

STUDY ON CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF NECROTIZING PANCREASITIS TREATED WITH PERCUTANEOUS DRAINAGE

Huynh Thanh Long^{1,2*}, Vo Van Hung³, Nguyen Hoang Van⁴, Nguyen Manh Khiem²

¹Nguyen Tat Thanh University - 300A Nguyen Tat Thanh, Ward 13, District 4, City. Ho Chi Minh, Vietnam

²Nguyen Tri Phuong Hospital - 468 Nguyen Trai, Ward 8, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

³Binh Dan Hospital - 371 Dien Bien Phu, Ward 4, District 3, Ho Chi Minh City, Vietnam

⁴7A Hospital - 466 Nguyen Trai, Ward 8, District 5, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 15/03/2024

Revised: 29/03/2024; Accepted: 13/04/2024

ABSTRACT

Background: Necrotizing pancreatitis is a severe, death-threatening clinical form of acute pancreatitis. The current concept of treatment for necrotizing pancreatitis has changed. Treatment of necrotizing pancreatitis with percutaneous drainage intervention is gradually being applied at large centers.

Objective: This study describes the clinical and paraclinical characteristics of necrotizing pancreatitis treated with percutaneous drainage.

Subjects and methods: Retrospective descriptive study of cases diagnosed with necrotizing pancreatitis that were treated with percutaneous drainage at Binh Dan Hospital from October 2019 to September 2022.

Results: There were 36 cases of necrotizing pancreatitis treated with percutaneous drainage that met the sampling criteria with the following characteristics: 26 male patients (72.22%) and 10 female patients (27.78%); On average, 46.31 ± 14.01 years old, the group under 50 years old accounts for the majority (63.87%), with a history of pancreatitis accounting for the highest proportion (44.4%). The main reason for hospitalization is abdominal pain, accounting for 58.33%. Symptoms include vomiting and fever, accounting for 58.33%. There were 3 patients with severe symptoms, accounting for 8.33%. The rate of organ failure when hospitalized in the first 48 hours is high, accounting for 39%. The average blood amylase was 528.89 ± 528.87 U/L. Balthazar score: Grade E accounts for 93.75%, Grade D accounts for 6.25%.

Conclusion: Most cases of necrotizing pancreatitis treated with percutaneous drainage are more common in men than in women. MSCT scan is a necessary tool to diagnose necrotizing pancreatitis and plays an important role in indicating percutaneous drainage intervention.

Keywords: Acute pancreatitis, Necrotizing pancreatitis, Percutaneous drainage.

*Corresponding author

Email address: bs.huynhlong1967@gmail.com

Phone number: (+84) 913 662 056

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1082>



NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM TỤY HOẠI TỬ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG CAN THIỆP DẪN LƯU QUA DA

Huỳnh Thanh Long^{1,2*}, Võ Văn Hùng³, Nguyễn Hoàng Vân⁴, Nguyễn Mạnh Khiêm²

¹Trường ĐH Nguyễn Tất Thành - 300A Nguyễn Tất Thành, Phường 13, Quận 4, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương - 468 Nguyễn Trãi, Phường 8, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

³Bệnh viện Bình Dân - 371 Điện Biên Phủ, Phường 4, Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁴Bệnh viện 7A - 466 Nguyễn Trãi, Phường 8, Quận 5, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 15 tháng 03 năm 2024

Ngày chỉnh sửa: 29 tháng 03 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 13 tháng 04 năm 2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tụy hoại tử (VTHT) là thể lâm sàng diễn tiến nặng đe dọa tử vong của viêm tụy cấp (VTC). Quan niệm điều trị VTHT hiện nay đã có nhiều thay đổi, thường là phải bảo tồn tối đa. Điều trị VTHT bằng can thiệp dẫn lưu qua da (DLQD) dần được áp dụng tại các trung tâm lớn.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VTHT được điều trị bằng DLQD.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp (TH) đã được chẩn đoán là VTHT đã được điều trị bằng DLQD tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 10/2019 đến tháng 09/2022.

Kết quả: Có 36 trường hợp VTHT đã được điều trị bằng DLQD thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với các đặc điểm: 26 bệnh nhân nam (72,22%) và 10 bệnh nhân nữ (27,78%); trung bình $46,31 \pm 14,01$ tuổi, nhóm dưới 50 tuổi chiếm phần (63,87%), tiền căn viêm tụy chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%). Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng chiếm 58,33%. Triệu chứng kèm theo nôn nhiều và sốt chiếm 58,33%. Có 3 trường hợp BN có diễn biến nặng chiếm 8,33%. Tỷ lệ suy cơ quan khi nhập viện trong 48 giờ đầu ở mức cao chiếm 39%. Amylase máu trung bình là $528,89 \pm 528,87$ U/L. Thang điểm Balthazar: Grade E chiếm 93,75%, Grade D chiếm 6,25%.

Kết luận: Đa số các trường hợp VTHT điều trị bằng can thiệp DLQD thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới. CLVT là công cụ cần thiết để chẩn đoán VTHT và có vai trò quan trọng trong chỉ định can thiệp DLQD.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, Viêm tụy hoại tử, Dẫn lưu qua da.

