

<<https://entokey.com/theory-and-practice-of-spectacle-correction-of-aniseikonia/>>, accessed: 02/16/2022.

6. **Somer D., Budak K., Demirci S., et al.** (2002). Against-the-rule (ATR) astigmatism as a predicting factor for the outcome of amblyopia treatment. *Am J Ophthalmol*, 133(6), 741–745.

7. **Toma ç S. and Birdal E.** (2001). Effects of Anisometropia on Binocularity. *Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus*, 38(1), 27–33.
8. **Nguyễn Thanh Vân** (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nhược thị do tật khúc xạ ở trẻ em, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

BIẾN CHỨNG XƠ GAN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẮT BÙ CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyễn Thanh Nam¹, Hoàng Văn Chương¹,
Nguyễn Văn Khanh^{1,2}, Nguyễn Công Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Tỷ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan dao động trong khoảng 12,3-57%. Đái tháo đường làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng và tăng tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân xơ gan. **Mục tiêu:** Khảo sát biến chứng xơ gan ở bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 200 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan mất bù từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022 tại bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 72 bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường (36%). Ở nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường, biến chứng thường gặp nhất là cổ trướng (61,6%). Tỷ lệ bệnh nhân có hội chứng não gan ở nhóm có đái tháo đường cao hơn đáng kể so với nhóm không có đái tháo đường (29,2% và 10,2%, p=0,03). Tuy nhiên không có sự khác biệt thống kê giữa hai nhóm về tỷ lệ cổ trướng, viêm phúc mạc tiên phát, hội chứng gan thận và xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tỷ lệ bệnh nhân có nhiễm trùng cao hơn đáng kể ở nhóm có đái tháo đường so với nhóm không có đái tháo đường. **Kết luận:** Tỷ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan mất bù là 36%. Đái tháo đường làm tăng nguy cơ xuất hiện hội chứng não gan ở bệnh nhân xơ gan mất bù.

Từ khóa: đái tháo đường, xơ gan mất bù.

SUMMARY

THE COMPLICATIONS OF CIRRHOSIS IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED CIRRHOSIS HAVE DIABETES MELLITUS

Background: The prevalence of diabetes mellitus in patients with cirrhosis ranges from 14–71 %. Diabetes mellitus is associated with an increased risk of hepatic complications and death in patients with liver cirrhosis. **Objectives:** To investigate the complications of cirrhosis in patients with decompensated cirrhosis have diabetes mellitus.

¹Trung tâm Tiêu hóa – gan mật, Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nam

Email: nguyenthannamhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

Method: Descriptive cross-sectional study was carried out at Bach Mai hospital between August 2021 and October 2022, in which 200 patients with decompensated cirrhosis were recruited. **Results:** In all, 72 patients had diabetes mellitus (36%). In the group with diabetes mellitus, the most common complication of decompensated cirrhosis is ascites (61.6%). Patients with diabetes mellitus had a significantly higher prevalence (29.2% vs 10.2%; P = 0.03) of hepatic encephalopathy than patients without diabetes mellitus. However, there were no significant differences between the two groups in the prevalence of ascites, Spontaneous bacterial peritonitis, hepatorenal syndrome and variceal hemorrhage. Patients with diabetes mellitus had higher prevalence (27.8% vs 15.6%; P = 0.039) of infection than those without diabetes mellitus. **Conclusion:** the prevalence of diabetes in decompensated cirrhosis is 36%. Diabetes mellitus is associated with a higher prevalence of hepatic encephalopathy in patients with decompensated cirrhosis. **Keywords:** diabetes mellitus, decompensated cirrhosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan có 2 giai đoạn là còn bù và mất bù. Khi chuyển sang giai đoạn mất bù, tỷ lệ sống giảm xuống từ trên 12 năm ở bệnh nhân xơ gan còn bù xuống còn 2 năm ở bệnh nhân xơ gan mất bù¹. Có nhiều cơ chế làm tăng tỉ lệ mắc đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan trong đó cơ chế đề kháng insulin do mô mỡ ngoại vi đóng một vai trò quan trọng².

