

- Lancet, 385(9973), 1114–1122.
7. **O’Gara, P. T., Kushner, F. G., Ascheim, D. D., et al.** (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST - elevation myocardial infarction: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol, 61(4), e78–e140.
8. **Parikh, R., Parikh, N., Mahajan, V., et al.** (2012). An emergency physician-activated protocol, “Code STEMI,” reduces door-to-balloon time and length of stay in ST-elevation myocardial infarction. J Emerg Med, 43(2), 262–267.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỦA NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG TUY ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2017 - 2022

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Quách Văn Kiên^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân chấn thương tụy được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017-2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 73 bệnh nhân chấn thương tụy từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2022. Bệnh nhân được chẩn đoán bằng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh hoặc tổn thương phát hiện trong mổ. Dữ liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là 34,7 ± 15, nhóm tuổi 20-30 chiếm 30%, nam giới chiếm 85% (tỷ lệ nam/nữ: 5,6/1). Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông (79,5%), tiếp theo là tai nạn lao động (9,6%) và tai nạn sinh hoạt (8,2%). Thời gian nhập viện sau chấn thương >12 giờ chiếm 52,1%. Huyết động không ổn định lúc nhập viện chiếm 21,9%. Đau bụng đơn thuần là triệu chứng phổ biến nhất (65,8%), hội chứng chảy máu trong ổ bụng gặp ở 30,1%, trong đó chảy máu từ tụy chiếm 8,2%. Xét nghiệm huyết học cho thấy 20,5% bệnh nhân có hematocrit <30%, bạch cầu tăng >10 G/L chiếm 86,3%. Nồng độ amylase huyết thanh tăng trên giới hạn bình thường ở 46,6% bệnh nhân, nhưng 27,4% bệnh nhân không được xét nghiệm này. Chụp CT phát hiện 54,8% bệnh nhân có chấn thương tụy nhẹ (độ I, II) và 45,2% có tổn thương nặng (độ III, IV, V). Tổn thương phối hợp gặp ở 79,5% bệnh nhân, phổ biến nhất là chấn thương tạng đặc (57,5%) và tổn thương ngoài ổ bụng (39,7%). **Kết luận:** Chấn thương tụy thường gặp ở nam giới trẻ tuổi, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Đặc điểm lâm sàng không đặc hiệu, chẩn đoán chủ yếu dựa vào chụp CT. Tổn thương phối hợp phổ biến, cần lưu ý trong xử trí và điều trị. **Từ khóa:** Chấn thương bụng, chấn thương tụy, cắt lổ vi tính

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL, AND IMAGING

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthai binh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

CHARACTERISTICS OF PANCREATIC TRAUMA IN PATIENTS MANAGED AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL: A RETROSPECTIVE STUDY (2017–2022)

Objective: This study aims to describe the clinical, paraclinical, and imaging characteristics of patients with pancreatic trauma treated at Viet Duc University Hospital from 2017 to 2022. **Methods:** A retrospective study was conducted on 73 patients with pancreatic trauma from January 2017 to December 2022. Diagnosis was based on clinical presentation, imaging, or intraoperative findings. Data were collected and analyzed using SPSS 20.0 software. **Results:** The mean age of patients was 34.7 ± 15 years, with the 20–30 age group accounting for 30%. Males predominated (85%), with a male-to-female ratio of 5.6:1. The leading cause was traffic accidents (79.5%), followed by occupational accidents (9.6%) and domestic accidents (8.2%). The time to hospital admission exceeded 12 hours in 52.1% of cases. Hemodynamic instability at admission was observed in 21.9% of patients. The most common symptom was isolated abdominal pain (65.8%), while intra-abdominal bleeding occurred in 30.1%, with direct pancreatic hemorrhage in 8.2% of cases. Hematological tests showed that 20.5% of patients had hematocrit <30%, and leukocytosis (>10 G/L) was present in 86.3%. Serum amylase levels were elevated in 46.6% of patients, but 27.4% were not tested for amylase. CT scans identified 54.8% of patients with mild pancreatic trauma (grades I and II) and 45.2% with severe injuries (grades III, IV, and V). Associated injuries were found in 79.5% of cases, with solid organ injuries (57.5%) and extra-abdominal trauma (39.7%) being the most common. **Conclusion:** Pancreatic trauma predominantly affects young males, with traffic accidents being the leading cause. Clinical symptoms are nonspecific, making CT imaging essential for diagnosis. The high rate of associated injuries necessitates careful management and treatment strategies. **Keywords:** Abdominal trauma, pancreatic trauma, computed tomography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tụy (CTT) là tổn thương hiếm gặp, chiếm khoảng 0,2%-0,3% tổng số ca chấn thương chung và 0,2%-12% các ca chấn thương

