

NGUYÊN NHÂN, BIẾN CHỨNG BỆNH XƠ GAN CỔ CHƯỚNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỔ CHƯỚNG Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Trần Thanh Toàn^{1*}, Huỳnh Hiếu Tâm²

1. Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: tranthanhtoanhgvt@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xơ gan cổ chướng là giai đoạn cuối của các quá trình bệnh lý mạn tính ở gan, do nhiều nguyên nhân gây xơ gan khác nhau. **Mục tiêu nghiên cứu:** khảo sát nguyên nhân, biến chứng bệnh xơ gan cổ chướng và kết quả điều trị cổ chướng ở bệnh nhân xơ gan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan cổ chướng điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa – Huyết học lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5/2021 đến tháng 05/2022. **Kết quả:** 72 bệnh nhân xơ gan cổ chướng, về giới tính 56,9% là nam giới, tuổi trung bình $56,01 \pm 13,69$; 83,3% bệnh nhân là Child C, 16,7% Child B; cổ chướng độ 3 chiếm 73,6%, độ 2 là 26,4%. Nguyên nhân: viêm gan siêu vi B là 31,9%, viêm gan siêu vi C là 13,9%, rượu là 16,7%, rượu và viêm gan siêu vi B là 5,6%, rượu và viêm gan siêu vi C là 1,4%, viêm gan siêu vi B và C là 4,2%, không rõ nguyên nhân 26,4%. Biến chứng rối loạn điện giải chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3%, tiếp theo bệnh não gan, nhiễm trùng dịch ổ bụng, tổn thương thận cấp và thoát vị rốn lần lượt là 31,9%, 22,2%, 13,9% và 2,8%. Bệnh nhân có đáp ứng với điều trị cổ chướng chiếm tỷ lệ cao 93,05% và 6,95% không đáp ứng điều trị, không có bệnh nhân tử vong hoặc nặng xin về. Thời gian nằm viện trung bình $6,61 \pm 2,25$ ngày. **Kết luận:** Xơ gan cổ chướng do nhiều nguyên nhân khác nhau. Các biến chứng bệnh xơ gan có cổ chướng thường là rối loạn điện giải, bệnh não gan, nhiễm trùng dịch ổ bụng và tổn thương thận cấp. Điều trị cổ chướng ở bệnh nhân xơ gan thường có đáp ứng tốt.

Từ khóa: xơ gan, cổ chướng.

ABSTRACT

CAUSES, COMPLICATIONS OF CIRRHOTIC ASCITES AND THE TREATMENT RESULTS OF ASCITES IN CIRRHOTIC PATIENTS

Tran Thanh Toan^{1*}, Huynh Hieu Tam²

1. Hau Giang General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Cirrhotic Ascites is the final stage of chronic liver disease which is of many other causes. **Objectives:** Causes, complications of cirrhotic ascites, and the treatment results of ascites in cirrhotic patients. **Materials and Method:** A cross-sectional study was conducted on 72 patients with cirrhotic ascites admitted to the Department of Gastroenterology-Clinical Hematology at Can Tho Central General Hospital from 5/2021 to 05/2022. **Results:** Among 72 patients, 56.9% were male, and the average age was 56.01 ± 13.69 years old. Classified by Child-Pugh is C (83.3%) and B (16.7%). There were 73.6% of patients with ascites of 3 grade and 26.4% of patients with ascites of 2 grade. The causes of cirrhotic ascites: There was 31.9% cause of hepatitis B, 13.9% cause of hepatitis C, 16.7% cause of alcohol, 5.6% cause of alcohol plus hepatitis B, 1.4% cause of alcohol plus hepatitis C, 4.2% cause of hepatitis B plus C and unknown of causes 26.4% in patients with cirrhotic ascites. Complications of serum electrolytes disorders were occupied with the highest rate of 83.3%, followed by hepatic encephalopathy, bacterial peritonitis, acute kidney injury, and umbilical hernia at 31.9%, 22.2%, 13.9%, and 2.8%. There were 93.05% of patients with cirrhotic ascites responded to treatments, 6.95% of patients unresponded to treatments, and none of the cases serious or death. The average hospitalization was 6.61 ± 2.25 days. **Conclusions:** There are many causes of cirrhosis. Complications of cirrhotic ascites are serum electrolytes disorders, hepatic encephalopathy, bacterial peritonitis, and acute kidney injury. The treatment results of ascites in cirrhotic patients usually have a good response.