Mặt khác, đái tháo đường cũng là yếu tố nguy cơ gây ra xơ gan. Việc tăng acid béo tự do trong máu, tăng sản xuất adipokine (các cytokine được sản xuất bởi các tế bào mỡ) làm tăng sản xuất các gốc tự do và thúc đẩy quá trình xơ hóa gan².

Tỷ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan dao động trong khoảng 12,3-57%, tỉ lệ này tăng lên tương quan với mức độ nặng của bệnh gan và mức độ xơ gan³.

Người ta nhận thấy rằng đái tháo đường làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng xơ gan và tăng tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân xơ gan⁴.

Nghiên cứu của Goh và cộng sự chỉ ra rằng đái tháo đường làm tăng tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân xơ gan lên gấp 3 lần⁵. Hơn nữa, bệnh nhân đái tháo đường có xơ gan thường xuất hiện cơn hạ đường huyết khi điều trị⁶. Chính vì vậy, cần phải có sự chú ý nhiều hơn đối với các đối tượng mắc cả bệnh xơ gan và đái tháo đường.

Hiện nay nghiên cứu ở Việt Nam trên đối tượng xơ gan mất bù có đái tháo đường còn ít được thực hiện, chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Biến chứng xơ gan ở bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường" với 2 mục tiêu sau đây:

1. Khảo sát tỷ lệ mắc đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan mất bù.
2. Khảo sát biến chứng xơ gan ở bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng:

Tiêu chuẩn lựa chọn: 200 bệnh nhân xơ gan mất bù điều trị nội trú tại trung tâm Tiêu hóa Gan mật Bệnh viện Bạch Mai, trong đó:

Xơ gan mất bù được định nghĩa là bệnh nhân xơ gan Child Pugh C hoặc những bệnh nhân xơ gan Child Pugh A hoặc B nhưng có ít nhất một đặc điểm như cổ trướng, xuất huyết tiêu hóa, vàng da hoặc hội chứng não gan.

Chẩn đoán đái tháo đường được đưa ra nếu một bệnh nhân đã được chẩn đoán là đái tháo đường trước đó, hoặc nếu đường huyết lúc đói là ≥ 7.0 mmol/l trong 2 ngày khác nhau, hoặc đường huyết bất kì ≥ 11.1 mmol/l kèm triệu chứng lâm sàng tăng đường huyết hoặc nếu mức HbA1c $\geq 6,5\%$.

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

Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc gây rối loạn dung nạp đường: corticoid, lợi tiểu nhóm thiazid, hormon tuyến giáp, thuốc tránh thai có estrogen, acid nicotinic...

Bệnh nhân mắc bệnh lý kèm theo ảnh hưởng đến chuyển hóa đường: Basedow, suy giáp, Cushing, u tủy thượng thận, hội chứng Conn, to đầu chi.

2. Phương pháp:

Thời gian nghiên cứu: Tháng 8/2021-10/2022

Địa điểm thực hiện: Trung tâm Tiêu hóa Gan mật Bệnh viện Bạch Mai

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Dựa trên kết quả nghiên cứu "Diabetes mellitus and decompensated cirrhosis: Risk of hepatic encephalopathy in different age

groups" của tác giả Zeeshan Butt và cộng sự năm 2013 có kết quả tỉ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan mất bù là 33.5%, chúng tôi đưa ra công thức tính cỡ mẫu như sau

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2} = 1,96^2 \frac{0,335 \cdot (1-0,335)}{(0,335 \cdot 0,2)^2} = 190$$

Trong đó: α : Mức ý nghĩa thống kê, tại nghiên cứu này chúng tôi chọn mức ý nghĩa 0.05

Z: Giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α thu được

p: Tỉ lệ mắc tính từ nghiên cứu của tác giả Zeeshan Butt và cộng sự; ϵ : Tỉ lệ so với tỉ lệ bệnh p. Chúng tôi chọn ϵ là 0.2

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 200 bệnh nhân xơ gan mất bù.