bụng^{1,2} và thường liên quan đến chấn thương kín do va đập mạnh vào vùng bụng trên, ép tụy vào cột sống³. Do vị trí giải phẫu nằm sâu trong khoang sau phúc mạc, tổn thương tụy thường khó phát hiện sớm và có thể bị bỏ sót trong giai đoạn đầu. Khi chẩn đoán muộn, CTT có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như viêm tụy, rò tụy, áp xe hoặc suy đa tạng. Tỷ lệ tử vong dao động từ 9% - 34%, trong đó tổn thương nặng ở ống tụy chính là yếu tố nguy cơ chính gây tử vong³.

Việc chẩn đoán CTT chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh, trong đó cắt lớp vi tính (CT) có độ nhạy khoảng 80% và là phương pháp quan trọng trong đánh giá mức độ tổn thương tụy cũng như các tổn thương phối hợp^{2,4}. Tuy nhiên, độ chính xác trong phát hiện tổn thương ống tụy chính bằng CT còn hạn chế, chỉ khoảng 43%³. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác như MRI và ERCP có thể giúp xác định tổn thương tụy chính xác hơn, với độ nhạy lên đến 90% - 100%¹.

Về mặt điều trị, chiến lược điều trị CTT phụ thuộc vào mức độ tổn thương. Các tổn thương nhẹ (độ I-II) thường được điều trị bảo tồn, trong khi tổn thương nặng (độ III-V) hoặc tổn thương ống tụy chính có thể cần phẫu thuật, bao gồm dẫn lưu, cắt tụy đoạn xa hoặc nối tụy - ruột¹. Ngoài ra, do CTT thường đi kèm với tổn thương tạng khác, việc chẩn đoán và xử trí kịp thời là yếu tố quan trọng trong giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về CTT còn hạn chế, đặc biệt là đánh giá vai trò của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại trong việc phát hiện và phân loại tổn thương tụy nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh của bệnh nhân CTT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2017-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán có CTT và điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa tại Bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: - Độ tuổi từ 16 trở lên, bao gồm cả giới nam và nữ

- Được chẩn đoán dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

- Bệnh nhân được điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa CTT.

- Hồ sơ đáp ứng được các yêu cầu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Những hồ sơ không đầy đủ các biến số nghiên cứu.

- Những trường hợp cắt lách do chấn thương có kèm theo cắt đuôi tụy do mạc treo tụy tỳ ngắn.

- Những trường hợp CTT đã được mổ tại các bệnh viện khác phải mổ lại vì biến chứng.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

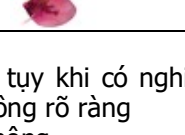
Thời gian và địa điểm: Từ 1/2017 đến hết 12/2022 tại BV Hữu nghị Việt Đức.

Cỡ mẫu: Toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện.

Cách thu thập số liệu: Lập danh sách bệnh nhân nghiên cứu. Lấy hồ sơ từ phòng lưu trữ. Điền thông tin vào bệnh án mẫu. Nhập thông tin từ bệnh án mẫu vào phần mềm SPSS 20.0.

