

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP TÍNH NẶNG CÓ PHẪU THUẬT

Nguyễn Hữu Huấn¹, Đào Xuân Cơ²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh 43 bệnh nhân viêm tụy cấp (VTC) nặng có phẫu thuật, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2019 đến tháng 8/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 52 ± 16.32 , tỉ lệ nam: nữ là 3:1. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất với nam giới là 45-60 chiếm 37.2% và ở nữ là < 45 tuổi. Tỉ lệ sống trong nhóm là 79.05%. Tiền sử: 46.51% nghiện rượu, 37.20% VTC; 4 trường hợp sỏi đường mật 3 bệnh nhân VTC khi mang thai. Chỉ định mổ gặp với tỉ lệ nhiều nhất là hoại tử tụy chiếm 48,83% sau đó là áp xe tụy chiếm 32,55%, có 3 bệnh nhân viêm tụy cấp do tắc nghẽn có sỏi mật, 1 trường hợp viêm phúc mạc và 3 trường hợp có biến chứng chảy máu trong ổ bụng. Áp lực ổ bụng được đánh giá có ý nghĩa trong tiên lượng tử vong, với nhóm sống áp lực ổ bụng lúc vào viện trung bình là $20,2 \pm 4,8\%$ và nhóm tử vong cao hơn $24,1 \pm 6,0$. Sử dụng thang điểm lúc vào viện và trong quá trình điều trị đánh giá tiên lượng tình trạng bệnh nhân. Các thang điểm SOFA, APACHE II, Marshall và RANSON khác biệt giữa 2 nhóm với $p < 0,05$. Chỉ số PCT lúc vào viện cũng có sự khác biệt với trung bình nhóm sống là $12,6 \pm 19,4$ so với nhóm tử vong là $21,18 \pm 17,7$. **Kết luận:** Các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có phẫu thuật là tình trạng tăng áp lực ổ bụng, PCT và các thang điểm đánh giá độ nặng như SOFA, APACHE II, Marshall và RANSON.

Từ khóa: Viêm tụy cấp nặng, viêm tụy cấp hoại tử, phẫu thuật viêm tụy cấp.

SUMMARY

EVALUATION OF PROGNOSTIC FACTOR IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS UNDER GOING SURGERY

Purpose: Evaluation of prognostic factors in patients with severe acute pancreatitis undergoing surgery. **Method and study design:** A cross-sectional descriptive study of 43 patients with severe acute pancreatitis who had surgery, were treated at the Intensive Care Unit of Bach Mai Hospital, the Emergency and Intensive Care Department of Hanoi Medical University Hospital from September 2019 to August 2021. **Results:** The mean age of the study group was 52 ± 16.32 (age), the ratio male:female was 3:1. The most common age group for men is

from 45 to 60 years old, accounting for 37.2%. The survival rate in the group was 79.05%. The patient's history includes 46.51% alcoholism, 37.20% patients with a history of acute pancreatitis, 4 cases with previous gallstones and 3 patients with acute pancreatitis during pregnancy. The reasons indicated for surgery in the study group, with the highest rate being pancreatic necrosis accounted for 48.83%, followed by pancreatic abscess accounted for 32.55%, there were 3 patients with acute obstructive pancreatitis with stones. biliary tract, 1 case of peritonitis and 3 cases of intra-abdominal bleeding complications indicated emergency surgery. Intra-abdominal pressure was assessed to be significant in the prognosis of mortality, with the average group of survivors having an average intra-abdominal pressure of $20.2 \pm 4.8\%$ and the group of death 24.1 ± 6.0 higher. Using the scale at admission and during treatment to assess the prognosis of the patient's condition, the 2 scores SOFA, APACHE II, Marshall and RANSON differed between the 2 groups with $p < 0.05$. The PCT at hospital admission also had a difference with the mean of survival group was 12.6 ± 19.4 compared with the mortality group was 21.18 ± 17.7 . **Conclusion:** The prognostic factors in patients with severe acute pancreatitis undergoing surgery are the clinical status of increased intra-abdominal pressure, PCT, and severity scores such as SOFA, APACHE II, Marshall and RANSON.