*Tác giả liên hệ

Email: bs.huynhlong1967@gmail.com

Điện thoại: (+84) 913 662 056

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65i3.1082>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh tổn thương viêm cấp tính nhu mô tuyến tụy. Bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng, phức tạp, nhiều mức độ nhiều biến chứng, phụ thuộc thể loại viêm, mức độ tổn thương thực thể, có thể từ mức phù nề tụy nhẹ đến phản ứng viêm nặng toàn thân đi kèm hoại tử tổ chức tụy và cơ quan lân cận. Mặc dù hầu hết bệnh nhân (BN) viêm tụy là thể nhẹ, tuy nhiên khoảng 20- 30% có thể phát triển thành mức độ nặng diễn biến phức tạp, nhiều biến chứng và tỷ lệ tử vong cao 20-50% trong bệnh cảnh suy đa tạng [1,2].

Viêm tụy hoại tử (VTHT) là thể lâm sàng diễn tiến nặng đe dọa tử vong của VTC, đặc trưng bởi hoại tử mô tụy và/ hoặc hoại tử mô quanh tụy, chiếm khoảng 20-40% các trường hợp viêm tụy cấp. Có khoảng 5-10% bệnh nhân VTHT sẽ tiến triển hoại tử mô tụy hoặc mô quanh tụy hoặc cả hai. Bệnh nhân VTHT có thời gian nằm viện kéo dài với nguy cơ tử vong cao do biến chứng tại chỗ và toàn thân. Quan niệm điều trị VTHT hiện nay đã có nhiều thay đổi, thường là phải bảo tồn tối đa. Hoại tử tụy có thể được chẩn đoán rõ ràng qua chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng. Hiện nay ưu tiên điều trị VTHT theo từng bước. Đầu tiên là dẫn lưu mô hoại tử qua da hoặc qua nội soi tiêu hóa, kế đến là phẫu thuật ít xâm lấn như cắt lọc mô hoại tử qua phẫu thuật nội soi, đường tiếp cận sau phúc mạc, sau cùng là phẫu thuật mở với đường mổ ở giữa bụng [3].

Tại Việt Nam, điều trị VTHT bằng can thiệp dẫn lưu qua da (DLQD) cũng đã được nhiều tác giả báo cáo, nhưng phần lớn phân tích ở qui mô trường hợp ca lâm sàng. Các nghiên cứu hệ thống trên nhóm bệnh nhân này còn nhiều hạn chế. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VTHT được điều trị bằng DLQD.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp (TH) đã được chẩn đoán là VTHT đã được điều trị bằng DLQD tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 10/2019 đến tháng 09/2022 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tất cả các BN được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 [3]: dựa vào 2 trong 3 tiêu chuẩn:

(1) đau bụng kiểu VTC (khởi phát cấp tính vùng thượng vị, kiểu đau liên tục, mức độ nhiều và thường lan ra sau lưng)

(2) lipase máu (hoặc amylase máu) tăng hơn 3 lần giá trị trên của trị số bình thường

(3) hình ảnh VTC trên CLVT có cản quang, cộng hưởng từ, hoặc siêu âm.

-Thể hoại tử tụy được căn cứ vào 1 trong 2 tiêu chuẩn:

+ Kết quả CLVT có ghi nhận tụy hoại tử tụy gồm hoại tử chủ mô tụy, hoại tử mô quanh tụy hay kết hợp cả 2. Hoại tử tụy được xác định bằng khảo sát hình ảnh CLVT có cản quang. Trên CLVT có cản quang, hoại tử tụy được xác định là vùng mô tụy không bắt thuốc cản quang. Trong nghiên cứu sẽ tiến hành đánh giá tất cả các lần chụp CLVT nếu có những chỉ tiêu về viêm tụy hoại tử sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu.

+ Trong tường trình thủ thuật có ghi nhận tụy hoại tử.

- Được chỉ định dẫn lưu ổ hoại tử và ổ tụ dịch tụy qua da (DLQD) để điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chúng tôi loại trừ những hồ sơ VTHT bị thiếu thông tin xác định tình trạng hoại tử của tụy như mất tờ kết quả đọc CLVT, hồ sơ có nhiều tập nhưng bị mất 1 tập, thiếu và thất lạc thông tin. Không đủ cung cấp các dữ kiện nghiên cứu.

2.2. Phương pháp tiến hành

2.2.1. Cỡ mẫu: Nghiên cứu không tính cỡ mẫu. Lấy toàn bộ các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện Chúng tôi sử dụng các phương án sau đây để xác lập danh sách BN cần tìm: sử dụng từ khóa viêm tụy cấp hoặc viêm tụy hoại tử để tìm trong cơ sở dữ liệu của phần mềm quản lý BN tại bệnh viện.

Theo hồ sơ bệnh án chúng tôi tìm những trường hợp có chỉ định can thiệp DLQD.

Đánh giá các kết quả chẩn đoán CLVT trong suốt quá trình nằm viện hoặc biên bản phẫu thuật để loại trừ những trường hợp viêm tụy cấp không ghi nhận tình trạng hoại tử mô tụy trên CLVT hoặc biên bản phẫu thuật nếu bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật.

Hồi cứu qua hồ sơ cũ của các đối tượng nghiên cứu và lập bệnh án nghiên cứu ghi nhận biến số



2.2.3. Các biến số chính

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới tính, lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, sốt, vàng da, ói, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân SIRS), tình trạng lúc nhập viện, BMI, tiền sử bệnh (phẫu thuật, bệnh lý nội – ngoại khoa), phân loại VTC của hội đồng thuận Atlanta 2012, biến chứng suy cơ quan (hô hấp, tuần hoàn, thận, sốc).