Chỉ số nghiên cứu: - Xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản⁷

Lâm sàng: 1. Nôn máu; 2. Đi ngoài phân đen

Nội soi: thấy máu chảy từ tĩnh mạch thực quản hoặc dạ dày, hoặc giãn lớn tĩnh mạch thực quản kèm theo máu trong dạ dày và không tìm thấy nguyên nhân chảy máu khác

- Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng não gan theo tiêu chuẩn West-Haven¹ sau khi loại trừ rối loạn ý thức do hạ đường huyết, tăng áp lực thẩm thấu hay toan ceton:

- Hội chứng gan thận được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của EASL 2010⁸:

- Biến chứng nhiễm trùng: Bệnh nhân có biểu hiện sốt ($>37,5$ độ) kéo dài trên 24h hoặc tăng bạch cầu (>10 G/L) kết hợp với một trong các tiêu chuẩn nhiễm khuẩn sau:

+ Viêm phổi được chẩn đoán khi có tổn thương kính mờ trên Xquang ngực kèm theo ho khạc đờm mủ

+ Nhiễm trùng dịch ổ chướng: bạch cầu trung tính dịch ổ bụng ≥ 250 tế bào/mm³

+ Nhiễm khuẩn tiết niệu khi cấy nước tiểu ra vi khuẩn hoặc có bạch cầu niệu, nitrit dương tính.

+ Nhiễm khuẩn da, mô mềm khi bệnh nhân có sốt và viêm mô tế bào xét nghiệm có tăng bạch cầu.

+ Nhiễm khuẩn huyết khi bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn của SIRS kèm theo bằng chứng hoặc nghi ngờ nhiễm trùng. Trong đó SIRS là đạt 2 trong 4 tiêu chuẩn sau:

(1) Nhiệt độ ≥ 38 độ C hoặc <36 độ. (2) Nhịp tim ≥ 90 lần/phút (3) Nhịp thở ≥ 20 lần/phút hoặc PaCO₂ ≤ 32 mmHg hoặc phải sử dụng thông khí nhân tạo. (4) Bạch cầu máu ≥ 12 G/L hoặc ≤ 4 G/L⁹.

Bệnh nhân có biến chứng nhiễm khuẩn là khi có 1 trong các nhiễm khuẩn trên

Quy trình nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, 200 bệnh nhân xơ gan mất bù đủ tiêu

chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhân này chia làm 2 nhóm đã có tiền sử mắc đái tháo đường trước đây và nhóm chưa phát hiện đái tháo đường bao giờ.

Nhóm chưa phát hiện đái tháo đường được làm xét nghiệm đường máu lúc đói 2 lần cách nhau 1-7 ngày nếu chưa được làm xét nghiệm đường máu hoặc nếu đã có xét nghiệm (đường máu lúc đói ≥ 7.0 mmol/l, đường máu bất kỳ ≥ 11.1 mmol/l hoặc HbA1c $\geq 6,5\%$) thì được làm thêm 1 mẫu đường máu lúc đói sau 1-7 ngày. Từ đó chia thành 2 nhóm có đái tháo đường và không có đái tháo đường.

3. Xử lý số liệu. Phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định tính chuẩn của biến định lượng bằng Kolmogorov-Smirnov rồi so sánh sự khác biệt của giá trị trung bình bằng T-test nếu là biến chuẩn và Mann-Whitney U test nếu là biến không chuẩn, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

Các biến định tính được mô tả bằng tần suất, phần trăm, kiểm định sự khác biệt bằng Chi-square Test, nếu tần số mong đợi của các biến nhỏ hơn 5 thì được hiệu chỉnh bằng Fisher's exact test, $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê

4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng bảo vệ luận văn thạc sỹ của Trường Đại học Y Hà Nội và được sự cho phép của Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ thời điểm nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan mất bù: Trong 200 bệnh nhân xơ gan mất bù, có 72 bệnh nhân có đái tháo đường, tỉ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan mất bù là 36%.