Keywords: Severe acute pancreatitis, acute necrotizing pancreatitis, surgery for acute pancreatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh tổn thương viêm cấp tính của 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. 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}. Trong VTC nặng thường liên quan đến rối loạn chức năng đơn hoặc đa cơ quan đe dọa đến tính mạng với tỷ lệ tử vong từ 5% ở những bệnh nhân bị VTC thể phù đến 17% ở những bệnh nhân VTC thể hoại tử².

Chẩn đoán sớm VTC nặng có ý nghĩa quan trọng, giúp định hướng thái độ điều trị thích hợp, làm nền tảng cho quá trình ngăn chặn sự phát triển của các biến chứng, dự phòng rối loạn chức năng các tạng và các biến chứng tại chỗ, góp phần giảm tỷ lệ tử vong¹. Nhận dạng sớm thể nặng, những nguy cơ biến chứng là yếu

¹Bệnh viện đa khoa Nông Nghiệp

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Huấn

Email: huanbnn@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2021

Ngày duyệt bài: 4.10.2021

tổ tiên quyết tới thành công hay thất bại và cũng là một trong những thách thức lớn trong việc kiểm soát VTC nặng¹.

Chỉ định ngoại khoa trong điều trị VTC còn nhiều quan điểm chưa thống nhất, các yếu tố tiên lượng chỉ định phẫu thuật, thời điểm và phương pháp phẫu thuật còn rất khác nhau.

Xác định các yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật ở bệnh nhân VTC nặng giúp các bác sỹ lâm sàng tiên lượng, chỉ định phẫu thuật sớm là nền tảng, có ý nghĩa quan trọng sống còn, đồng thời cũng là một trong những thách thức lớn trong việc kiểm soát VTC nặng. Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Đánh giá các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có phẫu thuật".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có phẫu thuật, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2019 đến tháng 8/2021.

+ Chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta 1992, sửa đổi 2012⁴. Chẩn đoán xác định khi có ít nhất 2 trong 3 dấu hiệu sau:

✓ Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng với tính chất cấp tính, đau dai dẳng vùng thượng vị, đột ngột đau dữ dội, đau xuyên ra sau lưng, nôn, buồn nôn, chướng bụng.

✓ Xét nghiệm cận lâm sàng: Giá trị Lipase (hoặc Amylase) huyết thanh tăng ít nhất gấp 3 lần giới hạn bình thường.

✓ Hình ảnh viêm tụy đặc trưng trên phim chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang hoặc trên phim chụp cộng hưởng từ hoặc siêu âm ổ bụng.

+ Chẩn đoán VTC nặng theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 sửa đổi: Có suy tạng (1 hoặc nhiều tạng) kéo dài trên 48 giờ: Choáng (Huyết áp tối đa < 90mmHg); Suy hô hấp (PaO₂ ≤ 60mmHg); Suy thận (Creatinin huyết thanh > 2mg/dl); Xuất huyết tiêu hóa > 500ml/24 giờ. Tiêu chuẩn suy tạng tính theo bảng điểm Marshall: (Phụ lục 1)

+ Tiêu chuẩn bệnh nhân có phẫu thuật: Các bệnh nhân được phẫu thuật tại phòng mổ của khoa phẫu thuật gây mê hồi sức có phiếu cách thức phẫu thuật thủ thuật

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Các bệnh nhân không đủ dữ liệu nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp mô tả chùm ca bệnh

2.2.2. Nội dung nghiên cứu. Phân tích các yếu tố tiên lượng phẫu thuật của bệnh nhân

viêm tụy cấp nặng.

+Nhóm yếu tố lâm sàng:

+ Nhóm thông số cận lâm sàng.

+Nhóm thông số chẩn đoán hình ảnh: Thay đổi kích thước tụy, hoại tử tụy, phù nề tụy, dịch quanh tụy.

