

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yoon J., Kim Y., Kym D. et al. (2017) Subgroup analysis of continuous renal replacement therapy in severely burned patients. PloS one, 12 (11),
2. Greenhalgh D.G., Hill D.M., Burmeister D.M. et al. (2023) Surviving sepsis after burn campaign. Burns, 49 (7), 1487-1524.
3. Palmieri T.L., Caruso D.M., Foster K.N. et al. (2006) Effect of blood transfusion on outcome after major burn injury: a multicenter study. Critical care medicine, 34 (6), 1602-1607.
4. Kaserer A., Rössler J., Slankamenac K. et al. (2020) Impact of allogeneic blood transfusions on clinical outcomes in severely burned patients. Burns, 46 (5), 1083-1090.
5. Palmieri T.L., Holmes IV J.H., Arnoldo B. et al. (2017) Transfusion requirement in burn care evaluation (TRIBE): a multicenter randomized prospective trial of blood transfusion in major burn injury. Annals of surgery, 266 (4), 595-602.
6. Xu Y., Jin X., Shao X. et al. (2018) Valuable prognostic indicators for severe burn sepsis with inhalation lesion: age, platelet count, and procalcitonin. Burns & Trauma, 6,
7. Qiu L., Chen C., Li S.-J. et al. (2017) Prognostic values of red blood cell distribution width, platelet count, and red cell distribution width-to-platelet ratio for severe burn injury. Scientific Reports, 7 (1), 1-7.
8. Bhuyan G., Pathak C., Ranga S. (2020) the value of neutrophil to lymphocyte ratio, platelet count and red cell distribution width to platelet ratio as prognostic markers in burn patients. Int J Med Lab Res, 5 (3), 19-23.
9. Lin J.-C., Wu G.-H., Zheng J.-J. et al. (2022) Prognostic values of platelet distribution width and platelet distribution width-to-platelet ratio in severe burns. Shock (Augusta, Ga.), 57 (4), 494.
10. Sayed S.Z., Mahmoud M.M., Moness H.M. et al. (2020) Admission platelet count and indices as predictors of outcome in children with severe Sepsis: a prospective hospital-based study. BMC pediatrics, 20 (1), 1-9.

PHÂN LOẠI CHẤN THƯƠNG TUYỆT THEO AAST 2018 VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG TUYỆT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2017 - 2022

Quách Văn Kiên^{1,2}, Nguyễn Thái Bình^{1,3}, Đỗ Trung Kiên⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chấn thương tụy (CTT) là một tổn thương hiếm gặp, chiếm khoảng 0,2% trong tổng số ca chấn thương và 3% trong chấn thương bụng, chủ yếu do tai nạn giao thông. Nghiên cứu (NC) này nhằm đánh giá kết quả điều trị CTT theo phân loại Hiệp hội chấn thương Mỹ (2018). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** NC mô tả hồi cứu trên 73 bệnh nhân (BN) CTT được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2017 đến 2022. **Kết quả:** tuổi trung bình $34,7 \pm 15$, tỷ lệ nam/nữ là 5,6/1. Theo phân độ AAST 2018, CTT độ I-II chủ yếu được điều trị nội khoa (77,5%), trong khi độ III-V có xu hướng phẫu thuật (PT) (72,7%). Tỷ lệ tổn thương phối hợp cao (79,5%), đặc biệt là gan, lách, thận (57,5%). Điều trị nội khoa (54,8%) chủ yếu bằng giảm tiết dịch tụy (67,5%), trong khi điều trị ngoại khoa (45,2%) phổ biến nhất là cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách (36,4%). Biến chứng sau mổ chiếm 45,9%, gồm rò tụy (16,2%) và tụ dịch ổ bụng (18,9%). Thời gian nằm viện trung bình $16,9 \pm 13$ ngày. Tỷ lệ tử vong 2,74%, liên quan đến chấn

thương đa cơ quan và biến chứng hậu phẫu. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn phù hợp với CTT mức độ nhẹ, trong khi PT cần thiết với tổn thương nặng. Rò tụy và tụ dịch ổ bụng là biến chứng chính sau PT. Việc tối ưu hóa chiến lược điều trị giúp cải thiện tiên lượng và giảm biến chứng. **Từ khóa:** chấn thương tụy, điều trị bảo tồn, phẫu thuật

SUMMARY

PANCREATIC TRAUMA CLASSIFICATION ACCORDING TO AAST 2018 AND TREATMENT OUTCOMES OF PANCREATIC TRAUMA PATIENTS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL (2017–2022)

Objective: Pancreatic trauma (PT) is a rare injury, accounting for approximately 0.2% of all trauma cases and 3% of abdominal trauma, primarily caused by traffic accidents. This study aims to evaluate PT treatment outcomes based on the American Association for the Surgery of Trauma (AAST) classification (2018). **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 73 PT patients treated at Viet Duc University Hospital from 2017 to 2022. **Results:** The mean age was 34.7 ± 15 years, with a male-to-female ratio of 5.6:1. According to the AAST 2018 classification, PT grades I-II were mainly managed conservatively (77.5%), while grades III-V tended to require surgical intervention (72.7%). The rate of associated injuries was high (79.5%), particularly liver, spleen, and kidney injuries (57.5%). Non-surgical treatment (54.8%) primarily involved pancreatic

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

secretion reduction (67.5%), whereas surgical treatment (45.2%) most commonly included distal pancreatectomy with splenectomy (36.4%). Postoperative complications occurred in 45.9%, including pancreatic fistula (16.2%) and intra-abdominal fluid collection (18.9%). The average hospital stay was 16.9 ± 13 days. The mortality rate was 2.74%, mainly due to polytrauma and postoperative complications.