Keywords: Cirrhosis, ascites.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan được định nghĩa là tình trạng tổn thương gan mạn tính do các tổn thương lặp đi lặp lại trong thời gian dài của một hoặc nhiều nguyên nhân. Đây cũng là một trong 10 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới theo thống kê năm 2018. Tỷ lệ tử vong do xơ gan khá cao, tại Mỹ có 12,7 đến 25,8 người/ 100.000 dân chết vì xơ gan [9]. Ở Việt Nam năm 2016 tỷ lệ tử vong do xơ gan ở nam chiếm tỷ lệ 44,5/100.000 dân/năm và 8,6/100.000 dân/năm ở nữ [15].

Các nguyên nhân phổ biến của xơ gan bao gồm nhiễm viêm gan siêu vi B mạn tính, viêm gan siêu vi C, nghiện rượu và viêm gan nhiễm mỡ không do rượu. Tỷ lệ ước tính mắc xơ gan ở Châu Âu là 26 người trên 100.000 dân, khu vực Đông Nam Á là 23,6 người trên 100.000 dân [8]. Xơ gan rượu thường gặp ở các nước Âu Mỹ, như ở Pháp chiếm tới 55 - 75%. Còn ở Việt Nam chủ yếu gặp xơ gan sau viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, có tới 40% bệnh nhân xơ gan có tiền sử nhiễm viêm gan siêu vi [4].

Xơ gan nếu không được điều trị sẽ phát triển thành xơ gan cổ chướng sau 10 năm là 60% và nguy cơ tử vong của những bệnh nhân này là 20 – 50% sau 5 năm nếu không được ghép gan. Các nguyên nhân tử vong thường là do các biến chứng: nhiễm trùng dịch bàng, hội chứng não gan, tổn thương thận cấp, rối loạn điện giải... khoảng 15% bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan cổ chướng tử vong trong vòng một năm là 15% và 44% tử vong trong vòng năm năm tiếp theo [9].

Xơ gan cổ chướng điều trị đáp ứng tốt với chế độ hạn chế muối và lợi tiểu, tuy nhiên khả năng tái phát nhanh. Đặc biệt, cổ chướng kháng trị đáp ứng kém với thuốc lợi tiểu và hạ natri máu ở khoảng 10% bệnh nhân [12]. Theo khuyến cáo của hội nghiên cứu về gan của Châu Âu năm 2020: lựa chọn đầu tiên điều trị cổ chướng ở bệnh nhân xơ gan là chế độ ăn hạn chế muối phối hợp với dùng thuốc lợi tiểu, kết hợp truyền albumin. Bệnh nhân đạt được mục tiêu điều trị bằng chế độ ăn đơn thuần khoảng 10-15%, còn lại đa số cần bổ sung các thuốc lợi tiểu, truyền albumin [11]. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Nguyên nhân, biến chứng bệnh xơ gan cổ chướng và kết quả điều trị cổ chướng ở bệnh nhân xơ gan” với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát nguyên nhân và các biến chứng bệnh xơ gan có cổ chướng.
2. Đánh giá kết quả điều trị cổ chướng ở bệnh nhân xơ gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan cổ chướng điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa – Huyết học lâm sàng của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 5/2021 đến tháng 5/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân hoặc thân nhân bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ mục tiêu, tiến trình của nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Xơ gan cổ chướng có xuất huyết tiêu hóa, ung thư biểu mô nguyên phát tế bào gan hoặc có khối nghi ngờ ung thư gan, hội chứng gan thận.
- Có chống chỉ định của thuốc lợi tiểu: hạ natri máu nặng (natri <120mmol/l), suy chức năng thận tiên triển (creatinine máu tăng gấp đôi hoặc tăng tăng trên 177 μ mol/L khi đang điều trị với lợi tiểu).

- Các cổ chướng do nguyên nhân khác: lao, suy thận mạn, suy tim.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thu thập số liệu tại Khoa Nội tiêu hóa – Huyết học lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 5/2021 đến 5/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Công thức tính cỡ mẫu:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

Z: hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95%: $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

p là ước đoán tham số chưa biết của quần thể. Trong nghiên cứu này, chọn p= 95,74% đó là tỷ lệ đáp ứng với điều trị lợi tiểu ở bệnh nhân xơ gan cổ chướng của tác giả Justiniano Santos [14].

d là mức chính xác nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn d=0,05.

Áp vào công thức, tính ra cỡ mẫu tối thiểu cần khảo sát là 63 bệnh nhân.

