

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN XƠ GAN CỔ TRƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN NĂM 2023

NguyễnThị Thu¹, Nguyễn Thị Thu Phương²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Xơ gan là bệnh lý có tổn thương gan mạn tính, kèm nhiều biến chứng. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân xơ gan khá cao. Nhằm góp phần tìm hiểu thêm về đặc điểm của bệnh nhân xơ gan cổ trướng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân xơ gan cổ trướng điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An năm 2023; với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xơ gan cổ trướng. Kết quả cho thấy nguyên nhân gây xơ gan chủ yếu do rượu (63,1%), cổ trướng độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (63,1%). Dấu hiệu suy tế bào gan chủ yếu là vàng da, vàng mắt (61,5%), sao mạch (60%), phù (80,8%). Dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa thường gặp là tuần hoàn bàng hệ 75,4%. Giá trị trung bình INR là $1,91 \pm 2,32$. Tỷ lệ Prothrombin là $48,89 \pm 15,43$. 98,5% trường hợp giảm albumin máu. 56,9% bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản. Nghiên cứu giúp chúng ta rõ hơn về các đặc điểm cơ bản của xơ gan cổ trướng để phục vụ trong quá trình chẩn đoán và theo dõi bệnh.

Từ khóa: xơ gan cổ trướng, bệnh viện Hữu nghị đa khoa nghệ An.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một quá trình xơ hóa lan tỏa, tiến triển chậm qua nhiều năm, cuối cùng có nhiều biến chứng xảy ra và thường kèm theo thời gian prothrombin kéo dài, nồng độ albumin máu giảm [1]. Ước tính mỗi năm trên thế giới có khoảng 800.000 trường hợp tử vong vì xơ gan. Tại Hoa Kỳ, năm 2015, tỷ lệ tử vong của người mắc bệnh gan mạn tính và xơ gan ở nhóm tuổi 25 - 44 tuổi và 45 - 64 tuổi lần lượt là 3% và 4,2%; xếp vị trí thứ 5 trong nhóm 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu [2]. Theo thống kê của CDC, tại Việt Nam, năm 2017, trong 10 bệnh hàng đầu gây tử vong, xơ gan đứng hàng thứ 7 [3].

Biến chứng thường gặp nhất của xơ gan và xảy ra ở khoảng 50% bệnh nhân xơ gan mất bù là tình trạng cổ trướng. Sự phát triển của cổ trướng là dấu hiệu cho thấy sự chuyển đổi từ xơ gan còn bù sang xơ gan mất bù. Cổ trướng làm gia tăng tỷ lệ tử vong do các biến chứng như viêm phúc mạc tự phát do vi khuẩn và hội chứng

gan thận. Cổ trướng quá to khiến bệnh nhân hạn chế vận động, khó thở, ảnh hưởng đến sinh hoạt và chất lượng sống của người bệnh.

Hàng năm, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, tiếp nhận điều trị nhiều trường hợp xơ gan cổ trướng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân xơ gan cổ trướng điều trị tại khoa Nội Tiêu hóa, nhằm góp phần tìm hiểu thêm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xơ gan cổ trướng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

65 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán xơ gan có cổ trướng điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 02/2023 đến 05/2023, có đầy đủ các xét nghiệm, nội soi tiêu hóa, siêu âm theo bệnh án nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Xơ gan cổ trướng điển hình có các biểu hiện lâm sàng của hai hội chứng nổi bật là hội chứng suy tế bào gan, hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa kèm xuất hiện dịch tự do màng bụng [4].

* Hội chứng suy tế bào gan

- Rối loạn tiêu hóa: chán ăn, sợ mỡ, có hiện tượng táo bón hoặc ỉa lỏng bất thường, đầy hơi, chướng bụng... có khả năng làm việc giảm sút.

- Phù nề: lúc đầu kín đáo ở 2 chi dưới, sau nặng dần có thể gây phù toàn thân và lúc này thường kèm cổ trướng to.

- Xuất huyết dưới da, niêm mạc: biểu hiện như chảy máu cam, chân răng hoặc dưới da thành từng đám.

- Hiện tượng nổi các sao mạch ở cổ vai, lưng, ngực và chi trên.

