and Management of Hepatic Encephalopathy: Current Status and Future Directions”, *Gut and Liver*, 10(4), pp. 509-519
4. Vilstrup H, et al (2014), “Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver”, *Hepatology*, 60(2), pp. 715–735.

LƯU ĐỒ HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ BỆNH NÃO GAN TRÊN BỆNH NHÂN XƠ GAN (TYPE C)



*: có thể phối hợp thêm BCAA, L-Ornithine-L-Aspartate.

YTTĐ: yếu tố thúc đẩy, BNG: bệnh não gan

TRƯỞNG KHOA