- Đặc điểm cận lâm sàng: Bạch cầu (K/ul), Neutrophil(%), Hồng cầu (M/uL), Hematocrit (%), Glucose (mmol/l), Amylase (U/L), Lipase (U/L), LDL_ cholesterol (mmol/L), Triglycerides (mmol/L), Ure (mmol/L), Creatinine(umol/L), LDH(U/L), Lactate (mmol/L), SGOT (U/L), SGPT (U/L), GGT (U/L)..., điện giải đồ, khí máu, kết quả cấy dịch dẫn lưu, siêu

âm và chụp cắt lớp vi tính (MSCT) có cản quang (hình ảnh tụy, ổ hoại tử, sỏi tụy, dịch quanh tụy, dịch ổ bụng, điểm CTSI trên CLVT, phân độ Balthazar trên CLVT).

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 09 năm 2022, tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi thu thập được 36 trường hợp VTHT đã được điều trị bằng DLQD.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi và giới tính: Số lượng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có 26 nam, chiếm tỷ lệ 72,22. Chỉ có 10 BN nữ chiếm tỷ lệ 27,78%. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,6/1.

Bảng 3.1. Độ tuổi trung bình theo giới tính (n = 36)

Giới tính	Tuổi				P
	n	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	
Nam	26	43,23 ± 12,00	24	70	<0,05
Nữ	10	54,30 ± 16,28	30	82	
Tổng	36	46,31 ± 14,01	24	82	

(phép kiểm t)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 46,31 tuổi nhỏ nhất là 24, lớn nhất là 82 tuổi. Giá trị tuổi trung bình của nam là 43,23 thấp hơn độ tuổi của nữ là 54,3 với mức ý nghĩa p<0,05.

Về phân bố nhóm tuổi trong nghiên cứu, chúng tôi chia làm 3 nhóm: nhóm tuổi dưới 35, từ 35-50, và nhóm trên 50 tuổi. Trong đó: Nhóm dưới 35 tuổi có 9 BN chiếm 25,0%; Nhóm bệnh từ 35-50 tuổi có 14 BN chiếm

38,9%; Nhóm trên 50 tuổi có 13 BN chiếm 36,1%.

Tiền căn:

Tiền căn viêm tụy chiếm tỷ lệ cao nhất 16 TH chiếm 44,4%. Tăng huyết áp và đái tháo đường lần lượt chiếm 14 và 9 TH tương ứng 38,89% và 25%.

Có 10 trường hợp ghi nhận nghiện rượu chiếm 27,78%. Và 5 trường hợp có tiền sử phẫu thuật ổ bụng chiếm 13,89%.

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do vào viện và hoàn cảnh khởi phát		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Đau bụng	21	58,33
	Đau bụng, nôn ói nhiều	15	41,67
Hoàn cảnh khởi phát	Sau ăn	4	11,11
	Tự nhiên	32	88,89

Triệu chứng lâm sàng		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Tính chất đau bụng: âm ỉ liên tục và	lan ra sau lưng	5	13,89
	có lúc quặn cơn	10	27,78
	tăng dần	21	58,33
Triệu chứng kèm theo	Nôn nhiều	21	58,33
	Sốt	21	58,33
	Khó thở	2	5,56
	Vàng da	2	5,56

Nhận xét:

Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng chiếm 21BN chiếm 58,33%. Hoàn cảnh khởi phát đau có tính chất tự nhiên chiếm tỷ lệ 88,89%. Chỉ có 4 BN đau sau ăn chiếm 11,11%

Tính chất đau bụng là âm ỉ liên tục. Với biểu hiện đau tăng dần 21 BN (58,33%). Đau quặn cơn 10 BN (27,28%) . Đau lan sau lưng 5 BN (13,89%). Triệu chứng kèm theo nôn nhiều và sốt 21/36 BN chiếm 58,33%.

Mức độ suy cơ quan theo Atlanta 2012**Bảng 3.3. Mức độ suy cơ quan theo Atlanta 2012**

Biểu hiện suy cơ quan		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Suy cơ quan	Không	8	22,22
	Thoáng qua	14	38,89
	Kéo dài	14	38,89
Suy thận	Không	23	63,89
	Thoáng qua	5	13,89
	Kéo dài	8	22,22
Suy hô hấp	Không	12	33,33
	Thoáng qua	14	38,89
	Kéo dài	10	27,78
Suy tuần hoàn	Không	13	36,11
	Thoáng qua	12	33,33
	Kéo dài	11	30,56

Nhận xét: Đánh giá trong 48h đầu sau nhập viện có 8 BN chiếm 22,22% không biểu hiện suy cơ quan. Còn lại 28 BN chiếm 77,78% có suy cơ quan bao gồm suy cơ quan thoáng qua với thời gian dưới 48 giờ và suy cơ quan kéo dài trên 48 giờ mỗi nhóm 14 BN chiếm 38,89%.

Các diễn biến lâm sàng nặng tại thời điểm nhập viện

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân SIRS gặp ở 34 BN chiếm tỷ lệ 94,44%. Trong nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào bị ngừng tim phổi. Có 3 trường hợp BN có diễn biến nặng chiếm 8,33%. Trong đó:



- Có 1 BN có cơn tăng huyết áp khẩn cấp 240mmHg được xử trí nội khoa ổn định chiếm 2,78%.
- 1 BN sốc cường chiếm 2,78% được xử trí nội khoa chống sốc, bằng giảm đau, trấn tĩnh, hạ áp...
- 1 BN sốc nhược được can thiệp xử trí kịp thời và hiệu quả chiếm 2,78%, bằng bù dịch, vận mạch, giải quyết sớm nguyên nhân...