Qua nghiên cứu chúng tôi thu thập được 72 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu liên tục những đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn.

- **Nội dung nghiên cứu:**

Nguyên nhân xơ gan: Viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, rượu, viêm gan siêu vi B và rượu, viêm gan siêu vi C và rượu, viêm gan siêu vi B và C, không rõ nguyên nhân.

Các biến chứng cổ chướng: Nhiễm trùng dịch màng: Xét nghiệm dịch màng bụng (Phản ứng Rivalta, Protein dịch, tế bào, tỷ lệ bạch cầu đa nhân); Bệnh não gan: Chẩn đoán và phân độ bệnh não gan thường dựa vào tiêu chuẩn West Haven, NH_3 máu; Tổn thương thận cấp: dựa theo tiêu chí creatinin huyết thanh $>1,5\text{mg/dl}$ ($133\mu\text{mol/L}$) đối với nam và $>1,2\text{mg/dl}$ ($106\mu\text{mol/L}$) đối với nữ; Rối loạn điện giải: theo kết quả điện giải đồ.

Điều trị cổ chướng theo Hiệp hội gan Châu Âu 2020

Bệnh nhân xơ gan và lần đầu tiên có biểu hiện cổ chướng trung bình:

+ Hạn chế muối ăn 5-6,5gam/ngày.

+ Lợi tiểu: Bắt đầu spironolactone 100mg/ngày và tăng dần tới liều tối đa 400mg/ngày. Nếu đáp ứng dưới mức tối ưu, thêm furosemide 40mg/ngày, tăng liều mỗi 40mg/lần, liều tối đa 160mg/ngày. Mục tiêu đạt giảm cân nặng 1kg/ngày đối với bệnh nhân có phù và 0,5kg/ngày đối với bệnh nhân không phù.

Bệnh nhân xơ gan và cổ chướng tái phát từ trung bình đến nặng:

+ Hạn chế muối ăn 5-6,5gam/ngày.

+ Lợi tiểu: Bắt đầu spironolactone 100mg/ngày và furosemide 40mg/ngày, liều tăng dần đến liều tối đa spironolactone 400mg/ngày và furosemide liều tối đa 160mg/ngày.

+ Kết hợp chọc tháo dịch cổ chướng lượng nhiều (>5 lít dịch) kèm kết hợp truyền albumin sau chọc tháo dịch với 8g albumin/lít dịch tháo ra (nếu sử dụng lợi tiểu đáp ứng kém) [11].

Kết quả điều trị cổ chướng:

+ Đáp ứng với điều trị: sự giảm bớt dịch cổ chướng được đánh giá tốt nhất bằng cân nặng hàng ngày của bệnh nhân. Mức độ giảm cân không quá 0,5kg/ngày ở bệnh nhân không có phù hoặc không quá 1kg/ngày ở bệnh nhân có phù ngoại vi, lượng nước tiểu từ 1,5-2 lít/ngày, không có rối loạn về điện giải đồ.

+ Không đáp ứng với điều trị: cân nặng giảm nhỏ hơn 800g/4 ngày [11].

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập, phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 72 bệnh nhân, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

3.1. Về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu: nam giới chiếm tỷ lệ 56,9% cao hơn so với nữ (43,1%), phân loại theo Child-Pugh có 83,3% bệnh nhân xơ gan Child C, Child B 16,7% và không có bệnh nhân nào Child A.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 40 tuổi	09	12,5
40 – 60 tuổi	34	47,2
> 60 tuổi	29	40,3
Tuổi trung bình (thấp nhất – cao nhất)	56,01 ± 13,69 (24 - 86)	

Nhận xét: Tỷ lệ cao nhất ở bệnh nhân ở nhóm 40 tuổi trở lên là 87,5%.

Bảng 2. Đặc điểm phù và cổ chướng

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không phù	27	37,5
Phù ngoại vi	45	62,5
Cổ chướng độ 2	19	26,4
Cổ chướng độ 3	53	73,6

Nhận xét: Trong 72 bệnh nhân xơ gan cổ chướng có 62,5% cổ chướng có kết hợp phù ngoại vi và cổ chướng độ 3 nhiều nhất chiếm tỷ lệ 73,6%.

