

ĐÁNH GIÁ ĐƯỜNG HUYẾT CHU PHẪU VÀ CÁC BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Lưu Ngọc Trân¹, Trần Việt An²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng đường huyết chu phẫu làm tăng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường. **Mục tiêu:** Đánh giá đường huyết chu phẫu và mối liên quan giữa đường huyết chu phẫu với các biến chứng sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên bệnh nhân phẫu thuật có kèm đái tháo đường từ 5/2020 đến 10/2020, tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Bệnh nhân có đường huyết đạt mục tiêu trước phẫu thuật là 64,2%, ngày đầu tiên sau phẫu thuật là 46,9%. Nhóm phẫu thuật nhỏ và theo chương trình có tỉ lệ đạt mục tiêu đường huyết cao. Bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật là 66,7%, viêm phổi (29,3%), nhiễm trùng vết mổ (19,5%), suy thận cấp (13,4%). Đường huyết cao trước phẫu thuật làm tăng biến chứng suy hô hấp ($p=0,005$) và tử vong ($p=0,043$). **Kết luận:** Ở bệnh nhân đái tháo đường, biến chứng hậu phẫu thường gặp nhất là viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ và suy thận cấp. Đường huyết cao trước phẫu thuật làm tăng biến chứng suy hô hấp và tử vong. **Từ khóa:** đường huyết, đường huyết chu phẫu, biến chứng sau phẫu thuật.

SUMMARY

ASSESSMENT OF PERIOPERATIVE GLUCOSE CONTROL AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN DIABETES PATIENTS AT CANTHO GENERAL HOSPITAL

Background: Perioperative hyperglycemia increases postoperative complications in diabetes patients. **Objectives:** To evaluate perioperative glycemia and the relationships between perioperative glycemic control and postoperative complications. **Materials and methods:** This was a prospective, cross-sectional study on surgical patients with diabetes from May 2020 to October 2020, at Can Tho General Hospital. **Results:** Patients' plasma glucose reaching the preoperative target was 64.2%, and on the first day after surgery was 46.9%. The small and elective surgery group had a high rate of achieving glycemic goals. Patients with post-operative complications was 66.7%, including pneumonia (29.3%), wound infection (19.5%) and acute kidney failure (13.4%). Preoperative hyperglycemia increases complications of respiratory failure ($p=0.005$) and

mortality rate ($p=0.043$). **Conclusion:** In diabetes patients, the most common postoperative complications are pneumonia, wound infection and acute kidney failure. Preoperative hyperglycemia increases postoperative complications of respiratory failure and death. **Keywords:** glycemia, perioperative hyperglycemia, postoperative complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh không lây phổ biến trên toàn cầu [3]. 50% bệnh nhân ĐTĐ trải qua phẫu thuật ít nhất một lần trong đời [4]. Tăng đường huyết (ĐH) chu phẫu làm tăng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân ĐTĐ [1], [2]. Đường huyết trên 140mg% có khoảng 40% bệnh nhân (BN) phẫu thuật ngoài tim trong đó có phẫu thuật ngoại tổng hợp [5]. Các nghiên cứu thấy bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng sau phẫu thuật cao hơn so với nhóm không mắc ĐTĐ [5]. Một báo cáo cho thấy 59% BN nhập viện được kiểm soát ĐH [5]. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu đánh giá mối liên quan giữa ĐH chu phẫu và tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân ĐTĐ phẫu thuật tại khoa ngoại tổng hợp. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu: *Đánh giá đường huyết chu phẫu ở bệnh nhân ĐTĐ có chỉ định phẫu thuật, xác định tỉ lệ các biến chứng sau phẫu thuật và phân tích mối liên quan giữa ĐH chu phẫu và các biến chứng sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: 81 bệnh nhân ĐTĐ có chỉ định phẫu thuật nhập tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ (BVĐKTPCT) từ 01/05/2020 đến 01/10/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân nhập khoa Ngoại tổng hợp có chỉ định phẫu thuật có tiền sử mắc ĐTĐ hoặc mới được chẩn đoán theo tiêu chí chẩn đoán ĐTĐ của ADA 2020 [9].

