

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CỔ TRƯỞNG VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Nguyễn Thị Thu¹, Nguyễn Thị Thu Phương²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

²Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

Xơ gan là bệnh mạn tính, tiến triển chậm qua nhiều năm, kèm nhiều biến chứng, ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động, đời sống sinh hoạt của người bệnh. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân xơ gan khá cao. Nhằm góp phần tìm hiểu thêm mối liên quan giữa cổ trướng và một số yếu tố của bệnh nhân xơ gan, 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 mối liên quan giữa tình trạng cổ trướng với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan. Kết quả cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu là cổ trướng độ 3 (63,1%), không có trường hợp nào cổ trướng độ 1. Xơ gan Child Pugh B, C chiếm tỷ lệ lần lượt là 24,6%, 75,4%. Có mối liên quan giữa mức độ cổ trướng với tuần hoàn bàng hệ, giá trị albumin, khẩu kính và tốc độ dòng chảy tĩnh mạch cửa.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là bệnh mạn tính, tiến triển chậm qua nhiều năm, cuối cùng có nhiều biến chứng xảy ra. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân xơ gan khá cao. Theo thống kê của Tổ chức Gánh nặng bệnh tật toàn cầu (GBD), năm 2010 có khoảng 1 triệu người, chiếm 2% dân số thế giới [1]. Theo thống kê của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC) năm 2017, xơ gan và các bệnh gan mạn tính đứng hàng thứ 11 trong 15 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại Hoa Kỳ, chiếm 10.9/100000 dân [2]. Theo thống kê của CDC Việt Nam, năm 2017, trong 10 bệnh hàng đầu gây tử vong, xơ gan đứng hàng thứ 7 [3].

Cổ trướng là sự tích tụ bất thường của dịch trong khoang phúc mạc. Đây là biến chứng thường gặp nhất của xơ gan và xảy ra ở khoảng 50% bệnh nhân xơ gan mất bù trong 10 năm. 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

khẩn và hội chứng gan thận [4]. Cổ trướng quá to làm bệnh nhân hạn chế vận động, khó thở, ảnh hưởng đến sinh hoạt và chất lượng sống của người bệnh.

Theo Hiệp hội Tiêu hóa Anh hợp tác với Hiệp hội Nghiên cứu Gan Anh nhấn mạnh rằng: áp lực tĩnh mạch cửa (TMC) tăng cao cùng với tình trạng giảm nồng độ albumin huyết thanh là những yếu tố quan trọng trong cơ chế hình thành cổ trướng.

Hàng năm, bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An tiếp nhận và điều trị nhiều trường hợp xơ gan cổ trướng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân xơ gan cổ trướng điều trị tại khoa Tiêu hóa nhằm góp phần tìm hiểu thêm về mối liên quan giữa cổ trướng với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

65 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán xơ gan cổ trướng có đầy đủ xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu, đông máu, siêu âm theo bệnh án nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tác giả chính: Nguyễn Thị Thu
Email: nguyenthuthu@vnu.edu.vn

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 và hội chứng tăng áp lực TMC kèm xuất hiện dịch tự do màng bụng [5].

* 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 TMC

Áp lực TMC 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...

Thời gian nghiên cứu: tháng 02/2023 đến 05/2023.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Tiêu Hóa, Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

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

* Các dấu hiệu trên siêu âm của tăng áp lực TMC [6].

- Phở dòng chảy TMCgồm phở mất gợn sóng, phở đảo ngược hoặc phở hai pha.

- Bình thường đường kính TMCtừ 9 - 13 mm.

- Tốc độ dòng chảy TMCdưới 20 cm/s.

* Phân loại cổ trướng theo Hiệp hội cổ trướng quốc tế năm 2007 [7]

- Cổ trướng nhẹ (độ I): Gõ đục vùng thấp hay chỉ phát hiện trên siêu âm.

- Cổ trướng vừa (độ II): Cổ trướng mức độ vừa phải, bụng căng vừa bè ra 2 bên.

- Cổ trướng nặng (độ III): Cổ trướng mức độ nhiều, bụng căng cứng.

Thu thập số liệu: Thu thập số liệu qua hỏi bệnh, 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.

Xử lý số liệu: Số liệu của nghiên cứu được xử lý bằng 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. So sánh sự khác biệt giữa 2 biến bằng test Chi – square.

3. Đạo đức nghiên cứu

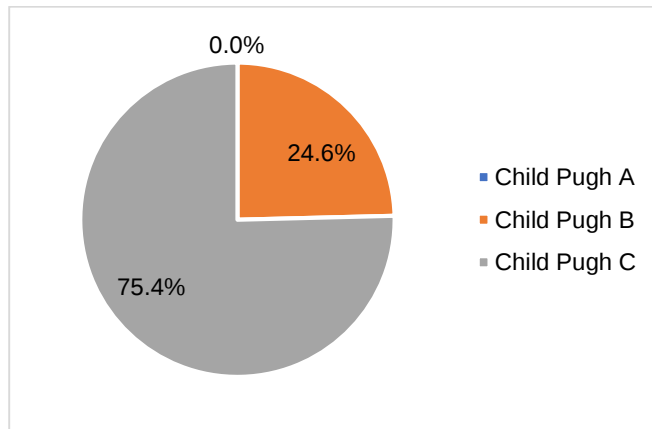
Nghiên cứu tiến hành sau khi được phê duyệt đề cương của hội đồng khoa học trường Đại học Y khoa Vinh và được sự đồng ý của Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện. Mọi thông tin của bệnh nhân được tôn trọng và giữ bí mật tuyệt đối. Số liệu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu khoa học. 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