3.2. Đặc điểm về cận lâm sàng

Kết quả xét nghiệm tại thời điểm nhập viện

Bảng 3.4. Kết quả các xét nghiệm sinh hóa máu

Chỉ số	n	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Amylase	36	528,89 ± 528,87	23	1751
Amylase nước tiểu	27	3931,68 ± 5018,95	79,0	19133,0
Đường huyết	36	9,62 ± 6,33	4,1	35,7
Calci	36	1,0394 ± 0,17	0,54	1,33
SGOT	28	61,89 ± 57,77	13	219
Triglycerid	20	9,18 ± 18,58	0,9	79,6
Urê	36	6,56 ± 5,04	1,5	20,1
Creatinine	36	102,11 ± 72,18	44	325
Bạch cầu	36	17,07 ± 4,35	8,17	25,60
Bạch cầu trung tính	36	81,88 ± 7,45	64,2	91,7
Hematocrite	36	40,69 ± 8,76	26,0	55,6

Chẩn đoán hình ảnh tại thời điểm nhập viện

Bảng 3.5. Kết quả siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng

Kết quả siêu âm		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Khảo sát tuyến tụy	Khảo sát được	17	47,22
	Không khảo sát được	19	52,78
Có thấy ổ hoại tử		13	36,11
Sỏi tụy		1	2,78
Dịch ổ bụng	Không dịch	5	13,89
	Số lượng ít	12	33,33
	Số lượng nhiều	6	16,67
	Số lượng vừa	13	36,11
Kết quả chụp cắt lớp vi tính		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm nhu mô	Bất thuốc kém đồng nhất	17	47,22
	Bất thuốc mạnh	9	25,00
	Không bất thuốc sau tiêm	10	27,78

Kết quả siêu âm		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Vị trí ổ hoại tử, ổ dịch	Lan tỏa	17	47,22
	Vùng đầu tụy	4	11,11
	Vùng thân tụy	9	25
	Vùng đuôi tụy	10	27,78
Mức độ tổn thương	Có mô tả	14	38,89
	10%-30%	5	35,71
	50%	5	35,71
	>50%	4	28,58
Tính chất ổ hoại tử, ổ dịch	Không mô tả	16	44,44
	đã thành hóa	8	22,22
	Nghi nhiễm khuẩn	12	33,33
Dịch quanh tụy	Không mô tả	4	11,11
	Số lượng ít	5	13,89
	Số lượng vừa	17	47,22
	Số lượng nhiều	10	27,78
Dịch ổ bụng	Không ghi nhận	6	16,67
	Số lượng ít	10	27,78
	Số lượng vừa	13	36,11
	Số lượng nhiều	7	19,44
Định màng phổi	Không mô tả, ghi nhận	7	19,44
	Không dịch	1	2,78
	Số lượng ít	27	75,00
	Số lượng vừa	1	2,78
Thang điểm CTSI	<8 điểm	10	31,25
	8-10 điểm	22	68,75
Thang điểm Balthazar	D	2	6,25
	E	30	93,75

Nhận xét: Kết quả có 19 TH chiếm 52,78% siêu âm không khảo sát được tuyến tụy trong giai đoạn mới vào viện trên kết quả siêu âm. 17 TH khảo sát được

tuyến tụy chiếm 47,22%. Trong khi đó với CLVT hầu hết đánh giá tốt các tổn thương của viêm tụy (chiếm 88,87%).



Bảng 3.6. Kích thước trung bình của tụy và các tổn thương

Kích thước (mm)	n	Trên siêu âm	n	Trên CLVT	P
		Trung bình		Trung bình	
Đầu tụy	17	34,18 ± 5,67	33	36,48± 6,76	>0,05
Thân tụy	17	24,65 ± 5,41	30	24,57± 5,91	>0,05
Đuôi tụy	14	30,21 ± 6,09	29	28,48 ± 10,01	>0,05
Ổ hoại tử-ổ dịch	8	69,06 ± 29,32	22	81,18± 50,50	>0,05
Sỏi tụy	1	13	1	15,9	

Nhận xét: Trong 17 trường hợp khảo sát được tuyến tụy trên kết quả siêu âm ổ bụng đo được kích thước trung bình của tụy bao gồm kích thước đầu tụy, thân tụy và đuôi tụy. Trong khi đó CLVT có 33 TH khảo sát được các kích thước tụy và các tổn thương kèm theo. Trong đó hết các kích thước thu được có giá trị trung bình cao hơn ngưỡng kích thước tụy bình thường. Sự khác biệt về kích thước đo được 2 phương pháp chẩn đoán không có sự khác biệt với $p>0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi và giới tính

Trong những năm gần đây nhiều nghiên cứu trong nước của các tác giả cũng trên địa bàn Tp Hồ Chí Minh, như của tác giả Đặng Trường Thái (2020) 4 thống kê về các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân VTHT, với 130 bệnh nhân hồi cứu điều trị tại Bệnh viện Chợ rẫy, kết quả ghi nhận độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 43 tuổi, với tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng về cơ cấu tuổi và giới so với nghiên cứu của tác giả, mặc dù số lượng nghiên cứu ít hơn. Trong tổng số 36 bệnh nhân có viêm tụy cấp thể hoại tử (VTHT) chúng tôi nghiên cứu, có 26 bệnh nhân (BN) nam, chiếm tỷ lệ 72,22. Chỉ có 10 BN nữ chiếm tỷ lệ 27,78%. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,6/1. Với độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 46,31 tuổi nhỏ nhất là 24, lớn nhất là 82 tuổi. Giá trị tuổi trung bình của nam là 43,23 thấp hơn độ tuổi của nữ là 54,3 với mức ý nghĩa $p<0,05$. Về phân bố nhóm tuổi trong nghiên cứu, chúng tôi chia làm 3 nhóm: nhóm tuổi dưới 35, từ 35-50, và nhóm trên 50 tuổi. Trong đó nhóm bệnh từ 35-50 tuổi có 14 BN chiếm 38,9%; nhóm trên 50 tuổi 13 BN chiếm 36,1%. Tính theo độ tuổi dưới 50 là 23 BN chiếm tỷ lệ 63,87%.