3.2. Nguyên nhân và các biến chứng

Bảng 3. Tỷ lệ nguyên nhân

Nguyên nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm gan siêu vi B	23	31,9
Viêm gan siêu vi C	10	13,9
Rượu	12	16,7
Viêm gan siêu vi B + Rượu	04	5,6
Viêm gan siêu vi C + Rượu	01	1,4
Viêm gan siêu vi B + C	03	4,2
Không rõ nguyên nhân	19	26,4
Tổng cộng	72	100

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm viêm gan siêu vi B chiếm nhiều nhất 31,9%, thấp nhất là nguyên nhân viêm gan siêu vi C và rượu chiếm 1,4%.

Bảng 4. Biến chứng bệnh nhân xơ gan có cổ chướng

Biến chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Rối loạn điện giải	60	83,3
Bệnh não gan	23	31,9
Nhiễm trùng dịch báng	16	22,2
Tôn thương thận cấp	10	13,9

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 53/2022

Biến chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thoát vị rốn	02	2,8

Nhận xét: Biến chứng rối loạn điện giải chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3%, thấp nhất là biến chứng thoát vị rốn 2,9%.

3.3. Kết quả điều trị cổ chướng ở bệnh nhân xơ gan

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, đa số bệnh nhân nằm viện điều trị trong thời gian từ 5-10 ngày chiếm tỷ lệ 86,1%, trên 10 ngày là 6,9% và dưới 5 ngày chiếm 6,9%. Thời gian điều trị trung bình $6,61 \pm 2,25$ ngày.

Bảng 5. Các chỉ cân nặng, thể tích nước tiểu trước và sau điều trị

Các chỉ số LS (n=72)	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	Trung bình	Min - Max	Trung bình	Min - Max	
Cân nặng (kg)	$55,64 \pm 6,58$	40 – 68,4	$52,50 \pm 6,70$	35,5 – 66,8	p<0,001
Thể tích nước tiểu 24h (ml)	$916,6 \pm 300,2$	300 - 1500	$1720,8 \pm 354$	1000 - 2600	p<0,001

Nhận xét: Cân nặng, thể tích nước tiểu lúc vào viện và ra viện có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 6. Điều trị cổ chướng

Điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cổ chướng mức độ trung bình	19	26,4
Cổ chướng mức độ nặng	53	73,6
Tổng	72	100

Nhận xét: Có 73,61% bệnh nhân điều trị cổ chướng mức độ nặng, điều trị cổ chướng mức độ trung bình chiếm 26,39%.

Bảng 7. Kết quả điều trị cổ chướng

Kết quả	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng điều trị	67	93,05
Không đáp ứng điều trị	5	6,95
Tử vong, nặng xin về	0	0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân xơ gan cổ chướng đáp ứng tốt với điều trị chiếm tỷ lệ 93,05%; không đáp ứng điều trị 6,95% và không có trường hợp nào tử vong hoặc nặng xin về.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Qua nghiên cứu trên 72 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận nam giới chiếm tỷ lệ 56,9%, nữ giới chiếm 43,1%. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ do nam lạm dụng rượu nhiều hơn nữ và rượu là một trong những nguyên nhân gây xơ gan. Bên cạnh đó ở nước ta tỷ lệ viêm gan B và C cao (10-25%) và nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm gan B ở nam cao hơn nữ nên khi dẫn đến xơ gan nam cũng nhiều hơn nữ [4]. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $56,01 \pm 13,69$ tuổi và từ 40 tuổi trở lên chiếm 87,5%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Ngô Thái Hùng với tuổi trung bình $57,71 \pm 13,19$ tuổi; Võ Duy Thông tuổi trung bình $55,57 \pm 12,87$ tuổi, nhóm tuổi trên 40 chiếm 92%; nghiên cứu của Nguyễn Thị Diễm tuổi trung bình $54,31 \pm 12,66$ tuổi, tuổi trên 40 chiếm 88,3% [2], [3], [7].

Khi đánh giá mức độ nặng của xơ gan theo Child-Pugh, chúng tôi nhận thấy Child C chiếm tỷ lệ cao nhất có 83,3%, Child B 16,7%, tương đồng với nghiên cứu của Tạ Quý

Phương với Child C 77,3%, Child B 22,7% [6], Võ Duy Thông với tỷ lệ Child C 76% và Child B là 22,7% [8]. Trong 72 bệnh nhân xơ gan cổ chướng có 62,5% bệnh nhân cổ chướng có kết hợp phù ngoại vi, 37,5% cổ chướng không phù; cổ chướng độ 3 chiếm 73,6% và độ 2 là 26,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cổ chướng kết hợp với phù ngoại vi tương đương nghiên cứu Ngô Thái Hùng 64,76% [3], thấp hơn nghiên cứu của Tạ Quế Phương là 88,6%, của Justiniano Santos là 81% [6], [14]. Về mức độ dịch cổ chướng, kết quả chúng tôi tương đương nghiên cứu Tạ Quế Phương độ 3 chiếm tỷ lệ 68,2% và độ 2 là 31,8% [6].