- Lòng bàn tay son: Bàn tay ẩm và lòng bàn tay có màu đỏ tươi, đặc biệt là vùng dưới gan bàn tay, ở mu bàn tay và vùng bên của ngón tay. Lòng bàn chân có thể tương tự.

- Vàng da từ nhẹ đến nặng.

- Các rối loạn chuyển hóa glucid, protid, lipid và các rối loạn chuyển hóa khác gây nên các triệu chứng giảm glucose máu, suy giảm sức khỏe và khả năng lao động, giảm trí nhớ, chức năng sinh dục.

* Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Áp lực tĩnh mạch cửa được xác định là tăng khi lớn hơn 12mmHg, chính xác hơn là chênh áp giữa tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ lớn hơn 5mmHg, biểu hiện trên lâm sàng khi chênh áp lớn hơn 10mmHg.

- Lách to: với các mức độ khác nhau.

- Tuần hoàn bàng hệ cửa chủ.

- Giãn tĩnh mạch thực quản ở những mức độ khác nhau.

* Cổ trướng: có dịch tự do trong khoang màng bụng, thường bệnh nhân kèm theo triệu chứng ách bụng, tăng cân.

Tiêu chuẩn loại trừ

Xơ gan cổ trướng kèm theo các bệnh lý suy tim, hội chứng thận hư, viêm tụy cấp...

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên một loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

Thu thập số liệu: Thu thập số liệu qua thăm khám và hồ sơ bệnh án của đối tượng nghiên cứu. Các xét nghiệm đều được thực hiện tại trung tâm xét nghiệm Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An: Xét nghiệm các chỉ số sinh hóa máu bằng máy CoBAS 8000; đo khẩu kính tĩnh mạch cửa và tốc độ dòng chảy được xác định trên siêu âm siemens S3000 có chế độ doppler; nội soi dạ dày - thực quản bằng máy nội soi CV - 170 do hãng Olympus của Nhật Bản sản xuất.

Một số tiêu chuẩn đánh giá

Phân độ giãn tĩnh mạch thực quản theo Hội nội soi Nhật Bản

- Độ 1: giãn tĩnh mạch có kích thước nhỏ, thẳng, xẹp khi bơm hơi.

- Độ 2: Giãn tĩnh mạch ngoằn ngoèo, chiếm < 1/3 lòng thực quản, không xẹp khi bơm hơi.

- Độ 3: Giãn tĩnh mạch lớn, nhiều dấu đỏ, chiếm > 1/3 lòng thực quản.

Phân độ giãn tĩnh mạch dạ dày theo vị trí [5]

- GOV1: Giãn tĩnh mạch thực quản dạ dày vị trí bờ cong nhỏ.

- GOV2: Giãn tĩnh mạch thực quản dạ dày vị trí phình vị.

- IVG1: Giãn tĩnh mạch dạ dày đơn độc type I.

- IVG2: Giãn tĩnh mạch dạ dày đơn độc type II.

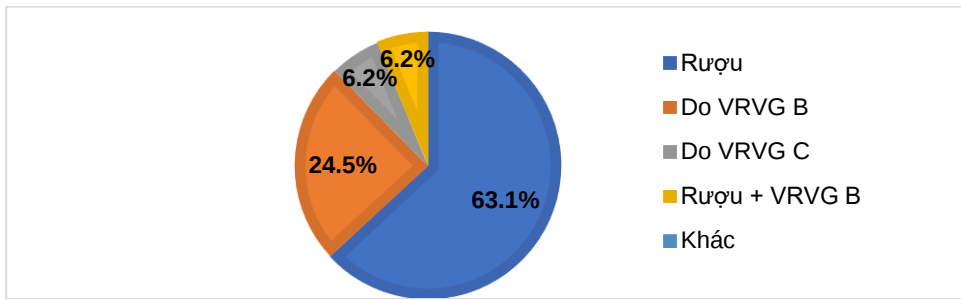
3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Giá trị trung bình, độ lệch chuẩn của các biến định lượng. Tỷ lệ phần trăm của các biến định tính.