Chụp CLVT có tiêm thuốc tương phản với các thì trước tiêm, động mạch, tĩnh mạch để đánh giá các dấu hiệu tổn thương và phân độ theo AAST 2018

Bảng 2.1. Phân độ thương tổn tụy theo AAST trên CLVT

Độ	Loại tổn thương	Mô tả tổn thương	
I	Đụng dập Giập Rách	Đụng dập nhẹ không tổn thương ống tụy Rách bề mặt không tổn thương ống tụy	
II	Đụng dập Giập Rách	Đụng dập lớn không tổn thương ống tụy hay mất mô Rách lớn nhưng không tổn thương ống tụy hay mất mô	
III	Rách	Cắt ngang thân, đuôi hoặc tổn thương nhu mô với chấn thương ống tụy	
IV	Rách	Cắt ngang ở đầu tụy hoặc tổn thương nhu mô liên quan đến bóng Vater	
V	Đụng dập, Giập, Rách	Vỡ lớn ở đầu tụy (Massive disruption of pancreatic head)	

- Chụp MRI và MRCP

+ Đánh giá tổn thương ống tụy khi có nghi ngờ trên CT, hoặc kết quả CT không rõ ràng

+ Tổn thương ống tụy hay không

Xử lý số liệu: Tất cả các bệnh nhân được lựa chọn đều có mẫu bệnh án riêng với đầy đủ các thông số cần thiết (phần phụ lục). Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và các phần mềm thống kê Y học khác để phân tích số liệu thu thập được. Các biến định lượng, các biến liên tục được trình bày dưới dạng các số trung bình, độ lệch chuẩn và 95% IC. Các biến định tính và thứ hạng được trình bày dưới dạng các tỷ lệ phần trăm (%).

Kiểm định sự khác biệt đối với các biến định lượng bằng Test t-Student; các biến định tính bằng Test Chi square (χ^2). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Gồm 73 bệnh nhân CTT được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ T1/2017- T12/ 2022.

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân. Tuổi trung bình của cả nhóm là $34,7 \pm 15$ trong đó tuổi thấp nhất là 16, tuổi cao nhất là 80. CTT gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 20-30 tuổi chiếm 30%, nhóm > 60 tuổi chỉ có 5 bệnh nhân chiếm 7,1%.

Tỉ lệ bệnh nhân Nam/Nữ là 5,6/1

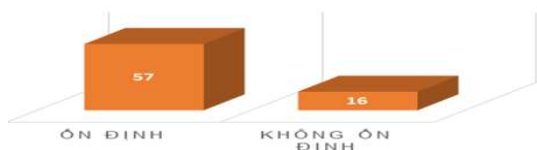
3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.1. Nguyên nhân tai nạn

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tai nạn sinh hoạt	6	8,2
Tai nạn lao động	7	9,6
Tai nạn giao thông	58	79,5
Tai nạn thể thao	1	1,4
Tai nạn bạo lực	1	1,4
Tổng	73	100

Nhận xét: Nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông, gặp 58/ 73, chiếm 79,5%.

TÌNH TRẠNG HUYẾT ĐỘNG



Biểu đồ 3.1. Tình trạng huyết động lúc nhập viện

Nhận xét: Số bệnh nhân có huyết động không ổn định chiếm 21,9%.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lúc nhập viện

Tình trạng bụng	N	%
Hội chứng chảy máu trong ổ bụng	Từ tụy	6 8,2
	Từ tạng khác	16 21,9
Hội chứng viêm phúc mạc	3	4,1
Đau bụng đơn thuần	48	65,8

Nhận xét: Đa số BN đến viện có đau bụng đơn thuần 48 BN(65,8 %), Hội chứng chảy máu trong ổ bụng gặp ở 22 BN (30,1%). Chảy máu trực tiếp từ tụy có 6 BN (8,2%). Viêm phúc mạc ghi nhận được 3 BN (4,1%).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3. Xét nghiệm máu