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân từ chối phẫu thuật hoặc tử vong trước khi phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiền cứu, mô tả cắt ngang, có phân tích.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: mẫu thuận tiện, BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và đồng ý

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Ngọc Trân

Email: luungoctran76@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024

tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Ngoại tổng hợp - BVĐKTCT từ 05/2016 đến 10/2020.

Phương pháp nghiên cứu

- Biến số chính: Đường máu mao mạch (mg/dL): thời điểm To (trước phẫu thuật), T1 (ngày 1 sau phẫu thuật), T2 (ngày 2 phẫu thuật). Mục tiêu từ 70 - 180 mg/dL. Các biến chứng sau phẫu thuật: nhiễm trùng (viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu, choáng nhiễm trùng), tim mạch (nhồi máu cơ tim), nhồi

máu não...

- **Thu thập và xử lý số liệu:** thu thập trực tiếp từ BN tham gia nghiên cứu và xử lý bằng SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/05/2020 đến 01/10/2020, có 81 bệnh nhân ĐTĐ có chỉ định phẫu thuật tại Khoa ngoại tổng hợp đủ các điều kiện nghiên cứu, kết quả:

3.1. Đánh giá đường huyết chu phẫu ở bệnh nhân đái tháo đường

Bảng 1. Đánh giá đường huyết chu phẫu (n=81)

Kết quả đường huyết n(%)	Tổng	Loại phẫu thuật		Nhóm phẫu thuật		
		Nhỏ	Lớn	Chương trình	Cấp cứu	
To	Đạt	52 (64,2)	19 (73,1)	33 (60,0)	48 (69,6)	4 (33,3)
	Không đạt	29 (35,8)	7 (26,9)	22 (40,0)	21 (30,4)	8 (66,7)
T1	Đạt	38 (46,9)	14 (53,8)	24 (43,6)	33 (47,8)	5 (41,7)
	Không đạt	43 (53,1)	12 (46,2)	31 (56,4)	36 (52,2)	7 (58,3)
T2	Đạt	46 (56,8)	17 (65,4)	29 (52,7)	41 (59,4)	5 (41,7)
	Không đạt	35 (43,2)	9 (34,6)	26 (47,3)	28 (40,6)	7 (58,3)

Nhận xét: Đường máu mao mạch đạt mục tiêu cao nhất ở ngày phẫu thuật To (64,2%), thấp nhất ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật T1(46,9%). Nhóm phẫu thuật lớn và chương trình có mức ĐH đạt mục tiêu cao.

3.2. Tỷ lệ các biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường

Bảng 2. Các biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường

Biến chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng	Có	54 66,7
	Không	27 33,3
Tỷ lệ mỗi biến chứng	Viêm phổi	24 29,3
	Nhiễm trùng vết mổ	16 19,5
	Suy thận cấp	11 13,4
	Viêm phúc mạc	8 9,8
	Suy hô hấp	5 6,1
	Nhiễm trùng ruột, mật, đường tiết niệu	5 6,0
	Nhiễm trùng huyết	4 4,9
	Choáng nhiễm trùng, suy đa cơ quan	4 4,9
	Nhồi máu cơ tim cấp	3 3,7
	DKA	2 2,4
	Hạ đường huyết	1 1,2
	Tử vong	3 3,7

Nhận xét: Có 66,7% bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật, thường gặp nhất là viêm phổi (29,3%), nhiễm trùng vết mổ (19,5%) và suy thận cấp (13,4%).

3.3. Môi liên quan giữa đường huyết chu phẫu và biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh

nhân đái tháo đường

Bảng 3: Môi liên quan giữa đường huyết và biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Cơ học	Đường huyết n (%)		OR	p
		Đạt	Không đạt		
Cơ học	Có	4 (80,0)	1 (20,0)	0,429	0,650
	Không	48 (63,2)	28 (36,8)		
Suy tạng	Có	4 (36,4)	7 (63,6)	3,818	0,440
	Không	48 (68,6)	22 (31,4)		
Nhiễm trùng	Có	27 (57,4)	20 (42,6)	2,058	0,163
	Không	25 (73,5)	9 (26,5)		
Suy hô hấp	Có	0 (0,0)	5 (100,0)	0,316	0,005
	Không	52 (68,4)	29 (35,8)		
Tim mạch	Có	2 (66,7)	29 (35,8)	0,893	0,710
	Không	50 (64,1)	28 (35,9)		
Tử vong	Có	0 (0,0)	3 (100,0)	0,333	0,043
	Không	52 (66,7)	26 (33,3)		

Nhận xét: Đường huyết cao trước phẫu thuật liên quan đến gia tăng nguy cơ biến chứng hô hấp (p=0,005) và tử vong (p=0,043) sau phẫu thuật.