4. Đạo đức nghiên cứu

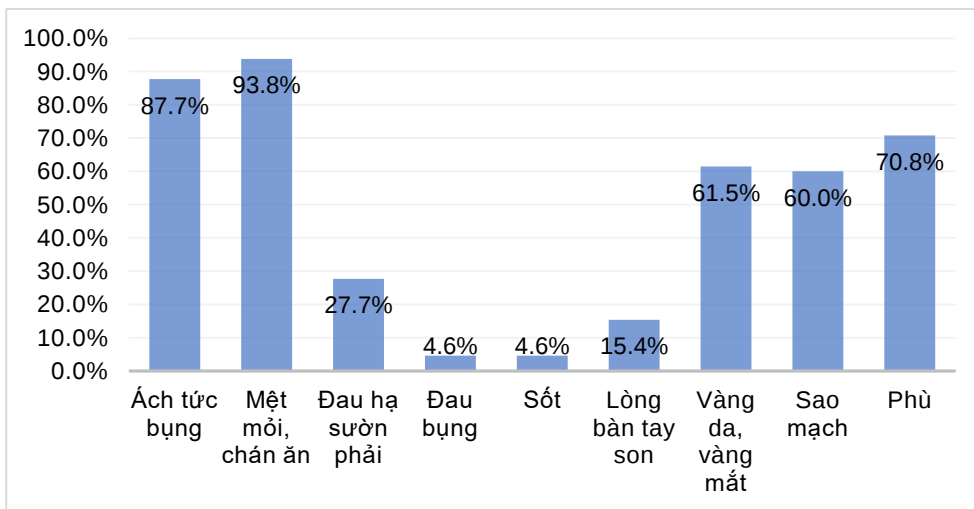
Nghiên cứu tiến hành sau khi được phê duyệt đề cương của hội đồng khoa học trường Đại học Y khoa Vinh và được sự đồng ý của Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện. Mọi thông tin của bệnh nhân được tôn trọng và giữ bí mật tuyệt đối. Số liệu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu là cơ sở đưa ra các khuyến nghị có tính khả thi nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị.

III. KẾT QUẢ



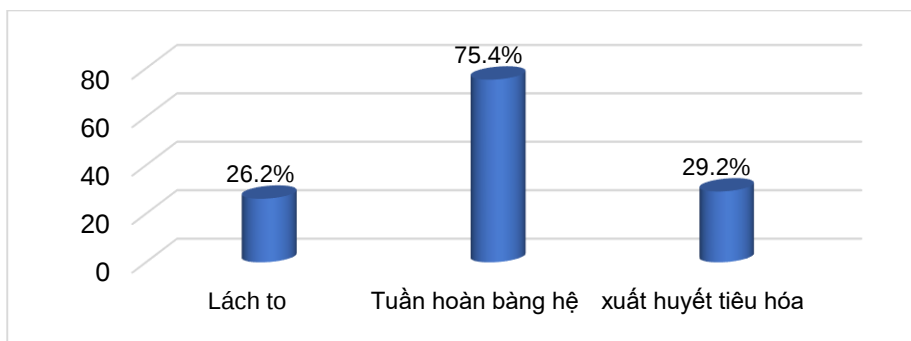
Biểu đồ 1. Nguyên nhân xơ gan cổ trướng

Hầu hết bệnh nhân vào viện có triệu chứng mệt mỏi, chán ăn (chiếm 93,8%), ách tức bụng (87,7%), 18 bệnh nhân đau hạ sườn phải (chiếm 27,7%) và chỉ có 3 trường hợp bệnh nhân sốt, đau bụng.



Biểu đồ 2. Đặc điểm dấu hiệu suy tế bào gan

Trong nghiên cứu có 40 bệnh nhân vàng da vàng mắt (61,5%), 39 trường hợp sao mạch (60%), 46 trường hợp phù (70,8%), biểu hiện lòng bàn tay son chiếm 15,4%. Nguyên nhân gây xơ gan chủ yếu do rượu (chiếm 63,1%), tiếp đó là viêm gan B (24,5%), nhóm nguyên nhân viêm gan virus C và rượu + viêm gan B đều chiếm tỷ lệ nhỏ là 6,2%.