Tác giả Lê Phúc Trường Thịnh (2018) nghiên cứu về bệnh lý viêm tụy cấp tại bệnh viện Đa khoa Trung Tâm Tiền Giang kết quả ghi nhận được trong 97 BN nghiên cứu tỷ lệ nam 77%, nữ 23%. Độ tuổi trung bình $40\pm 9,89$, từ 31-50 tuổi chiếm tối đa 67% [5].

Tiền căn

Tiền căn liên quan đến bệnh lý viêm tụy chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nghiên cứu 16 TH chiếm 44,4%. Tiếp theo là bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường lần lượt chiếm 14 và 9 TH chiếm tương ứng 38,89% và 25%. Có 10 trường hợp ghi nhận nghiện rượu chiếm 27,78%. Trong nghiên cứu này chúng tôi không xếp các tiền căn nghiện rượu, phẫu thuật bụng, hay bệnh lý sỏi mật vào phân tích như nguyên nhân gây bệnh mặc dù rất nhiều tác giả khi nghiên cứu vấn đề này khẳng định những tiền căn trên là nguyên nhân theo chúng tôi vì là nghiên cứu hồi cứu nên không đủ bằng chứng để khẳng định. Các yếu tố này thông thường cũng không liên quan đến tiến trình điều trị, chỉ là một phần của các yếu tố tiên lượng ban đầu của bệnh lý VTHT. Các nghiên cứu gần đây trong nước cũng có nhiều kết quả khác biệt so với ghi nhận của chúng tôi trong nghiên cứu. Như tác giả Võ Duy Thông và cộng sự (2021) nghiên cứu tiên cứu về đánh mức độ tăng Triglycerid trên nhóm 132 BN viêm tụy cấp điều trị tại Bệnh viện Chợ rẫy, tiền căn viêm tụy cấp trước đó là 44,44% ở nhóm VTC có tăng Triglycerid (TG) rất nặng, và 55,6% ở nhóm tăng TG nặng. Bệnh cạnh đó các tiền căn về ĐTĐ, THA cũng có giá trị trong khoảng từ trên 42,4-57,6% và 46,7-53,3%. Tiền căn sử dụng rượu trong khoảng 42,4- 57,6% giữa 2 nhóm nghiên cứu [6].

Triệu chứng lâm sàng

Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng chiếm 21 BN chiếm 58,33%. Hoặc đau bụng kèm nôn ói nhiều. Với hoàn cảnh khởi phát đau đều diễn ra tự nhiên không rõ yếu tố

nguyên nhân chiếm tỷ lệ 88,89%. Chỉ có 4 BN đau rơi vào thời điểm sau ăn chiếm 11,11%.

Đau bụng là triệu chứng luôn được đề cập đến trong VTMCDS, đây là lý do đầu tiên và cũng là lý do biểu hiện đau bụng là đau âm ỉ liên tục trong đó đau tính chất tăng dần lên 21BN chiếm tỷ lệ 58,33%. Có 10 BN có biểu hiện đau quặn cơn chiếm 27,28%. Chỉ có 5 trường hợp lan ra sau lưng chiếm 13,89%. Đau bụng không chỉ là triệu chứng thường gặp nhất và hầu như gặp ở tất cả các trường hợp VTC trong đó có viêm tụy hoại tử. Ngoài ra đó cũng là nguyên nhân chính khiến người bệnh phải đến khám bệnh hoặc nhập viện để điều trị. Tính chất cơn đau điển hình của VTC đã được mô tả rất cơ bản trong y văn. Tuy nhiên trên thực tế điều trị rất ít khi tiếp nhận 1 BN hoàn toàn có cơn đau bụng điển hình của viêm tụy. Nó phụ thuộc nhiều vào chủ quan của người bệnh, nguyên nhân gây bệnh, đã có điều trị trước đó chưa. Dẫn đến khi nghiên cứu thống kê phân tích tính chất cơn đau bụng có nhiều nhận định không hoàn toàn phù hợp nhau giữa các nghiên cứu.

Diễn biến lâm sàng của viêm tụy hoại tử

Hiện nay, suy cơ quan là một yếu tố tiên lượng quan trọng hàng đầu đối với viêm tụy cấp. Theo tác giả Van Santoort có khoảng 38% bệnh nhân VTHT có biến chứng suy cơ quan và tỷ lệ tử vong là 35% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm mới nhập viện bệnh nhân VTHT đã có biểu hiện suy cơ quan cụ thể trong nghiên cứu tại thời điểm đánh giá lúc mới vào viện và trong 48h đầu có 14 BN kết luận suy cơ quan kéo dài và 14 BN suy cơ quan thoáng qua chiếm tỷ lệ 38,89%. Trong đó biểu hiện nhiều ở từng cơ quan cụ thể như sau: suy thận kéo dài 8 BN chiếm 22,22%, 5 BN suy thận thoáng qua chiếm 13,98%; suy hô hấp: kéo dài 10 BN chiếm 27,78%, 14 trường hợp ghi nhận suy hô hấp thoáng qua chiếm 38,89%; suy tuần hoàn kéo dài 11 BN chiếm 30,56%, thoáng qua 12 BN chiếm tỷ lệ 33,33%. Theo kết quả phân loại VTHT của Atlanta 2012 tại thời điểm trong 48h đầu nhập viện, nhóm nghiên cứu có 14 BN VTHT nặng là 38,89%, và 22 BN VTHT trung bình 61,11%. Các kết quả cũng tương tự như của Đặng Trường Thái mức độ VTHT thể nặng 33,1% và trung bình 66,9%. Trong đó khảo sát ở tuần thứ nhất của bệnh chỉ có 84,8%. Năm 2019, Scherpers cũng báo cáo tỷ lệ sự cơ quan trong VTHT chiếm 38% kết quả gần tương đương nghiên cứu của chúng tôi [8]. Tuy trong nghiên cứu đánh giá VTHT là bệnh diễn biến phức tạp nhưng các diễn biến lâm sàng nặng, hay nguy kịch có nguy cơ tử vong cao hầu như ít gặp trong nhóm