Bảng 4: Môi liên quan giữa biến chứng và đường huyết từng thời điểm

		Biến chứng		p
		Không	Có	
Đường huyết mao mạch (mg/dL)	To	151,1	183,7	0,011
	T1	161,6	212,1	0,001
	T2	178,3	184,2	0,690

Nhận xét: BN có biến chứng sau phẫu thuật có ĐH cao hơn so với nhóm không biến chứng ở thời điểm trước phẫu thuật (p=0,011) và ngày 1 sau phẫu thuật (p=0,001).

Bảng 5: Môi liên quan giữa biến chứng sau phẫu thuật và đường huyết chu phẫu

		Biến chứng		OR	p	
		Không	Có			
Số lần đường huyết đạt mục tiêu	0	n	3	11	2,0	0,365
		%	21,4%	78,6%		
	1	n	4	15	2,2	0,269
		%	21,1%	78,9%		
	2	n	9	18	1,0	0,595
		%	33,3%	66,7%		
	3	n	11	10	0,33	0,031
		%	52,4%	47,6%		
Tổng		n	27	54		
		%	33,3%	66,7%		

Nhận xét: Kết quả thấy những bệnh nhân đạt mục tiêu cả ba thời điểm có tỉ lệ biến chứng thấp hơn 0,33 lần với $p=0,031$.

IV. BÀN LUẬN

3.1. Đánh giá đường huyết chu phẫu ở bệnh nhân đái tháo đường. Kiểm soát ĐH chu phẫu là theo dõi, đánh giá và điều trị để duy trì ĐH đạt mục tiêu trước trong và sau phẫu thuật [2]. Mục tiêu ĐH chu phẫu cần đạt được là một vấn đề còn tranh cãi ở cả BN có hay không bệnh ĐTĐ. Theo Hội đái tháo đường Hoa Kỳ khuyến cáo việc kiểm soát ĐH không chặt chẽ hơn mức từ 80 - 180 mg/dL (4,4 - 10,0 mmol/L) vì không cải thiện dự hậu và có liên quan đến nguy cơ hạ ĐH nhiều hơn [9]. Các nghiên cứu hiện tại không đồng nhất về kết quả đánh giá ĐH chu phẫu. Tác giả Nguyễn Cao Thúy Hằng (2017) khi theo dõi ĐH mao mạch sau phẫu thuật ở bệnh nhân ĐTĐ cho thấy có sự gia tăng sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật và khởi mê. ĐH tăng cao hơn từ thời điểm 2 giờ đến 4 giờ sau phẫu thuật [8]. Với mục tiêu ĐH chu phẫu từ 80 -180mg/dL, chúng tôi ghi nhận tại thời điểm trước phẫu thuật có 52 (64,2%) BN đạt mục tiêu, 38 (46,9%) ngày thứ 1 sau phẫu thuật và 46 BN (56,8%) ngày thứ 2 sau phẫu thuật có ĐH đạt mục tiêu.

3.2. Tỉ lệ các biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường. Dữ liệu từ một nghiên cứu đoàn hệ của nhóm nghiên cứu về kết cục phẫu thuật ở 44814 BN trải qua phẫu thuật cho thấy 16,8% BN có biến chứng sau phẫu thuật. Nhiễm trùng là biến chứng có tần suất cao nhất, đặc biệt là nhiễm trùng vết mổ. Nhóm bệnh nhân có ĐTĐ, nghiên cứu này ghi nhận 11,6% có biến chứng sau phẫu thuật, cao hơn các bệnh lý nền khác như bệnh tim thiếu máu cục bộ (10,3%), suy tim (4,2%), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hoặc hen phế quản (9,2%), đột quỵ (3,3%), ung thư có di căn (3,8%) và xơ gan

(0,8%). Trên BN phẫu thuật ngoại tổng hợp, Wang và cộng sự (2019) nghiên cứu trên 764 BN có 86 (5,6%) BN gặp biến cố [10].