4.2. Nguyên nhân và các biến chứng

Nguyên nhân được ghi nhận có tỷ lệ cao nhất là viêm gan siêu vi B với 31,9%, rượu là 16,7%, viêm gan siêu vi C là 13,9%, siêu vi B và rượu là 5,6% và không rõ nguyên nhân là 26,4%. Nghiên cứu Nguyễn Thị Diễm 23,4% do rượu, 26,6% do siêu vi B, 16,4% siêu vi C, không rõ nguyên nhân là 22,7% [2]. Nghiên cứu của Ngô Thái Hùng với tỷ lệ viêm gan siêu vi B là 23,81%, viêm gan siêu vi C là 20%, do rượu 19,05% và không rõ nguyên nhân 24,76% [3]. Theo Krys Foster xơ gan do siêu vi C 26%, do rượu 21%, do siêu vi B là 15%, do siêu vi C và rượu là 15%, nguyên nhân khác 23% [12]. Như vậy về nguyên nhân xơ gan trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cũng khá tương đồng với các nghiên cứu trên.

Qua nghiên cứu trên 72 bệnh nhân xơ gan cổ chướng chúng tôi ghi nhận có 60/72 bệnh nhân có rối loạn điện giải chiếm tỷ lệ 83,3%. Khi khảo sát biến chứng bệnh não gan, trên lâm sàng dùng các dấu hiệu thần kinh để đánh giá và phân độ dựa vào mức độ hôn mê chia thành 4 độ. Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 23/72 (31,9%) bệnh nhân biến chứng bệnh não gan. Có 22,2% bệnh nhân có nhiễm trùng dịch báng, kết quả này tương tự với Obstein Keith và cộng sự nghiên cứu trên 111 bệnh nhân xơ gan có 29 bệnh nhân nhiễm trùng dịch cổ chướng chiếm tỷ lệ 26,1% [14]. Có 13,9% bệnh nhân tổn thương thận cấp và 2,8% có biến chứng thoát vị rốn, nghiên cứu của Ngô Thị Yến Nhi trên 250 bệnh nhân xơ gan mất bù có 25,6% bệnh nhân có tổn thương thận cấp [5]. Tỷ lệ các biến chứng thay đổi tùy theo nghiên cứu.

4.3. Kết quả điều trị cổ chướng ở bệnh nhân xơ gan

Qua nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy thời gian nằm viện điều trị trung bình ở bệnh nhân xơ gan cổ chướng là $6,61 \pm 2,25$ ngày, đây cũng là thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân xơ gan, theo nghiên cứu của Fagan số ngày nằm viện trung bình là 6 ngày cho một đợt điều trị cổ chướng [10]. Các phương pháp sử dụng điều trị cổ chướng bao gồm hạn chế muối, lợi tiểu. Trường hợp cổ chướng nhiều, hạ albumin máu nặng cần kết hợp chọc tháo dịch cổ chướng và truyền albumin. Mục tiêu điều trị là giảm cân nặng không quá 0,5kg/ngày nếu bệnh nhân chỉ có cổ chướng, dưới 1kg/ngày đối với bệnh nhân có cổ chướng kết hợp phù và lượng nước tiểu từ 1,5-2 lít /ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có cân nặng trung bình lúc vào viện điều trị là $55,64 \pm 6,58$ kg, sau đợt điều trị cân nặng trung bình $52,50 \pm 6,70$ kg, kết quả tương đương nghiên cứu của tác giả Võ Tấn Cường là $53,79 \pm 7,5$ kg và cân nặng sau điều trị là $51,34 \pm 7,14$ kg [1]. Các bệnh nhân đáp ứng với thuốc lợi tiểu đều có lượng nước tiểu tăng lên so với trước điều trị, lượng nước tiểu 24h trung bình trước điều trị là $916,6 \pm 300,2$ ml, sau khi điều trị thể tích trung bình $1720,8 \pm 354$ ml. Ở nghiên cứu Tạ Quế Phương ghi nhận những bệnh nhân đáp ứng với điều trị cổ chướng bằng thuốc lợi tiểu đều có lượng nước tiểu hằng ngày từ 1,5 - 2 lít/ngày [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 67/72 bệnh nhân đáp ứng với điều trị

chiếm tỷ lệ 93,05%, kết quả này tương đương với tác giả Justiniano Santos với 95,74% bệnh nhân đáp ứng với điều trị lợi tiểu ở bệnh nhân xơ gan cổ chướng [13], nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của Tạ Quế Phương 70,45% bệnh nhân xơ gan cổ chướng đáp ứng với thuốc lợi tiểu [6]. Có 5/72 bệnh nhân không đáp ứng với điều trị lợi tiểu, đây là những bệnh nhân cổ chướng kháng trị đáp ứng kém với lợi tiểu và không có trường hợp nào tử vong hoặc nặng xin về.