nghiên cứu 33 BN chiếm 91,67%.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả xét nghiệm tại thời điểm bệnh nhân nhập viện

Các chỉ số sinh hóa máu thể hiện Amylase máu trung bình trong máu và nước tiểu tăng cao: Amylase máu $528,89 \pm 528,87$ cao nhất 1751 U/l và Amylase nước tiểu $3931,68 \pm 5018,95$ U/l cao nhất là 19133. Phù hợp với chẩn đoán bệnh lý viêm tụy cấp. Các chỉ số sinh hóa khác đều nằm trong giá trị ngưỡng bình thường khi so sánh giá tham chiếu tại Bệnh viện. Tất cả các trường hợp đều được chỉ định xét nghiệm Amylase nước tiểu để chẩn đoán trong đó có 11 trường hợp xét nghiệm trong giới hạn bình thường. Việc xét nghiệm các men tụy trong huyết thanh được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán VTC. Trong bệnh cảnh VTC nồng độ amylase trong huyết thanh thường tăng trong vòng 6-24 giờ, đạt cực đại trong khoảng 48 giờ và giảm mức bình thường hoặc gần mức bình thường trong vòng từ 3-7 ngày tiếp theo.

Trong nghiên cứu này khi chúng tôi xây dựng chỉ tiêu chẩn đoán có thiết kế chẩn đoán dựa trên khi đáp ứng 2 trong 3 tiêu chuẩn để chẩn đoán VTHT tuy nhiên vì đây là nghiên cứu hồi cứu cho nên không thể lúc nào cũng lấy đầy đủ các chỉ tiêu mong muốn nhất. Thực tế thu thập qua hồ sơ bệnh án 36 trường hợp trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào được tiến hành xét nghiệm Lipase để phục vụ chẩn đoán ban đầu. Theo chúng tôi trong thực hành lâm sàng, khi đã có đủ 2 cơ sở để chẩn đoán là lâm sàng và hình ảnh chắc chắn viêm tụy thì không nhất thiết phải bổ sung men tụy để khẳng định đó là điều đúng và được nhiều tác giả nghiên cứu ủng hộ điều này. Như tác giả Đặng Trường Thái cũng gặp các tính huống tương tự khi nghiên cứu ở Bệnh viện Chợ rẫy [4].

Giá trị trung bình xét nghiệm công thức máu bạch cầu và bạch cầu trung tính tăng ở ngưỡng cao. Bạch cầu có giá trị trung bình $17,07 \pm 4,35$ (K/dl) thấp nhất là 8,17 và cao nhất 25,60. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trung bình $81,88 \pm 7,45$ % thấp nhất 64,2 % và cao nhất 91,7 %. Số lượng bạch cầu của tác giả Đặng Trường Thái (2020) [4] tại Bệnh viện Chợ rẫy nhóm 130 BN VTHT có 24,7% có số lượng bạch cầu tăng trên 30 K/uL, và bạch cầu bình thường 26,9%, giá trị trung bình 15 K/uL (11-20,2).

Đặc điểm trên siêu âm bụng

Hiện nay, siêu âm ngày càng trở thành phương tiện chẩn đoán thường qui của nhiều bệnh lý trong đó có VTC. Chẩn đoán trên siêu âm có giá trị gợi ý bệnh lý



viêm tụy thậm chí ngay khi chưa có biểu hiện lâm sàng hoặc xét nghiệm. Ngoài ra siêu âm còn khá an toàn, dễ thực hiện tại mọi vị trí do tính cơ động cao. Không bị ảnh hưởng của tia X... Trong chẩn đoán và điều trị VTHT ngoài vai trò chẩn đoán, siêu âm còn là phương tiện dẫn đường để can thiệp điều trị hiệu quả nhất là đối với điều trị DLQD [3].