Chúng tôi ghi nhận 54 BN (66,7%) có biến chứng sau phẫu thuật. Kết quả này cao hơn so với ghi nhận trên dân số chung (16,8%) và cao hơn kết quả của Wang và cộng sự (2019) (66,7%, $p<0,001$) [10]. Trong nghiên cứu này, tác giả định nghĩa "biến cố bất lợi" là việc cần nhập khoa chăm sóc đặc biệt do bất thường về tuần hoàn (hạ huyết áp, loạn nhịp tim cần can thiệp mạch vành hoặc thuốc chống loạn nhịp) hay hô hấp (đặt nội khí quản) hoặc các biến chứng nặng, nhiễm trùng vết mổ hoặc tử vong. Định nghĩa chỉ ghi nhận những biến chứng ở mức độ nặng hơn hoặc không đề cập đến các biến chứng chúng tôi tiến thành thu thập như biến chứng cơ học, nhiễm trùng ngoài vết mổ (đường tiêu hóa, hô hấp ở mức độ nhẹ đến trung bình...), hoặc biến chứng tim mạch khác (nhồi máu cơ tim), có thể là lý do kết quả chúng tôi ghi nhận được cao hơn.

Nhiễm trùng là yếu tố quan trọng khi đề cập đến biến chứng sau phẫu thuật. Chúng tôi thấy nhiễm trùng thường gặp ở bệnh nhân ĐTĐ sau phẫu thuật ngoại tổng hợp là viêm phổi (29,3%), nhiễm trùng vết mổ (19,5%).

3.3. Môi liên quan giữa đường huyết chu phẫu và biến chứng sau phẫu thuật ở bệnh nhân đái tháo đường. Tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ trải qua phẫu thuật lần đầu, Rajesh Garg và cộng sự ghi nhận 0,38%. Chúng tôi ghi nhận 3 BN (3,7%) tử vong nội viện, cao hơn so với báo cáo dân số chung (0,5%, $p<0,001$) và cao hơn so với kết quả của Rajesh Garg (2017) (0,38%, $p<0,001$). Kết quả của chúng tôi tương tự những báo cáo từ các nghiên cứu trước thấy bệnh nhân ĐTĐ có tỉ lệ tử vong cao hơn so với dân số chung. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Rajesh Garg có thể liên quan đến ĐH trung bình trước mổ của chúng tôi (173 ± 59 mg/dL) cao hơn so với nghiên cứu của tác giả này ($146,4 \pm 51,9$ mg/dL), trong khi ĐH trước mổ cao đã chứng minh làm tăng nguy cơ tử vong của BN sau phẫu thuật.

Mối liên quan giữa ĐH và biến chứng sau phẫu thuật đã được nghiên cứu và cho kết quả khác nhau. Ngoài sự khác biệt về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (dân tộc, địa điểm, thời gian, loại hình phẫu thuật, bệnh kèm theo...), sự khác biệt còn thể hiện ở cách tác giả áp dụng định nghĩa thế nào là biến chứng sau phẫu thuật, định nghĩa từng loại biến chứng và số lượng biến chứng được thu thập. Một biến chứng có thể được báo cáo ở các nghiên cứu tương đồng về

đối tượng thu thập nhưng cho kết quả rất khác nhau vì có định nghĩa khác nhau về biến số đó. Chúng tôi ghi nhận ĐH không đạt mục tiêu trước phẫu thuật làm tăng nguy cơ bệnh nhân mắc các biến chứng như suy hô hấp ($p = 0,005$) và tử vong ($p = 0,043$) sau phẫu thuật.