2. Khảo sát biến chứng xơ gan ở bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường:

Bảng 1: So sánh biến chứng xơ gan giữa bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường và không có đái tháo đường

	Có đái tháo đường (n=72)	Không có đái tháo đường (n=128)	p
Cổ trướng	61,1% (44/72)	66,4% (85/128)	0,453**
Nhiễm trùng dịch ổ bụng	9,7% (7/72)	7% (9/128)	0,501**
XHTH do tăng áp lực tĩnh mạch cửa	47,2% (34/72)	38,3% (49/128)	0,218**

Hội chứng não gan	29,2% (21/72)	10,2% (13/128)	0,001**
Hội chứng gan thận	9,7% (7/72)	4,7% (6/128)	0,231** *

** Chi square, ***: Fisher exact test

Nhận xét: Trong 72 bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường, tỉ lệ biến chứng gặp nhiều nhất là cổ trướng chiếm 61,1%, sau đó là xuất huyết tiêu hóa do tăng áp lực tĩnh mạch cửa chiếm 47,2%, hội chứng não gan chiếm 29,2%, hội chứng gan thận chiếm 9,7%, nhiễm trùng dịch ổ bụng chiếm 9,7%.

So sánh biến chứng giữa 2 nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường và không có đái tháo đường thì tỉ lệ gặp hội chứng não gan ở nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường có tỉ lệ cao hơn so với nhóm xơ gan không có đái tháo đường (29,2% với 10,2%, $p=0,001$), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

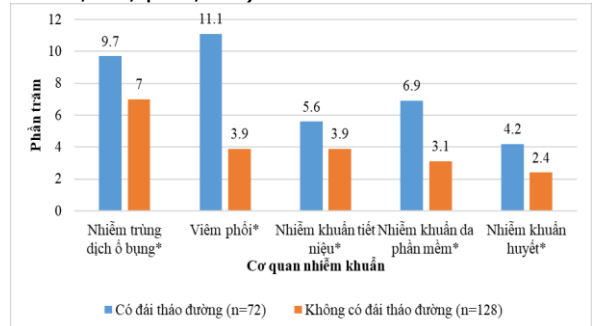
Tỉ lệ các biến chứng khác giữa 2 nhóm xơ gan mất bù có đái tháo đường và không có đái tháo đường không có sự khác biệt với độ tin cậy 95%.

Bảng 2: Biến chứng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân xơ gan mất bù

	Có đái tháo đường (n=72)	Không có đái tháo đường (n=128)	P
Có biến chứng nhiễm khuẩn	27,8% (20/72)	15,6% (20/128)	0,039**

** Chi square

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường gặp biến chứng nhiễm khuẩn nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù không có đái tháo đường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% (27,8% với 15,6%, $p=0,039$).



Biểu đồ 1: Cơ quan nhiễm khuẩn ở bệnh nhân xơ gan mất bù (n=200)

Tất cả các nhiễm khuẩn đánh dấu *là so sánh 2 nhóm có $p > 0,05$

Nhận xét: Trong nhóm xơ gan mất bù có đái

tháo đường thì biến chứng nhiễm khuẩn hay gặp nhất là viêm phổi.

Khi so sánh biến chứng nhiễm khuẩn theo từng cơ quan đều cao hơn ở nhóm xơ gan mất bù có đái tháo đường, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

IV. BÀN LUẬN

1. Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan mất bù: Trong số 200 bệnh nhân xơ gan mất bù có 72 bệnh nhân có đái tháo đường, tỉ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan mất bù chiếm 36%.

Tỉ lệ này tương tự với nghiên cứu của tác giả Butt và cộng sự trên 352 bệnh nhân xơ gan mất bù có 118 bệnh nhân mắc đái tháo đường, tỉ lệ đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan mất bù là 33,5%¹⁰, nghiên cứu của tác giả Rosenblatt và cộng sự trên 3.104.310 bệnh nhân xơ gan mất bù, tỉ lệ đái tháo đường là 29,2%.

Tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Holstein và cộng sự nghiên cứu trên 52 bệnh nhân xơ gan thì tỉ lệ đái tháo đường lên tới 71%, nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Hạnh trên 177 bệnh nhân xơ gan thì tỉ lệ đái tháo đường là 59,89%.

Có sự khác biệt lớn này là do trong nghiên cứu của chúng tôi và của tác giả Butt các bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường dựa trên xét nghiệm đường máu lúc đói ≥ 7 mmol/l trong 2 ngày khác nhau hoặc đường máu bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l hoặc xét nghiệm HbA1C $\geq 6,5\%$. Bệnh nhân của chúng tôi không được làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết vì các bệnh nhân đều nhập viện vì biến chứng xơ gan, đây là một đợt bệnh cấp tính sẽ làm sai lệch kết quả của nghiệm pháp dung nạp đường huyết.