V. KẾT LUẬN

Xơ gan do nhiều nguyên nhân khác nhau, phần lớn nguyên nhân viêm gan siêu vi. Xơ gan cổ chướng là giai đoạn muộn của xơ gan với nhiều biến chứng trong đó rối loạn điện giải chiếm tỷ lệ cao nhất là 83,3%, tiếp theo bệnh não gan, nhiễm trùng dịch báng, tổn thương thận cấp và thoát vị rốn lần lượt là 31,9%, 22,2%, 13,9% và 2,8%. Kết quả điều trị cổ chướng có 93,05% bệnh nhân đáp ứng với điều trị, 6,95% không đáp ứng điều trị và không có bệnh nhân tử vong hoặc nặng xin về. Thời gian nằm viện trung bình $6,61 \pm 2,25$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Tấn Cường, Nguyễn Phạm Minh Châu, Phạm Văn Linh (2018), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân xơ gan mất bù cấp*, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 11-12, tr. 1-9.
2. Nguyễn Thị Diễm, Kha Hữu Nhân, Bò Kim Phương (2019), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điện tim và liên quan của QTc với mức độ suy gan theo Child-Pugh ở bệnh nhân xơ gan*, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 19, tr. 1-8.
3. Ngô Thái Hùng (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và đánh giá kết quả điều trị nội khoa trên bệnh nhân xơ gan mất bù tại Bệnh viện Nguyễn Đình Chiểu Bến Tre*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Nguyễn Xuân Huyền (2000). *Xơ gan*. Bách khoa thư bệnh học tập III, Nhà xuất bản Từ điển Bách Khoa, tr.549-552.
5. Ngô Thị Yến Nhi, Nguyễn Như Nghĩa, Võ Tấn Cường (2021), *Tình hình và các yếu tố nguy cơ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân xơ gan mất bù tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 36, tr. 39-47.
6. Tạ Quế Phương (2014), *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.
7. Võ Duy Thông, Hồ Thị Vân Anh, Hồ Tấn Phát (2021), *Giá trị tiên đoán các thang điểm Child-Pugh, FIB-4 và SAAG trong dự đoán giãn tĩnh mạch thực quản ở bệnh nhân xơ gan cổ chướng*, Tạp chí Y học Việt Nam, 499, tr.93-96.
8. Andrew Smith. MD, Katrina Baumgartner. MD, et al. (2019), *Cirrhosis: Diagnosis and Management*, 100(12):759-770.
9. Elliot B Tapper, Neehar D Parikh (2018), *Mortality due to cirrhosis and liver cancer in the United States, 1999-2016: observational study*, *BMJ*, 362:k2817.
10. Fagan K.J., et al (2014), *Burden of decompensated cirrhosis and ascites on hospital services in tertiary care facility: time for change*, *Internal Medicine Journal*, pp.865-872.
11. Guruprasad P Aithal, et al. (2020), *Guidelines on the management of ascites in cirrhosis*, *Gut*, 0, pp.1-21.
12. Krys Foster, MD, MPH. (2020), *Cirrhosis for the PCP*, *Thomas Jefferson University*, pp.418.
13. Justiniano Santos (2003), *Spirolactone alone or in combination with furosemide in a treatment of moderate ascites in nonazotemic cirrhosis. A randomized comparative study of efficacy and safety*, *Journal of Hepatology*, 39, pp. 187-192.

14. Obstein Keith L, Campbell Mical S, Reddy Rajeider Ket al (2007), Association between model for end stage liver disease and spontanenous bacterial peritonitis, *American Journal of Gastroenterology*, vol 102, pp.1-5.
15. WHO (2018), Liver cirrhosis (15+), age-standardized death rates by country. <https://apps.who.int/gho/data/view.main.53420>.

(Ngày nhận bài: 17/8/2022 – Ngày duyệt đăng: 23/9/2022)