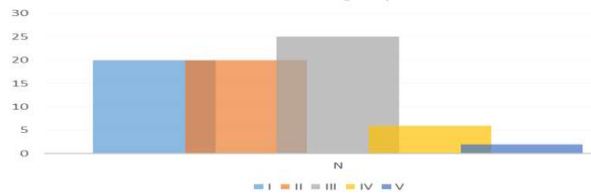
Xét nghiệm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Hb < 10 g/dL	12	16,4
Hct < 30%	15	20,5
Bạch cầu tăng >10	63	86,3
Amylase bình thường	19	26,0

Amylase 220-1000 U/L	26	35,6
Amylase > 1000 U/L	8	11,0

Nhận xét: Bạch cầu tăng chiếm đa số (86,3%), amylase cao từ 220-1000 là 26 bệnh nhân (35,6%), amylase rất cao trên 1000 là 8 bệnh nhân (11%). Số bệnh nhân không được làm xét nghiệm amylase là 20 bệnh nhân (27,4%).

3.3. Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh

Phân độ chấn thương tụy theo AAST



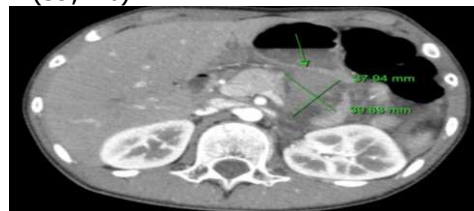
Biểu đồ 3.2. Phân độ CTT theo AAST

Nhận xét: 40 bệnh nhân (54,8%) CTT nhẹ độ I,II. 33 bệnh nhân (45,2%) chấn thương tụy nặng độ III, IV, V.

Bảng 3.4. Các tổn thương phối hợp

Cơ quan tổn thương	Số BN (n=58)	%
Vỡ tạng rỗng	5	6,8
Vỡ tạng đặc	42	57,5
Ngoài ổ bụng	29	39,7
Mạch máu trong ổ bụng	1	1,4

Nhận xét: Trong 73 bệnh nhân có 58 bệnh nhân có tổn thương phối hợp chiếm 79,5%. Vỡ tạng đặc (gan, lách, thận, tuyến thượng thận) gặp ở 42 BN (57,5%). Vỡ tạng rỗng kèm theo có 5 BN (6,8%). Tổn thương ngoài ổ bụng (sọ não, lồng ngực, cột sống, chi thể, khung chậu...) có 29 BN (39,7%).



Hình 3.1. Minh họa một trường hợp tổn thương tụy độ III theo AAST

Hình ảnh CT cản quang cho thấy tổn thương cắt ngang theo hướng ngang qua thân tụy (mũi tên), gây gián đoạn đầu tụy với đuôi tụy.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn bệnh nhân là nam giới (62/73), chiếm 85%. Tỷ lệ này tương tự nghiên cứu của Thái Nguyên Hưng (82,1%) nhưng thấp hơn của Al-Thani (97,2%)^{5,6}. Tuổi trung bình của cả nhóm là $34,7 \pm 15$, trong đó tuổi thấp nhất là 16 và cao nhất là 80. Độ tuổi lao động (20-60 tuổi) chiếm 78%,

tương ứng với nhóm có cường độ hoạt động cao và dễ bị tác động bởi ngoại lực. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Thái Nguyên Hưng là $32,7 \pm 13,1$ tương tự kết quả của chúng tôi, trong nghiên cứu của Al-Thani là $30,8 \pm 12,2$, thấp hơn kết quả của chúng tôi^{5,6}.

Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây CTT, chiếm 79,5% (58/73 trường hợp), cao hơn nghiên cứu của Thái Nguyên Hưng (60,7%)⁵. Các nguyên nhân khác bao gồm tai nạn lao động (9,6%) và tai nạn sinh hoạt (8,2%). Do vị trí giải phẫu của tụy nằm sau phúc mạc, cần một lực tác động mạnh để gây chấn thương, như trong các trường hợp tai nạn xe máy, xe đạp hoặc va đập mạnh vào vùng bụng. Trong nghiên cứu này, có một trường hợp CTT do đá bóng và một trường hợp do bạo lực.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Thời gian từ khi xảy ra tai nạn đến khi nhập viện chủ yếu trên 12 giờ, chiếm 52,1% (38/73 bệnh nhân), do nhiều trường hợp được sơ cứu tại tuyến dưới trước khi chuyển đến Bệnh viện Việt Đức. Nhóm đến sớm (<6 giờ) chiếm 24,7%. Thời gian nhập viện có ảnh hưởng lớn đến chẩn đoán và điều trị. Trong báo cáo của Al-Thani và cộng sự đề cập CTT có thể bị bỏ sót hoặc chẩn đoán sai đến 40%, các tác giả cũng nhấn mạnh rằng tổn thương tụy có thể bị che lấp bởi các chấn thương phối hợp⁶. Những bệnh nhân đến viện muộn với CTT độ I, II có nguy cơ cao bị bỏ sót chẩn đoán.

Hầu hết bệnh nhân nhập viện với huyết động ổn định, chỉ có 16/73 trường hợp (21,9%) có biểu hiện mạch nhanh, huyết áp tụt. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Somasekar⁷, trong đó đa số bệnh nhân CTT có huyết động ổn định khi nhập viện. Theo Koganti, ở những bệnh nhân huyết động ổn định, nếu rõ ràng tụy được kiểm soát tốt và không có tổn thương phối hợp nặng, điều trị bảo tồn có tỷ lệ thành công cao hơn, hạn chế được nguy cơ biến chứng phẫu thuật không cần thiết⁸. Tuy nhiên, Pavlidis và cộng sự nhấn mạnh với bệnh nhân huyết động không ổn định, can thiệp phẫu thuật kiểm soát chảy máu ngay lập tức là ưu tiên hàng đầu, thay vì thực hiện các phương pháp chẩn đoán ít xâm lấn như MRI hay ERCP, vốn có thể làm chậm trễ điều trị và gia tăng nguy cơ tử vong¹.

Đau bụng là triệu chứng chủ yếu, xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân (48/73). Hội chứng chảy máu trong ổ bụng chiếm 30,1% (22 ca), trong khi hội chứng viêm phúc mạc hiếm gặp (4,1%). Các dấu hiệu lâm sàng của CTT thường nghèo nàn, đặc biệt ở giai đoạn sớm, trừ khi bệnh nhân đến muộn với viêm phúc mạc hoặc viêm tụy cấp. Nghiên cứu của Al-Thani ghi nhận rằng 35%

bệnh nhân bị sốc mất máu khi nhập viện. Đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất của CTT, thường gặp ở vùng thượng vị, phản ứng thành bụng có thể xuất hiện khi tổn thương tụy nặng hoặc có tổn thương khác phối hợp nhưng các dấu hiệu thường không đặc hiệu³. Với bệnh nhân chấn thương bụng kín kèm đau bụng và chảy máu trong ổ bụng, cần nghĩ đến CTT để chỉ định các phương tiện chẩn đoán phù hợp.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Tỷ lệ thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Thái Nguyên Hưng (10%)⁵. Trong số 73 bệnh nhân, 20,5% có hematocrit <30%, 12,3% có hemoglobin từ 8-10 g/dL, và 4,1% có hemoglobin <8 g/dL. Debi và cộng sự nhận định rằng xét nghiệm hồng cầu, hematocrit và hemoglobin ít giá trị trong chẩn đoán chấn thương bụng do hiện tượng cô đặc máu ở giai đoạn sớm³. Tuy nhiên, các xét nghiệm này vẫn quan trọng để đánh giá mức độ mất máu và quyết định chỉ định truyền dịch hoặc truyền máu trong các trường hợp cần thiết. Trong nghiên cứu của Al-Thani có 71,8% bệnh nhân CTT cần truyền máu, cho thấy tình trạng mất máu có thể đáng kể trong các ca CTT nặng⁶.