Còn trong nghiên cứu của tác giả Holstein và của tác giả Vũ Thị Hạnh thì bệnh nhân được làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết nên tỉ lệ phát hiện đái tháo đường cao hơn hẳn so với nghiên cứu của chúng tôi.

Như vậy, có một tỉ lệ lớn bệnh nhân xơ gan có đái tháo đường mà chỉ phát hiện ra qua nghiệm pháp dung nạp đường huyết. Việc sàng lọc đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan chỉ dựa vào đường máu tĩnh mạch hay HbA1c là không đủ.

2. Khảo sát biến chứng xơ gan ở bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường: Khi so sánh với nhóm xơ gan mất bù không có đái tháo đường, trong các biến chứng của xơ gan, biến chứng hội chứng não gan ở nhóm xơ gan mất bù có đái tháo đường cao hơn so với nhóm không có đái tháo đường (29,2% với 10,2%,

$p=0,001$). Tỉ lệ này cũng cao hơn so với tỉ lệ chung ở nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù (khoảng 16-21%).

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Butt và cộng sự trên 118 bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường thì tỉ lệ mắc hội chứng não gan là 58,5% cao hơn so với 234 bệnh nhân xơ gan mất bù không có đái tháo đường thì tỉ lệ mắc hội chứng não gan là 46,1%.

Bệnh nhân xơ gan có đái tháo đường hay mắc hội chứng não gan là do đái tháo đường làm chậm rỗng dạ dày, kéo dài thời gian thức ăn đi từ miệng đến đại tràng, tăng phát triển vi khuẩn trong lòng ruột và tăng hoạt động của men glutamase, chính vì thế làm tăng sản xuất ammonia, tạo điều kiện thuận lợi phát triển hội chứng não gan.

Tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng ở nhóm có đái tháo đường cao hơn so với nhóm không có đái tháo đường (27,8% với 15,6%, $p=0,039$).

Trong các loại nhiễm trùng thì nhiễm trùng hô hấp gặp nhiều nhất 11,1%, sau đó là nhiễm trùng phần mềm chiếm 6,9%, nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 5,6%, nhiễm khuẩn huyết chiếm 4,2%.

Kết quả nghiên cứu này tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Ramachandran và cộng sự trên 222 bệnh nhân xơ gan trong đó có 116 bệnh nhân xơ gan có đái tháo đường và 106 bệnh nhân xơ gan không có đái tháo đường thì nhóm có đái tháo đường có tỉ lệ mắc biến chứng nhiễm trùng theo từng cơ quan cao hơn so với nhóm không có đái tháo đường, như nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới (25,9% với 22,6%, $p=0,576$), nhiễm khuẩn tiết niệu (29,3% với 7,5%, $p<0,001$), nhiễm khuẩn phần mềm (16,7% với 11,3%, $p=0,394$)¹⁷.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ mắc đái tháo đường ở bệnh nhân xơ gan mất bù là 36%.

Bệnh nhân xơ gan mất bù có đái tháo đường có tỉ lệ mắc hội chứng não gan, biến chứng nhiễm khuẩn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân xơ gan mất bù không có đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angeli P, Bernardi M, Villanueva C, et al. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2018;69(2):406-460. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.024
2. Garcia-Compean D, Jaquez-Quintana JO, Gonzalez-Gonzalez JA, Maldonado-Garza H. Liver cirrhosis and diabetes: Risk factors, pathophysiology, clinical implications and