Bảng 1. Đặc điểm về mức độ cổ trướng

Mức độ cổ trướng	n	%
Độ 1	0	0
Độ 2	24	36,9
Độ 3	41	63,1
Tổng	65	100

Bệnh nhân cổ trướng độ 3 là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 63,1%, không có trường hợp nào cổ trướng độ 1.



Biểu đồ 1. Mức độ nặng của xơ gan theo phân loại Child - Pugh - Turcotte

Trong nghiên cứu có 100% trường hợp xơ gan mất bù. Trong đó, xơ gan Child Pugh C chiếm tỷ lệ 75,4%, xơ gan Child Pugh B chiếm tỷ lệ 24,6%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa mức độ cổ trướng với tuần hoàn bàng hệ

Tuần hoàn bàng hệ \ Cổ trướng	Độ 2	Độ 3	P
Có	14 (28,6%)	35 (71,4%)	p= 0,019
Không	10 (64,7%)	6 (35,3%)	

Biểu hiện tuần hoàn bàng hệ gặp ở 35 trường hợp xơ gan cổ trướng độ 3 chiếm tỷ lệ 71,4% cao hơn so với cổ trướng độ 2 là 28,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa mức độ cổ trướng với khẩu kính tĩnh mạch cửa

Khẩu kính TMC \ Cổ trướng	Độ 2	Độ 3	P
< 13 mm	17 (56,7%)	13 (43,3%)	p= 0,004
≥ 13 mm	7 (20%)	28 (80%)	

Ở nhóm khẩu kính TMC ≥ 13 mm, cổ trướng độ 3 (80%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm cổ trướng độ 2 (20%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa mức độ cổ trướng với tốc độ dòng chảy tĩnh mạch cửa

Tốc độ dòng chảy TMC	Cổ trướng	Độ 2	Độ 3	P
< 20 cm/s		11 (25%)	33 (75%)	p=0,006
≥ 20 cm/s		13 (61,9%)	8 (38,1%)	

Tỷ lệ bệnh nhân có tốc độ dòng chảy $\geq 20\text{cm/s}$ ở nhóm cổ trướng độ 2 (61,9%) cao hơn nhóm cổ trướng độ 3 (38,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ cổ trướng với chỉ số albumin máu

Cổ trướng	N	Albumin ($\bar{X} \pm \text{SD}$)	P
Độ 2	24	$27,09 \pm 4,38$	(p = 0,015)
Độ 3	41	$23,7 \pm 3$	

Cổ trướng độ 2 có giá trị albumin trung bình là $27,09 \pm 4,38\text{g/L}$ lớn hơn so với nhóm cổ trướng độ 3 là $23,7 \pm 3\text{g/L}$. Sự khác biệt này có giá trị thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu cho thấy bệnh nhân cổ trướng độ 3 chiếm chủ yếu (63,1%) với 41 trường hợp và không trường hợp nào cổ trướng độ 1. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu của tác giả Tạ Quế Phương, độ 3 chiếm tỷ lệ 68,2% và độ 2 là 31,8% [8].

Nghiên cứu tiến hành lấy mẫu ở bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An - bệnh viện tuyến cuối về chuyên môn kỹ thuật khám, chữa bệnh của tỉnh Nghệ An, nên bệnh nhân thường đến khám thường ở giai đoạn muộn, khi đã xuất hiện các biến chứng của xơ gan, như: cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, bụng to dần, ách tắc bụng khiến bệnh nhân khó chịu, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt. Vì vậy, số lượng bệnh nhân vào viện chủ yếu là cổ trướng độ 3.

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân xơ gan cổ trướng - xơ gan mất bù, nên số lượng bệnh nhân Child - Pugh C chiếm tỷ lệ cao nhất (75,4%) kể đến là Child - Pugh B (24,6%), không có trường hợp nào là Child - Pugh A. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả Marakbi nghiên cứu về xơ gan trên bệnh nhân xơ gan cổ trướng, cho thấy

phần lớn bệnh nhân được phân loại Child - Pugh C với tỷ lệ 61,8% và Child - Pugh B là 38,2% [9].

Theo bảng 2, biểu hiện tuần hoàn bàng hệ ở nhóm xơ gan cổ trướng độ 2 là 14 trường hợp (28,6%), nhóm xơ gan cổ trướng độ 3 là 71,4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ là 75%. Kết quả này cao hơn so với tác giả Phạm Cẩm Phương và cộng sự (42%) [10]. Điều này có thể chứng tỏ mức độ xơ gan cổ trướng càng nặng biểu hiện tuần hoàn bàng hệ càng rõ.