Amylase tăng trên mức bình thường ở 34/73 bệnh nhân (46,6%), nhưng không phải trường hợp nào cũng được xét nghiệm trước mổ. Al-Thani nhận thấy 40% bệnh nhân CTT có amylase bình thường khi nhập viện, đặc biệt trong 3-6 giờ đầu sau chấn thương, làm giảm giá trị sàng lọc CTT⁶. Lipase có độ đặc hiệu cao hơn amylase và hữu ích hơn trong sàng lọc.

4.4. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh. CT được coi là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá CTT, với độ nhạy khoảng 80%². Marco Moschetta ghi nhận 136 bệnh nhân có dấu hiệu CTT trên CT, trong đó 6/8 ca phẫu thuật được chẩn đoán chính xác tổn thương ống tụy². Dịch giữa tĩnh mạch lách và tụy trên CT có độ chính xác chẩn đoán đến 90%². Trong nghiên cứu của chúng tôi, 54,8% bệnh nhân có CTT độ I-II, trong khi 45,2% có tổn thương độ III-V.

CT giúp phân loại tổn thương tụy và xác định hướng xử trí. Tuy nhiên, CT có độ chính xác thấp (43%) trong phát hiện tổn thương ống tụy lớn, đặc biệt trong 12 giờ đầu². Vì vậy, cần chụp lại CT sau 24-48 giờ nếu nghi ngờ tổn thương tụy. Nếu cần đánh giá tổn thương ống tụy, MRCP có độ chính xác 100% và là tiêu chuẩn vàng². Trong một số trường hợp, ERCP có thể vừa chẩn đoán vừa can thiệp bằng đặt stent thay vì phẫu thuật.

CTT thường đi kèm đa chấn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 79,5% bệnh nhân có tổn thương phối hợp, trong đó chấn thương tạng

đặc (57,5%) và vỡ tạng rỗng (6,8%) là phổ biến nhất. RDR Somasekar báo cáo rằng CTT thường kèm theo tổn thương gan (42%) và dạ dày (40%)⁷. Theo Suman B. Koganti, mức độ tổn thương phổi hợp ảnh hưởng lớn đến khả năng thành công của điều trị bảo tồn⁸.

V. KẾT LUẬN

CTT khá hiếm gặp nhưng có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Nghiên cứu cho thấy CTT chủ yếu gặp ở nam giới trẻ, thường do tai nạn giao thông, với triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, dễ bị che lấp bởi các tổn thương phổi hợp. Xét nghiệm sinh hóa như amylase huyết thanh có giá trị hạn chế trong chẩn đoán, trong khi chụp CT đóng vai trò quan trọng trong đánh giá mức độ tổn thương và định hướng điều trị. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc nâng cao nhận thức lâm sàng và ứng dụng sớm các phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại để cải thiện hiệu quả điều trị CTT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pavlidis ET, Psarras K, Symeonidis NG, Geropoulos G, Pavlidis TE. Indications for the surgical management of pancreatic trauma: An update. *World J Gastrointest Surg.* 2022;14(6):