Biểu đồ 3. Đặc điểm dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Kết quả có 49 trường hợp tuần hoàn bàng hệ (75,4%), có 17 trường hợp lách to (26,2%), có 19 trường hợp xuất huyết tiêu hóa (29,2%).

Bảng 1. Bảng biến đổi các chỉ số đông máu cơ bản

Các chỉ số đông máu		n	%	$\bar{X} \pm SD$
INR	< 1.7	51	78,5	1,91 $\pm$ 2,32
	1.7 – 2.3	8	12,3	
	> 2.3	6	9,2	
Prothrombin	> 70 %	6	9,2	48,89 $\pm$ 15,43
	40 -70 %	43	66,2	
	< 40%	16	24,6	

INR trung bình của đối tượng nghiên cứu là 1.91 $\pm$ 2,32 với 21,5% có tăng INR trên 1.7. Có 24,6% số BN có giảm tỷ lệ Prothrombin dưới 40% và tỷ lệ Prothrombin trung bình là 48,89 $\pm$ 15,43.

Bảng 2. Bảng biến đổi một số chỉ số sinh hóa máu

Các chỉ số sinh hóa	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$
Bilirubin trực tiếp ($\mu\text{mol/L}$)	4,3	134,1	37,21 $\pm$ 32,96
Bilirubin toàn phần ($\mu\text{mol/L}$)	11,8	268,6	70,19 $\pm$ 55,35
Creatinin máu ($\mu\text{mol/L}$)	42	253	90,85 $\pm$ 34,79
Albumin (g/L)	21.04	28,86	24,95 $\pm$ 3,91

Chỉ số bilirubin trực tiếp cao nhất là 134,1 $\mu\text{mol/L}$ với giá trị trung bình là 37,21 $\pm$ 32,96 $\mu\text{mol/L}$, creatinin với giá trị trung bình là 90,85 $\pm$ 34,79 $\mu\text{mol/L}$. Có 64 trường hợp giảm albumin máu chiếm tỷ lệ 98,5%. Giá trị trung bình là 24,95 $\pm$ 3,91.

Bảng 3. Hình ảnh tĩnh mạch thực quản, dạ dày trên nội soi tiêu hóa

Đặc điểm hình ảnh		n	%
Tĩnh mạch thực quản	Không giãn	2	3,1
	Độ 1	11	16,9
	Độ 2	37	56,9
	Độ 3	15	23,1
Tĩnh mạch dạ dày	Không giãn	39	60
	GOV1	10	15,4
	GOV2	9	13,8
	GOV1 và GOV2	7	10,8
	IGV1	0	0
	IGV2	0	0

Số bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản là 63 bệnh nhân, chiếm 96,9%. Trong đó, chủ yếu là giãn tĩnh mạch thực quản độ 2 (56,9%), 60% trường hợp không giãn tĩnh mạch dạ dày, tỷ lệ giãn tĩnh mạch dạ dày GOV1, GOV2, GOV1 + GOV2 lần lượt là 15,4%; 13,8%; 10,8%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ xơ gan do rượu chiếm 63,1%; virus viêm gan B 24,5%; virus viêm gan C chiếm 6,2%; rượu + viêm gan B là 6,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Quang Nam và cộng sự tại Bệnh viện Bạch mai, nguyên nhân xơ gan do rượu chiếm 52,4%; virus viêm gan B chiếm 42,9%; viêm gan C chiếm 4,8% [6]. Điều này cũng phù hợp vì nam giới là đối tượng tiêu thụ rượu chủ yếu tại Việt Nam; nhất là tình trạng lạm dụng rượu, cũng như sản xuất rượu tự do trong dân đã khiến tình trạng nghiện rượu ở nước ta chiếm tỷ lệ cao; gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng đối với bản thân người nghiện rượu cũng như gia đình và xã hội.

Kết quả ở biểu đồ 2 có 60% các trường hợp có biểu hiện sao mạch trên lâm sàng. Mức độ vàng da tùy thuộc vào mức độ tăng bilirubin trong máu và thường có xu hướng tăng dần theo tiến triển của bệnh. Tỷ lệ vàng da, vàng mắt trong nghiên cứu của chúng tôi là 61,5%, tương tự với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Thu Hiền và cộng sự (67,5%) [7].