Theo bảng 3, nhóm khẩu kính $\text{TMC} \geq 13\text{mm}$, cổ trướng độ 3 (80%) chiếm tỷ lệ nhiều hơn so với cổ trướng độ 2 (20%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phần nào có thể cho thấy có mối liên quan giữa khẩu kính TMC với mức độ cổ trướng.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân có tốc độ dòng chảy $\text{TMC} < 20\text{cm/s}$ ở nhóm cổ trướng độ 3 (75%) cao hơn so với nhóm cổ trướng độ 2 (25%). Tỷ lệ bệnh nhân có tốc độ dòng chảy $\geq 20\text{cm/s}$ ở nhóm cổ trướng độ 2 (61,9%) cao hơn nhóm cổ trướng độ 3 (38,1%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị albumin trung bình ở nhóm cổ trướng độ 2 ($27,09 \pm 4,38\text{g/L}$) lớn hơn so với nhóm cổ trướng độ 3 ($23,7 \pm 3 \text{ g/L}$). Sự khác biệt này có giá trị thống kê với $p < 0.05$.

So sánh với các nghiên cứu của Hồ Thị Vân Anh (năm 2020) cũng tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy có một mối liên quan nghịch giữa albumin huyết thanh với mức độ nặng của xơ gan cổ trướng, hàm lượng Albumin huyết thanh giảm dần ở nhóm bệnh nhân có mức độ xơ gan càng nặng [11]. Điều này là hợp lý, vì một trong các điểm đánh giá mức độ nặng của xơ gan là dựa vào kết quả của albumin máu.

Albumin được tổng hợp duy nhất ở gan. Nồng độ albumin giảm khi chức năng tổng hợp của gan suy giảm, cùng với tình trạng xơ gan ngày càng trầm trọng. Do đó, nồng độ albumin huyết thanh có thể được sử dụng để giúp phân loại mức độ nghiêm trọng của bệnh xơ gan.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 65 bệnh nhân xơ gan điều trị nội trú tại khoa Tiêu hóa - Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 2/2023 đến tháng 5/2023, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa mức độ cổ trướng với tuần hoàn bàng hệ, giá trị albumin, khẩu kính TMC và tốc độ dòng chảy TMC. Do đó, việc kiểm soát nồng độ Albumin và theo dõi tình trạng khẩu kính cũng như áp lực TMC là một việc nên làm sớm trong điều trị và theo dõi bệnh nhân xơ gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali A Moklad, Alan D Lopez, et al. "Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980

and 2010: a systematic analysis", BMC Med, 2014.

2. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, "Liver cirrhosis mortality in the united states: national, state and regional trends, 2000-2017", 2019.
3. Chiejina M, Kudaravalli P, and Samant H. "Ascites" StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL), 2022.
4. Arroyo V. "Pathophysiology, diagnosis and treatment of ascites in cirrhosis", Ann Hepatol, 2002; 1(2), pp72-79.
5. Trần Ngọc Ánh. "Xơ gan" "Bài giảng bệnh học nội khoa", Nhà xuất bản y học Hà Nội, 2020; pp.32 – 44.
6. Nguyễn Phước Bảo Quân, "Siêu âm bụng tổng quát", Nhà xuất bản Y học, 2006, Tr.117-158.
7. I.R. Aydogan M, Oruncu M.B et al. "Natural History of Cirrhosis: Changing Trends in Etiology Over the Years", 2021.
8. Tạ Quế Phương, "Nghiên cứu giá trị tỷ lệ Na/K niệu và Na niệu 24h trong tiên lượng điều trị lợi tiểu ở bệnh nhân xơ gan", Luận văn Thạc sỹ Y học., Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
9. Marakbi A, Abdalla T M, Abdel Monem S M, Pasha H F. "Prediction of Oesophageal Varices in Cirrhotic Patients by Serum- Ascites Albumin Gradient", Zagazig University Medical Journal, 2020; 99-107.
10. Phạm Cẩm Phương và cộng sự, "Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan", Tạp chí Y học Việt Nam, số 1- 2021, Tr.204-208.
11. Hồ Thị Vân Anh, "Giá trị độ chênh lệch albumin huyết thanh và dịch màng bụng trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan có báng bụng", Luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, 2020.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN ASSOCIES AND SOME CLINICAL AND PARA-CLINICAL FACTORS OF CIRCULAR PATIENTS

Cirrhosis is a chronic disease that progresses slowly over many years, with many complications, greatly affecting the patient's ability to work and daily life. 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 goal of describing the relationship between ascites and a number of clinical and paraclinical factors in cirrhotic patients with ascites. The results showed that the study subjects mainly had grade 3 ascites (63.1%), there were no cases of grade 1 ascites. Child Pugh B and C cirrhosis accounted for 24.6%, 24.6%, respectively. 75.4%. The proportion of patients with portal vein diameter ≥ 13 mm is 53.8%, portal vein flow velocity (TMC) < 20 cm/s is 67.7% on ultrasound images. There is a relationship between the degree of ascites and collateral circulation, albumin value, diameter and portal vein flow rate.

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