- 538-543. doi:10.4240/wjgs.v14.i6.538
2. Moschetta M, Telegrafo M, Malagnino V, et al. Pancreatic trauma: The role of computed tomography for guiding therapeutic approach. *World J Radiol.* 2015;7(11):415-420. doi:10.4329/wjr.v7.i11.415
3. Debi U, Kaur R, Prasad KK, Sinha SK, Sinha A, Singh K. Pancreatic trauma: A concise review. *World J Gastroenterol.* 2013;19(47):9003-9011. doi:10.3748/wjg.v19.i47.9003
4. Odedra D, Mellnick VM, Patlas MN. Imaging of Blunt Pancreatic Trauma: A Systematic Review. *Can Assoc Radiol J.* 2020;71(3):344-351. doi:10.1177/0846537119888383
5. Hưng TN. Đánh giá kết quả điều trị nội khoa chấn thương đười tụy. *VMJ.* 2022;521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4033
6. Al-Thani H, Ramzee AF, Al-Hassani A, Strandvik G, El-Menyar A. Traumatic Pancreatic Injury Presentation, Management, and Outcome: An Observational Retrospective Study From a Level 1 Trauma Center. *Front Surg.* 2022;8:771121. doi:10.3389/fsurg.2021.771121
7. Somasekar RDR, Krishna PS, Kesavan B, et al. A Pragmatic Approach to Pancreatic Trauma: A Single-Center Experience From a Tertiary Care Center. *Cureus.* 2022;14(5). doi:10.7759/cureus.24793
8. Koganti SB, Kongara R, Boddepalli S, et al. Predictors of successful non-operative management of grade III & IV blunt pancreatic trauma. *Annals of Medicine & Surgery.* 2016;10:103-109. doi:10.1016/j.amsu.2016.08.003

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG MÓNG TRONG BỆNH VẢY NẾN BẰNG TIÊM TẠI CHỖ TRIAMCINOLONE ACETONIDE

Phạm Thị Minh Phương¹, Nguyễn Ngọc Thiện², Trần Thị Huyền^{1,2}

TÓM TẮT

Tổn thương móng trong bệnh vảy nến khá phổ biến, gặp trong 50-80% các trường hợp, gây mất thẩm mỹ, đau và hạn chế vận động. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả tiêm tại chỗ triamcinolone acetonide trên bệnh nhân vảy nến có tổn thương móng. Đây là nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không có nhóm chứng, được tiến hành trên 11 bệnh nhân với tổng số móng tổn thương là 79, được tiêm triamcinolone acetonide 10mg/ml tại 4 vị trí quanh móng, mỗi vị trí từ 0,02-0,1ml; tiêm nhắc lại sau lần điều trị đầu tiên 2 tháng. Kết quả cho thấy số móng bị rỗ và số móng dày sừng dưới móng tại tháng thứ 2 và tháng thứ 4 thấp hơn so với trước điều trị với $p < 0,05$. Số lượng các móng có rãnh ngang, móng xù xì, vạch trắng móng, dấu hiệu giọt dầu, tách móng và

xuất huyết Splinter không có sự khác biệt so với trước điều trị. Điểm NAPSI (đánh giá mức độ thương tổn móng) trước điều trị là $32,4 \pm 14,0$; sau 2 tháng giảm còn $27,3 \pm 9,0$; sau 4 tháng giảm còn $25,8 \pm 7,2$ ($p < 0,001$); điểm N-NAİL trước điều trị là $55,6 \pm 27,8$; sau 2 tháng giảm còn $47,3 \pm 20,6$; sau 4 tháng giảm còn $42,0 \pm 16,5$ ($p < 0,001$). Các dụng cụ bao gồm teo da và giãn mạch (đều gặp ở 2 bệnh nhân, chiếm 18,2%). Có 1/3 bệnh nhân nữ (33,3%) có rối loạn kinh nguyệt. **Từ khóa:** Tổn thương móng trong vảy nến, tiêm triamcinolone acetonide tại chỗ, NAPSI, N-NAİL

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF INTRALESIONAL TRIAMCINOLONE ACETONIDE IN THE TREATMENT OF PSORIATIC NAIL LESIONS

Nail lesions in psoriasis are quite common, occurring in 50-80% of cases, causing loss of aesthetics, pain and limited mobility. This study was conducted to evaluate the effectiveness of intralesional triamcinolone acetonide in psoriatic nail lesions. This was a clinical intervention study, without a control group, conducted on 11 patients with a total of 79 damaged nails, injected with 10mg/ml

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền

Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025