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi gặp 70,8% các trường hợp có biểu hiện phù trên lâm sàng. Phù trong xơ gan thường do giảm tổng hợp Albumin dẫn đến giảm áp lực keo trong lòng mạch, thường xuất hiện sau cổ trướng, do dịch cổ trướng nhiều gây chèn ép vào tĩnh mạch chủ dưới. Đặc điểm phù thường là phù 2 chi dưới, mềm ấn lõm, ít gặp phù toàn thân. Phù thường đi kèm với cổ trướng mức vừa và nhiều. Có 73,8% trường hợp tuần hoàn bàng hệ; 29,2% trường hợp xuất huyết tiêu hóa. Kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Suresh, cho rằng tần suất có xuất huyết tiêu hóa chỉ gặp ở khoảng 37% bệnh nhân xơ gan cổ trướng [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị INR trung bình là $1,91 \pm 2,32$. Trong xơ

gan, INR kéo dài do gan là cơ quan sản xuất các yếu tố đông máu, trong đó có các yếu tố phụ thuộc vitamin K (II, VII, IX, X). Ngoài ra tình trạng thiếu vitamin K có thể do chế độ ăn uống cũng làm tăng INR.

Gan là cơ quan chủ yếu trong cơ thể sản xuất albumin, vì vậy nồng độ albumin phản ánh trực tiếp chức năng gan. Khi xơ gan có dấu hiệu mất bù; đặc biệt khi xuất hiện các biến chứng, chức năng gan không còn được duy trì đầy đủ để đảm bảo chức năng tổng hợp albumin, dẫn đến nồng độ albumin giảm thấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ albumin trung bình là $24,95 \pm 3,91\text{g/L}$, thấp hơn khá nhiều so với nồng độ albumin bình thường là $> 35\text{g/L}$. So sánh với các nghiên cứu khác, nồng độ albumin trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với Omar Elshaarawy $24 \pm 6\text{g/L}$ [9].

Bảng 2 ghi nhận nồng độ bilirubin toàn phần huyết thanh trung bình là $70,19 \pm 55,35\mu\text{mol/L}$, giá trị trung bình bilirubin trực tiếp là $37,21 \pm 32,96\mu\text{mol/L}$. Bilirubin là sản phẩm thoái giáng của heme, chủ yếu từ hemoglobin của hồng cầu và được thải ra khỏi hệ tuần hoàn nhờ gan. Ở bệnh nhân xơ gan, chức năng liên hợp bilirubin và chức năng bài tiết bilirubin vào mật đều bị tổn thương. Do đó, cả hai thành phần bilirubin trực tiếp và gián tiếp đều tăng trong máu.

Hiện nay, nội soi vẫn được xem là phương pháp tốt giúp xác định giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan theo khuyến cáo của các hiệp hội về tiêu hóa trên thế giới [5].

Nghiên cứu của Prabakaran trên 83 bệnh nhân xơ gan cổ trướng có đến 93,5% bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản, trong đó giãn độ 1 gồm 18 bệnh nhân, và giãn lớn hiện diện trong 57 bệnh nhân [10].

Kết quả của chúng tôi có 63 bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi (chiếm đến 96,9%). Đây là một tỷ lệ khá cao, vì chúng tôi chọn những bệnh nhân xơ gan cổ trướng - một

trong các biểu hiện của giai đoạn cuối bệnh xơ gan, nên tỷ lệ xuất hiện các biến chứng khác như giãn tĩnh mạch thực quản cũng tăng theo. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thực quản độ II chiếm nhiều nhất (56,9%). Hơn một nửa bệnh nhân xơ gan cổ trướng có xuất hiện giãn tĩnh mạch độ II trở lên, nên việc phát hiện sớm biến chứng giãn tĩnh mạch thực quản để sớm có biện pháp dự phòng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản là rất cần thiết trên những bệnh nhân này.