Đặc điểm mức độ nặng của bệnh với chỉ định phẫu thuật:

+ Sự liên quan giữa bảng điểm APACHE II, Balthazar, BISAP, CTSI, Ranson, với chỉ định phẫu thuật;

+ Sự liên quan giữa bảng điểm SOFA với chỉ định phẫu thuật;

+ Sự liên quan giữa giá áp lực ổ bụng với chỉ định phẫu thuật;

+ Sự liên quan giữa giá trị Procalcitonin với phẫu thuật; Đặc điểm về điều trị liên quan đến chỉ định phẫu thuật.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học dưới sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích khảo sát mức độ và các yếu tố liên quan đến tình trạng viêm tụy cấp nặng, giúp tiên lượng điều trị, ngoài ra không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

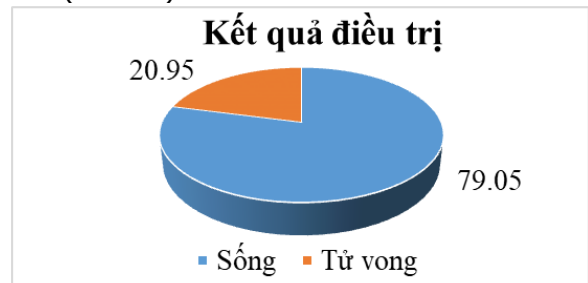
Nghiên cứu được tiến hành trên 43 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có phẫu thuật, điều trị tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2019 đến tháng 8/2021, kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nam		Nữ	
	n	%	n	%
18 đến < 45	10	31.25	5	45.46
45 đến 60	13	40.63	3	27.27
> 60	9	28.13	3	27.27
	32	100	11	100
Trung bình X ±SD	52±16.32			

Nhận xét: Nhóm tuổi gặp nhiều nhất với nam là từ 45-60 chiếm 37.2% và ở nữ là < 45 tuổi (45.46%).



Hình 1: Kết quả điều trị trong nhóm nghiên cứu

Nhận xét: trong nhóm nghiên cứu tỉ lệ tử vong chiếm 20.95%.

Bảng 3.2. Tiền sử bệnh trong nhóm nghiên cứu

Tiền sử	Nhóm sống (n=34)		Nhóm tử vong (n=9)		p
	n	%	n	%	
Nghiện rượu	18	52.94	2	22.22	0,142
Đái tháo đường	5	14.71	3	33.33	0.332
Rối loạn chuyển hóa lipid	5	14.71	3	33.33	0,188
Tiền sử viêm tụy cấp	14	41.18	2	22.22	0,446
Sỏi mật	3	8.82	1	11.11	1,0

Nhận xét: Đánh giá các yếu tố liên quan đến tiền sử bệnh, nhóm tử vong có tỉ lệ cao hơn các bệnh nền như đái tháo đường, thừa cân rối loạn lipid máu. Khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Đặc điểm phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu

Đặc điểm phẫu thuật	Nhóm sống (n=34)		Nhóm tử vong (n=9)		p
	n	%	n	%	
Hoại tử	19	55.9	2	22.2	0,13
Áp xe tụy	8	23.5	6	66.7	
Sỏi mật	3	8.8	0	0,0	
Viêm phúc mạc	1	2.9	1	11.1	
Chảy máu trong ổ bụng	3	8.8	0	0	
Tổng	34	100	9	100	

Nhận xét: Trong nhóm tử vong có 6 bệnh nhân phẫu thuật do áp xe tụy chiếm tỷ lệ cao nhất (66.7%)

Bảng 3.4. Áp lực ổ bụng khi vào viện của nhóm nghiên cứu

Tình trạng áp lực ổ bụng	Nhóm sống (n=34)		Nhóm tử vong (n=9)		p
	n	%	n	%	
<16 cmH ₂ O	8	23.5	0	0	0.001
Độ 1: 16 – 20 cmH ₂ O	14	41.2	2	22.2	0,002
Độ 2: 21 – 27 cmH ₂ O	10	29.4	4	44.5	0.03
Độ 3: 28 – 34 cmH ₂ O	2	5.9	3	33.3	0.04
Trung bình	20.2 ± 4.8		24.1 ± 6.0		0.02

Nhận xét: Áp lực trung bình của nhóm tử vong là 24.1 ± 6.0 cmH₂O, cao hơn nhóm sống (20.2 ± 4.8 cmH₂O). Khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với ($p=0,02$).