Tuy vậy đối với viêm tụy cấp siêu âm vẫn có nhiều hạn chế trong chẩn đoán chính xác vì: tụy tạng nằm sâu sát phía sau cột sống. Trong khi bệnh lý thường kèm theo tình trạng căng trương do tắc ruột cơ năng dẫn đến không khảo sát được 3. Trong nghiên cứu của tác giả Đặng Trường Thái (2020) cũng chỉ có 46 TH (34,4%) được chỉ định siêu âm bụng, trong đó có đến 25 TH không khảo sát được với nguyên nhân do hơi che. Tác giả nhận định giá trị hạn chế của siêu âm trong chẩn đoán VTHT và đồng thời có giải thích về nguyên nhân bệnh nhân trong nhóm ít được làm siêu âm để chẩn đoán ban đầu, vì lý do đã có kết quả chẩn đoán hình ảnh ở tuyến trước nên không cần thiết phải chỉ định lại [4]. Nhưng chúng tôi không hoàn toàn đồng ý với quan điểm này, trên thực tế trong nghiên cứu này của chúng tôi gặp 19 TH chiếm 52,78% không khảo sát được tuyến tụy trong giai đoạn mới vào viện trên kết quả siêu âm. Tuy nhiên, siêu âm cũng có vai trò quan trọng giúp khảo sát những tổn thương thứ phát kèm theo đặc biệt đối với bệnh lý viêm tụy hoại tử. Kết quả của chúng tôi ghi nhận có 13 TH thấy ổ hoại tử chiếm 36,11% gợi ý cho chẩn đoán lâm sàng. Có thể kiểm tra được các tổn thương các cơ quan lân cận như hệ gan mật: cấu trúc gan, đường mật. Tìm những tổn thương thứ phát hoặc nguyên nhân gây viêm tụy như sỏi đường mật, sỏi ống mật chủ, u bóng valter... Ngoài ra siêu âm còn là công cụ hữu hiệu để theo dõi và đánh giá các tổn thương có tính chất thay đổi nhanh như dịch ổ bụng... Trong nghiên cứu phần lớn kết quả siêu âm ghi nhận có dịch tự do trong ổ bụng với các mức độ số lượng ít 33,33%, số lượng dịch vừa 16,67% và số lượng dịch nhiều 36,11%. Chỉ có 5 BN không ghi nhận tình trạng dịch ổ bụng trên siêu âm chiếm 33,33%. Trong 17 trường hợp khảo sát được tuyến tụy trên kết quả siêu âm ổ bụng đo được kích thước trung bình của tụy bao gồm kích thước đầu tụy, thân tụy và đuôi tụy. Trong đó hầu hết các kích thước thu được có giá trị trung bình cao hơn ngưỡng kích thước tụy bình thường. Đầu tụy trong nghiên cứu đo được $34,18 \pm 5,67$ mm với đường kính lớn nhất là 44mm và nhỏ nhất là 25. Thân tụy $24,65 \pm 5,41$ mm đường kính lớn nhất là 34mm nhỏ nhất là 16mm. Chỉ có 14 trường hợp đo được kích

thước đuôi tụy $30,21 \pm 6,09$ mm đường kính lớn nhất là 48mm nhỏ nhất là 24mm. Kích thước ổ hoại tử, ổ dịch mô tả trong siêu âm với kích thước đường kính lớn nhất trung bình là $69,06 \pm 29,32$ mm nhỏ nhất là 45mm và lớn nhất là 133mm. Chỉ có 1 BN siêu âm thấy sỏi tụy kích thước là 13mm.

Đặc điểm trên CLVT

So với siêu âm bụng, gần như CLVT khảo sát được hoàn toàn tuyến tụy. Ngoài những trường hợp tổn thương không còn cấu trúc bình thường của tuyến tụy thì hầu như CLVT đều đánh giá được rất chính xác cấu trúc và kích thước tụy. Trong 33 TH có thể đo đạc đầu tụy có kích thước trung bình lớn hơn so với giá trị bình thường $36,48 \pm 6,76$ mm nhỏ nhất là 27 mm và lớn nhất đo được 60mm. Kích thước thân tụy đánh giá được ở 30 TH có kích thước trung bình $24,57 \pm 5,91$ mm. Và đuôi tụy ở 29 trường hợp là $28,48 \pm 10,01$. Tác giả Taydas (2017) 9 cũng nhận định về mức độ chính xác của CLVT trong chẩn đoán và dự đoán biến chứng của viêm tụy cấp. Tác giả thực hiện chụp CLVT và giai đoạn sớm của viêm tụy (trong 72 giờ đầu khi khởi phát bệnh). Trong 27 BN VTHT được xác định sau đến 8 TH phát hiện tổn thương ở giai đoạn sớm. CLVT giai đoạn muộn (sau 7 ngày) giúp đánh giá chính xác nhất tình trạng hoại tử. Sự phát triển và mức độ lan rộng của hoại tử tụy có liên quan trực tiếp đến biến chứng và tử vong của bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn thực hiện CLVT khi bệnh nhân vừa nhập viện trong vòng 48h đầu, kết quả thu được của về mặt hình ảnh có đặc điểm như sau: tổn thương nhu mô tụy bắt thuốc kém trên kết quả chụp CLVT có cản quang 17 chiếm tỷ lệ 47,22%. Bắt thuốc mạnh 9 TH chiếm 25% và có đến 10 TH không bắt thuốc sau tiêm.

Trong nghiên cứu này các kết quả chẩn đoán hình ảnh thể hiện trên siêu âm và cắt lớp vi tính tại các thời điểm chứng minh giá trị gợi ý cho chỉ định can thiệp DLQD, là phương tiện dẫn đường hiệu quả cho phương pháp DLQD. Quan trọng nhất là xác định ổ hoại tử trên CLVT. Ổ hoại tử gặp nhiều nhất là thể lan tỏa 17 TH chiếm 47,22%. Tổn thương vị trí thân và đuôi tụy chiếm tỉ lệ 25% đến 38,89%. Mức độ tổn thương ghi nhận ở 14 trường hợp chiếm 38,89%. Trong đó 5 TH tổn thương từ 10-30% tuyến và 50% tuyến chiếm 35,71%. 4 TH tổn thương trên 50% chiếm 28,58%. 8 TH ổ hoại tử đã thành hóa, 12 TH nghi nhiễm khuẩn. Những số liệu này có lẽ do phương pháp chọn bệnh đã có chẩn đoán VTHT để can thiệp của nghiên cứu nên kết quả của chúng tôi khá cao về tỷ lệ tổn thương trên chẩn đoán