Về đặc điểm giãn tĩnh mạch dạ dày, chủ yếu không có giãn tĩnh mạch dạ dày, với 39 trường hợp chiếm tỷ lệ 60%.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở 65 bệnh nhân xơ gan cổ trướng, nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là do rượu (63,1%). Dấu hiệu vàng da vàng mắt chiếm tỷ lệ 61,5%, sao mạch 60%, phù 70,8%. Dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa chủ yếu là tuần hoàn bàng hệ (75,4%). Giá trị trung bình INR là $1,91 \pm 2,32$; 98,5% trường hợp giảm albumin máu. Thông qua nội soi dạ dày - thực quản cho thấy 96,9% trường hợp có giãn tĩnh mạch thực quản, 40% trường hợp giãn tĩnh mạch dạ dày.

Do vậy, cần tầm soát bệnh xơ gan ở các đối tượng có nguy cơ cao như người bị viêm gan virus và người lạm dụng rượu bia để phát hiện sớm bệnh cũng như nguyên nhân gây bệnh, để có biện pháp điều trị, phòng ngừa thích hợp và hạn chế xảy ra biến chứng.

Nên tăng cường công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe về tác hại của rượu bia, tiêm phòng đầy đủ vaccin viêm gan virus.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fukui H, Saito H, Ueno Y, et al. "Evidence-based clinical practice guidelines for liver cirrhosis 2015", J Gastroenterol, 2016; **51**(7), 629–650.
2. Heron M. "Deaths: Leading Causes for 2015", *Natl Vital Stat Rep*, 2017; 66(5), pp1–76.
3. Chiejina M, Kudaravalli P, and Samant H. "Ascites" StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2022.
4. Trần Ngọc Ánh, "Xơ gan" "Bài giảng bệnh học nội khoa", Nhà xuất bản y học Hà Nội, 2020; pp.32 – 44.
5. Luo X, Hernández-Gea V. *Update on the management of gastric varices*. Liver Int. 2022 Jun;42(6):1250-1258.
6. Đặng Quang Nam, Đào Văn Long và cộng sự. "Đánh giá hiệu quả và sự an toàn của tiêm Histoacryl qua nội soi búi giãn tĩnh mạch phình vị ở bệnh nhân xơ gan", Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, 2016; 2698–2705.
7. Lê Thị Thu Hiền, Nguyễn Quang Duật, Trịnh Xuân Tráng. "Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học ở bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu" Tạp chí Y học Việt Nam, 2017; 58–61.
8. Suresh I, Jagini S. "Correlation of serum-ascites albumin concentration gradient and endoscopic parameters of portal hypertension in chronic liver disease", International Journal of Advances in Medicine, 2018; 159.
9. Elshaarawy O, Allam N, Abdelsameea E, et al. "Platelet-albumin-bilirubin score - a predictor of outcome of acute variceal bleeding in patients with cirrhosis", *World J Hepatol*, 2020; **12**(3), 99–107.
10. Prabakaran Dr.B. and Gowri D.T. "Correlation Between Serum Ascites Albumin Gradient and Esophageal Varices In Portal Hypertension", *IOSR*, 2016; **15**(08), 48–50.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CIRRHOTIC ASCITES AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL IN 2023

Cirrhosis is a chronic disease with many complications. The mortality rate in cirrhosis patients is quite high. In order to contribute to learning more about the characteristics of patients with cirrhosis and ascites, we conducted a cross-sectional descriptive study on 65 patients with cirrhosis and ascites treated at the Department of Gastroenterology, Nghe An General Friendship Hospital. 2023, with the objective of describing the clinical and paraclinical characteristics of patients with cirrhosis and ascites. The results showed that the main cause of cirrhosis is alcohol (63.1%), with grade 3 ascites accounting for the highest rate, 63.1%. Signs of liver cell failure are mainly jaundice, yellow eyes 61.5%, angioedema 60%, edema 50.8%. A common sign of portal hypertension is 75.4% collateral circulation. The average value of INR was 1.91 ± 2.32 , Prothrombin was 48.89 ± 15.43 . 98.5% of cases of hypoalbuminemia. 56.9% of patients with esophageal varices. Research helps us better understand the basic characteristics of ascites cirrhosis to serve in the process of diagnosing and monitoring the disease.

Keywords: cirrhosis and ascites, Nghe An General Friendship Hospital.