Khi phân tích về kết quả ĐH mao mạch và biến chứng sau phẫu thuật cho thấy những BN có biến chứng sau phẫu thuật có ĐH cao hơn so với nhóm không biến chứng ở thời điểm ngay trước phẫu thuật ($p=0,011$) và ngày 1 sau phẫu thuật ($p=0,001$). Kết quả này tương tự với báo cáo của tác giả Wang và cộng sự (2019) cho thấy ĐH mao mạch trung bình sau phẫu thuật tăng (OR = 1,13 mỗi 1 mmol/L) có liên quan đến biến cố bất lợi sau phẫu thuật [10]. Tương tự, các nghiên cứu ở bệnh nhân ĐTĐ có phẫu thuật cho thấy kiểm soát ĐH làm giảm suy thận cấp, giảm thời gian nằm viện và điều trị tại khoa hồi sức tích cực, giảm thời gian thở máy, giảm tử vong và giảm nhiễm trùng. Tuy nhiên việc kiểm soát ĐH quá chặt chẽ làm tăng tỉ lệ hạ ĐH. Chúng tôi ghi nhận những BN đạt mục tiêu ở cả ba thời điểm ngay trước phẫu thuật và ngày 1, ngày 2 sau phẫu thuật có tỉ lệ biến chứng thấp hơn 0,33 lần với $p=0,031$. Các nhóm đạt từ 1 đến 2 thời điểm trong ba thời điểm xét nghiệm trên chưa thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân có ĐH mao mạch đạt mục tiêu cao nhất ở ngày phẫu thuật và thấp nhất ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Những BN trải qua phẫu thuật lớn và thuộc nhóm chương trình có mức ĐH đạt mục tiêu cao. Những biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi, nhiễm trùng vết mổ và suy thận cấp. ĐH cao trước phẫu thuật có liên quan đến gia tăng nguy cơ biến chứng suy

hô hấp và tử vong. Những BN có biến chứng có mức ĐH cao hơn so với nhóm không biến chứng ở thời điểm trước và ngày 1 sau phẫu thuật. Việc kiểm soát tốt ĐH ở cả ba thời điểm làm giảm tỉ lệ biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Passaro M Levetan CS, Jablonski K (1998), "Unrecognized diabetes among hospitalized patients", *Diabetes Care*, 246-249.
2. Smiley D Umpierrez GE, Jacobs S (2011). "Randomized study of basal-bolus insulin therapy in the inpatient management of patients with type 2 diabetes undergoing general surgery RABBIT 2 surgery". *Diabetes Care*, 34:256-261.
3. WHO (2016). Global report on diabetes. Place. Published.
4. Galloway, C. R. Shuman (1963). "Diabetes and surgery. A study of 667 cases". *Am J Med*, 34:177-191.
5. International diabetes federation. IDF diabetes atlas ninth edition. Place. Published 2019.
6. Shetty, R Bhat S Rai, S Rao, P Thejeswi, P, S R HS (2013). "Comparison Of Early Postoperative Complications Of Laparotomies In Diabetics And Non-Diabetics - A Study On South Indian Population". *The Internet Journal of Surgery*, 30(4):1
7. American Diabetes Association. Diabetes care in the hospital: Standards of Medical Care in Diabetes 2020. *Diabetes Care*. 2020;43(1):193-202.
8. Nguyễn Cao Thúy Hằng, Trần Quang Nam (2019). "Kiểm soát đường huyết chu phẫu ở bệnh nhân đái tháo đường phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân". *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 23(1):187-192.
9. The International Surgical Outcomes Study group. Global patient outcomes after elective surgery: prospective cohort study in 27 low-, middle- and high-income countries. *British Journal of Anaesthesia*. 2016;117(5):60-609.
10. J. Wang, Chen, K., Li, X., Jin, X., An, P., Fang, Y., Mu, Y (2019). "Postoperative adverse events in patients with diabetes undergoing orthopedic and general surgery". *Medicine*, 98(14):e15089.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT DI CĂN BẰNG LIỆU PHÁP ỨC CHẾ ADROGEN

Dương Thị Sen^{1,2}, Vũ Hồng Thăng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt di căn bằng liệu pháp ức chế Adrogen.

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Sen

Email: bssenn1683@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 15.10.2024

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu trên 56 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư tuyến tiền liệt di căn được điều trị bằng liệu pháp ức chế Adrogen tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 01/01/2018 - 01/01/2023. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán: đau xương (66,1%), mất ngủ (62,5%), tiểu khó (39,3%), 83,9% bệnh nhân có nồng độ PSA > 100ng/mL, di căn xương (94,6%), di căn hạch (64,3%), bệnh nhân cắt tinh hoàn bằng phẫu thuật (46,4%), bệnh nhân cắt tinh hoàn bằng nội khoa (53,6%). Nồng độ PSA sau 3 tháng đạt thấp nhất. Thời gian sống không tiến