Bảng 3.5. Các thang điểm khi nhập viện trong nhóm nghiên cứu

Thang điểm nhập viện	Nhóm sống		Nhóm tử vong		p
	Trung bình		Trung bình		
SOFA	6.4±3.5		10.1±5.6		0,004
APACHE II	9.4±6,5		17.2±11.2		0,001
Marshall	3.5±2,5		6.8±3.4		0,03
BISAP	2.8±0,9		3.9±2.2		0,10
RANSON	3.6±3.2		6.8±3.8		0,04
CTSI	7.0±2.4		8.2±3.4		0,21

Nhận xét: Các thang điểm lúc bệnh nhân vào viện có liên quan đến kết quả điều trị gồm SOFA, APACHE II, Marshall và RANSON ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân nam là 32 bệnh nhân chiếm 74.4%, gấp 3 lần số bệnh nhân nữ, tuổi trung bình là 52±16.32. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất với nam là từ 45-60 chiếm 37.2% và ở nữ là < 45 tuổi. Kết quả chúng tôi tương tự như Hồ Yên Ca (2017)⁵ là 48.8 ± 13.31, độ tuổi trung bình thấp hơn của

tác giả Jones⁶ (67 (20 – 98), cao hơn của tác giả Juneja⁷ (39.5 ± 13). Có 9 bệnh nhân tử vong chiếm 20.95%, tỷ lệ này thấp hơn kết quả của Bùi Văn Khích⁸ (29%), Nguyễn Gia Bình (16.6%)⁹, Juneja (18.2%)⁷. Tiền sử có 46.51% nghiện rượu, sỏi mật chiếm 9.3% và tăng Triglycerid chiếm 11.6%.

4.2. Đặc điểm phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu. Chỉ định mổ trong nhóm nghiên cứu, gặp với tỉ lệ nhiều nhất là hoại tử tụy chiếm

48.83% sau đó là áp xe tụy chiếm 32.55%. Có 3 bệnh nhân viêm tụy cấp do tắc nghẽn có sỏi mật, 1 trường hợp viêm phúc mạc và 3 trường hợp có biến chứng chảy máu trong ổ bụng.

Các chỉ định phẫu thuật rõ ràng như: Hoại tử tụy nhiễm trùng; Viêm tụy hoại tử do nguyên nhân cơ học; Viêm tụy hoại tử có biến chứng viêm phúc mạc; Áp xe tụy; Sốc không cải thiện với hồi sức nội khoa; Chảy máu trong ổ bụng hay xuất huyết tiêu hóa; Rò tụy, rò tiêu hóa. Sự hiện diện của hoại tử tụy vô trùng liên quan đến 50% trở lên của tuyến tụy; Khi viêm tụy vẫn tồn tại mặc dù điều trị nội khoa tối đa; Khi tình trạng của bệnh nhân xấu đi, thường là do sự thất bại của một hoặc nhiều hệ thống cơ quan. Đối với các chỉ định này, bác sĩ phẫu thuật nên cố gắng mô tả chính xác tình trạng lâm sàng của bệnh nhân của họ tại thời điểm phẫu thuật được thực hiện^{3,6}. Theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Quyền (Bệnh viện Bạch Mai) trên 15 bệnh nhân phẫu thuật viêm tụy hoại tử nhiễm trùng tỉ lệ tử vong: 30,76%, tỉ lệ biến chứng là: 38,46%⁹.

4.3. Các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có phẫu thuật. Áp lực ổ bụng được đánh giá có ý nghĩa trong tiên lượng tử vong, với nhóm sống áp lực ổ bụng lúc vào viện trung bình là 20.2±4.8% và nhóm tử vong cao hơn 24.1± 6.0. Sử dụng bảng điểm SOFA và APACHE II cho thấy có thay đổi ở thời điểm lúc vào viện và trong quá trình điều trị đánh giá tiên lượng tình trạng bệnh nhân, khác biệt với $p < 0,05$. Chỉ số PCT lúc vào viện cũng có sự khác biệt với trung bình nhóm sống là 12.6±19.4 so với nhóm tử vong là 21.18±17.7.