- management. *World J Gastroenterol* WJG. 2009;15(3):280. doi:10.3748/wjg.15.280
3. **Spectrum of Liver Disease in Type 2** Diabetes and Management of Patients With Diabetes and Liver Disease | Diabetes Care | American Diabetes Association. Accessed December 1, 2022. <https://diabetesjournals.org/care/article/30/3/734/25518/Spectrum-of-Liver-Disease-in-Type-2-Diabetes-and>
 4. **García-Compeán D, González-González JA, Lavallo-González FJ, González-Moreno EI, Maldonado-Garza HJ, Villarreal-Pérez JZ.** The treatment of diabetes mellitus of patients with chronic liver disease. *Ann Hepatol*. 2015;14(6):780-788. doi:10.5604/16652681.1171746
 5. **Goh GBB, Pan A, Chow WC, Yuan JM, Koh WP.** Association between diabetes mellitus and cirrhosis mortality: the Singapore Chinese Health Study. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. 2017;37(2):251-258. doi:10.1111/liv.13241
 6. **Garcia-Compean D, Jaquez-Quintana JO, Gonzalez-Gonzalez JA, Maldonado-Garza H.** Liver cirrhosis and diabetes: risk factors, pathophysiology, clinical implications and management. *World J Gastroenterol*. 2009;15(3):280-288. doi:10.3748/wjg.15.280
 7. **Tripathi D, Stanley AJ, Hayes PC, et al.** U.K. guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut*. 2015;64(11):1680-1704. doi:10.1136/gutjnl-2015-309262
 8. **European Association for the Study of the Liver.** EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol*. 2010;53(3):397-417. doi:10.1016/j.jhep.2010.05.004
 9. **Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021 | SCCM.** Accessed December 1, 2022. <https://www.sccm.org/Clinical-Resources/Guidelines/Guidelines/Surviving-Sepsis-Guidelines-2021>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG CÓ BIẾN CHỨNG TẮC RUỘT TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Tuấn Thành¹, Trần Thắng¹, Nguyễn Văn Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư đại trực tràng (UTĐTT) có biến chứng tắc ruột do tổn thương u. **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2020 có 60 bệnh nhân UTĐTT có biến chứng tắc ruột được tuyển vào nghiên cứu. Bệnh nhân được đánh giá chiến lược và biến chứng phẫu thuật, thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ. **Kết quả:** 100% bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn. Tỷ lệ cắt nối một thì của ung thư đại tràng phải và trái lần lượt là 100% và 50%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 23.3%. Thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ ở thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 82.4% và 61.5%; 84.2% và 78.2%. **Kết luận:** Phẫu thuật cho nhóm bệnh nhân ung thư đại trực tràng có biến chứng tắc ruột là an toàn, đạt tỷ lệ phẫu thuật triệt căn cao, biến chứng thấp có khả năng kiểm soát được.

Từ khóa: ung thư đại trực tràng, tắc ruột.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS IN COLORECTAL CANCER WITH BOWEL OBSTRUCTION COMPLICATIONS

Objective: Evaluation of treatment results in patients with colorectal cancer (CRC) with bowel

obstruction complications. **Patients and methods:** Retrospective cohort study. From January 2017 to December 2020, 60 patients were diagnosed with bowel obstruction due to colorectal cancer in K hospital. The patients were evaluated for surgical strategies and complications, Disease-free survival and overall survival. **Results:** 100% of patients underwent radical surgery. One-stage anastomosis rates for right and left colon cancers are 100% and 50%, respectively. The rate of postoperative complications was 23.3%. Disease-free survival and overall survival at 3 years and 5 years were 82.4% and 61.5%, respectively; 84.2% and 78.2%. **Conclusions:** Radical surgery for colorectal cancer patients with bowel obstruction complications is safe, achieving a high rate of radical surgery, low complications and controllability

Keywords: colorectal cancer, bowel obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh lý ác tính hay gặp của đường tiêu hóa. Theo GLOBOCAN năm 2020, có 1,9 triệu ca mới được chẩn đoán và khoảng 935000 ca tử vong, đứng thứ 3 về tỷ lệ mới mắc và thứ hai về tỉ lệ tử vong¹.

Triệu chứng ban đầu của UTĐTT thường nghèo nàn, không đặc hiệu. Vì vậy, bệnh nhân thường đến viện muộn và trong bệnh cảnh có biến chứng như tắc ruột, thủng, áp xe, chảy máu, chèn ép xâm lấn các tạng. Tắc ruột do ung thư đại trực tràng chiếm 9% trong tắc ruột chung và khoảng 9 - 29% tổng số ung thư đại trực tràng mới chẩn đoán².

Điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thắng

Email: tranthangncc@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023