của CLVT. So với các nghiên cứu khác trong nước như báo cáo của tác giả Đỗ Đức Cường, ghi nhận tỷ lệ VTHT trên bệnh nhân VTC là 47,5% và bệnh nhân hoại tử tụy <30% có tỷ lệ cao nhất chiếm 19/29BN (65,5%) 10. Hay nghiên cứu của Đặng Trường Thái (2020) tỷ lệ hoại tử <30% chiếm 29,4%, 30-50% chiếm 15,1%, hoại tử > 50 chiếm 15,9% 4. Ngoài ra CLVT còn giúp đo đạc chính xác kích thước ổ hoại tử - ổ dịch, là công cụ quan trọng trong quá trình tiên lượng và điều trị. Kích thước đường kính trung bình của ổ hoại tử là 81,18±50,50mm, nhỏ nhất là 13mm và lớn nhất là 190 mm.

Hình ảnh CLVT có giá trị cho chỉ định can thiệp DLQD như dịch quanh tụy ở các mức độ 32/36TH chiếm 88,89%, trong đó mức độ vừa và nhiều chiếm 47,22% và 27,78%. Dịch tự do trong ổ bụng gặp ghi nhận ở 30/36 BN chiếm 83,33%. Nhiều nhất là mức độ vừa 13 BN chiếm 36,11%. Lượng dịch khoang màng phổi chủ yếu số lượng ít 27 bệnh nhân chiếm 75%. Chỉ có 1 trường hợp đánh giá không dịch và 1 số lượng vừa chiếm 2,78%. Trong tổng số 29 trường hợp được mô tả chiếm 80,56%. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp sỏi tụy cũng được đánh giá trên CLVT với kích thước sỏi 15,9 mm.

Hầu hết các trường hợp chỉ định chẩn đoán CLVT trong kết quả điều được lượng giá bằng các thang điểm đánh giá mức độ nặng của viêm tụy theo cách thang điểm CTSI và thang điểm Balthazar: trong nghiên cứu này có đến 32/36 TH có đánh giá chiếm 88,87%. Trong đó mức độ đánh giá thang điểm CTSI có kết quả: dưới 8 điểm và 8 điểm đều là 10 TH chiếm tỉ lệ 31,25%. Trên 8 điểm (9-10) điểm 12 TH chiếm 33,33%. Đánh giá theo thang điểm Balthazar đều chia ở các nhóm Grade D hoặc E trong đó phần lớn là Grade E 30 TH chiếm 93,75%. Chỉ có 2 trường hợp Grade D chiếm 6,25%.

5. KẾT LUẬN

Viêm tụy hoại tử là thể lâm sàng diễn tiến nặng đe dọa tử vong của VTC thường gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới với lâm sàng thường gặp là đau bụng, với tính chất đau âm ỉ liên tục tăng dần. Triệu chứng kèm theo thường gặp nhất là nôn nhiều và sốt. Ở các bệnh nhân VTHT có chỉ định DLQD, tỷ lệ suy cơ quan khi nhập viện trong 48 giờ đầu ở mức cao chiếm 39%. CLVT là công cụ cần thiết để chẩn đoán VTHT và có vai trò quan trọng trong chỉ định can thiệp DLQD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Copelin E, Widmer J, Management of severe acute pancreatitis in 2019. *Translational gastroenterology and hepatology*, 2022;7:16. doi:10.21037/tgh-2020-08
- [2] Gliem N, Ammer-Herrmenau C, Ellenrieder V et al., Management of Severe Acute Pancreatitis: An Update. *Digestion*, 2021;102(4):503-507. doi:10.1159/000506830
- [3] Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A et al., 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World journal of emergency surgery : WJES*, 2019;14:27. doi:10.1186/s13017-019-0247-0
- [4] Đặng Trường Thái, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Viêm tụy hoại tử. *Luận Văn Chuyên Khoa Cấp II, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh*; 2020.
- [5] Lê Phúc Trường Thịnh, Tạ Văn Trâm, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp tại Bệnh viện đa khoa Trung Tâm Tiền Giang. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2018; Phụ Bản Tập 22(Số 5):33-38.
- [6] Võ Duy Thông, Nguyễn Thị Mộng Trinh, Hồ Tấn Phát, Tăng Trirelycerie máu rất nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp: yếu tố nguy cơ và kết cục lâm sàng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021; 500(2):49-55.
- [7] Van Santvoort HC, Bakker OJ, Bollen TL et al., A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome. *Gastroenterology*. Oct 2011;141(4):1254-63. doi:10.1053/j.gastro.2011.06.073
- [8] Schepers NJ, Bakker OJ, Besselink MG et al., Impact of characteristics of organ failure and infected necrosis on mortality in necrotising pancreatitis. *Gut*. Jun 2019;68(6):1044-1051. doi:10.1136/gutjnl-2017-314657
- [9] Taydas O, Unal E, Karaosmanoglu AD et al., Accuracy of early CT findings for predicting disease course in patients with acute pancreatitis. *Japanese journal of radiology*. Feb 2018;36(2):151-158. doi:10.1007/s11604-017-0709-9
- [10] Đỗ Đức Cường, Nghiên cứu vai trò của chụp cắt lớp vi tính 320 dãy trong chẩn đoán viêm tụy cấp. *Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh*, 2016.