Tăng áp lực ổ bụng thấp nhất bắt đầu có ảnh hưởng trên cơ quan là 13 cmH₂O, tăng áp lực ổ bụng là giá trị của áp lực ổ bụng ≥ 16 cmH₂O trong ít nhất 3 lần đo cách nhau mỗi 4 - 6 giờ. Ngưỡng tăng áp lực ổ bụng dao động giữa 16 - 34 cmH₂O. Theo tác giả Đào Xuân Cơ, áp lực ổ bụng tại các điểm cắt 18,9; 32 (cmH₂O) có giá trị dự báo biến chứng suy tạng; tử vong với độ nhạy cao (100% và 97,39%)¹.

Điểm APACHE II: Sử dụng điểm APACHE II để đánh giá, tỷ lệ tử vong là $< 4\%$ với số điểm < 8 và 11-18 % với số điểm ≥ 8 . Điểm APACHE II của nhóm bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu là 12 (8-15) tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Jones là 13.5 (3-31), tác giả De Campos là (12.7±1.5)⁶.

Điểm SOFA: Theo Atlanta 2012, mức độ nặng của VTC được đánh giá dựa trên sự suy

tạng liên tục kéo dài trên 48 giờ. Theo Vỡ SOFA ≥ 9 điểm, OR(95%CI) là 24.8 (6.2 - 98.6)⁵.

Điểm Marshall: Các cơ quan nên được đánh giá suy tạng: hô hấp, tim mạch, thận. Suy tạng trong VTC thường liên quan với nồng độ cao các yếu tố hoại tử u, IL-6 lưu hành, sự hoạt hóa hệ thống của đại thực bào và hệ thống bổ thể. Marshall và cộng sự đã đưa ra hệ thống tính điểm cho chức năng của mỗi hệ thống tạng. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tử vong tương đối cao 6.8±3.4.

Điểm RANSON: Bệnh nhân có < 3 yếu tố trong 11 yếu tố là VTC nhẹ; nếu có ≥ 3 yếu tố là VTC nặng, trong khi đó điểm trung bình của nhóm nghiên cứu là 4.3±3.4.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân VTC nặng có phẫu thuật đó là tình trạng lâm sàng tăng áp lực ổ bụng, PCT và các thang điểm đánh giá độ nặng như SOFA, APACHE II, Marshall và RANSON

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Xuân Cơ.** Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong phân loại mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp: Luận án tiến sỹ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108; 2012.
- Vũ Văn Đình, Nguyễn Quốc Anh (2019).** Hồi sức cấp cứu toàn tập. Nhà xuất bản Y học. 2019 Tái bản lần thứ 6. p: 308-321.
- Leppaniemi A., Tolonen M., Tarasconi A., et al. (2019)** WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg. 2019;14:27.
- Peter A. B., Thomas L Bollen., Christos D., et al (2015).** Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. 2015.
- Hồ Yên Ca (2017).** Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
- Jones M. J., Neal C. P., Ngu W. S., et al (2017).** Early warning score independently predicts adverse outcome and mortality in patients with acute pancreatitis. Langenbecks Arch Surg, 402 (5), 811-819.
- Juneja D., Gopal P. B., Ravula M. (2010).** Scoring systems in acute pancreatitis: which one to use in intensive care units? J Crit Care, 25 (2), 358 e359-358 e315.
- Vũ Đức Đình, Đỗ Tất Cường và Nguyễn Gia Bình (2011).** Nghiên cứu hiệu quả của liệu pháp lọc máu liên tục trong viêm tụy cấp nặng. Tạp chí Y học thực hành, 783, 35-38.
- Nguyễn Đình Quyền (2014)** Tổng kết 15 bệnh nhân phẫu thuật viêm tụy hoại tử nhiễm trùng. Tạp chí y học thực hành.