Conclusion: Conservative management is appropriate for mild PT cases, whereas surgery is necessary for severe injuries. Pancreatic fistula and intra-abdominal fluid collection are the most common postoperative complications. Optimizing treatment strategies can improve prognosis and reduce complications.

Keywords: Pancreatic trauma, conservative management, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tụy (CTT) chiếm khoảng 0,2% trong tất cả các trường hợp chấn thương và 3% trong tất cả các trường hợp chấn thương bụng¹. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông đường bộ gây ra²⁻⁴. Một NC Nhật Bản từ năm 2004 đến năm 2017 trên 743 BN CTT chỉ ra rằng 337 (45,4%) bị chấn thương độ I, 66 (8,9%) độ II, 178 (24,0%) độ III, 62 (8,3%) độ IV và 100 (13,5%) độ V theo phân độ của Hiệp hội phẫu thuật chấn thương Mỹ (AAST) năm 2018. Ngoài ra, 52,5% đồng thời có liên quan đến chấn thương nghiêm trọng khác (gan 15,7% và mạch 15,5%). 305 BN (41%) được quản lý không PT, 70 BN (9,4%) được cắt bỏ một phần tuyến tụy và 31 BN (4,1%) được PT kiểm soát tổn thương. Tỷ lệ tử vong chung là 17.5% và các biến số liên quan đến nguy cơ tử vong cao hơn là: phân độ theo AAST cao hơn, tuổi cao hơn và các tổn thương phối hợp⁵.

Trong những thập niên gần đây, với sự phát triển mạnh mẽ của các phương tiện thăm dò hiện đại như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đã giúp chẩn đoán và đánh giá được mức độ CTT sớm. Điều đó cũng giúp PT viên đưa ra những quyết định xử trí đúng đắn là điều trị bảo tồn hay PT nhằm làm giảm tỷ lệ biến chứng và

tử vong.

Vậy điều trị bảo tồn và PT có vai trò thế nào trong CTT trong thực tiễn? Ở Việt Nam các NC về điều trị CTT chủ yếu được thực hiện trước năm 2010 do vậy chúng tôi tiến hành NC đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân chấn thương tụy theo phân loại AAST 2018 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. BN được chẩn đoán 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 NC.

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

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế NC: NC 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 BN NC từ sổ ra vào viện tại các khoa phòng. 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.

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 CLVT²

Độ	Loại tổn thương	Mô tả tổn thương	
I	Đụng giập Rách	Đụng giập nhẹ không tổn thương ống tụy Rách bề mặt không tổn thương ống tụy	
II	Đụng giập Rách	Đụng giập 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	
V	Đụng 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

2.3. Xử lý số liệu: Tất cả các BN 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 BN CTT được điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ T1/2017- T12/ 2022.

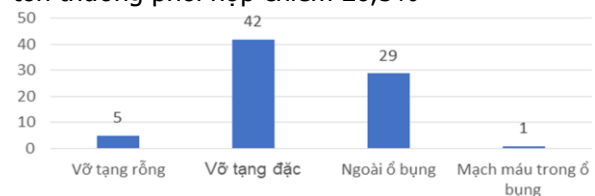
3.1. Đặc điểm chung của BN. Tuổi trung bình của cả nhóm là $34,7 \pm 15$ trong đó tuổi thấp nhất là 16, tuổi cao nhất là 80. CTT gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 20-30 tuổi chiếm 30%, nhóm > 60 tuổi chỉ có 5 BN chiếm 7,1%. Tỷ lệ BN Nam/Nữ là 5,6/1

Bảng 3.1: Phân độ theo AAST và phương pháp điều trị CTT

Phân độ CT tụy	N	%	Điều trị nội khoa	Điều trị ngoại
----------------	---	---	-------------------	----------------

theo AAST						khoa
I	20	27,4	16	40%	4	10,5%
II	20	27,4	15	37,5%	5	15,2%
III	25	34,2	6	15,0%	19	57,6%
IV	6	8,2	3	7,5%	3	9,1%
V	2	2,7	0	0%	2	6,1%
Tổng	73	100	40	100%	33	100%

Nhận xét: Nhóm điều trị nội khoa tập trung nhiều nhất ở nhóm CTT độ I,II lần lượt là 40% và 37,5%. Nhóm điều trị ngoại khoa CTT độ III gặp nhiều nhất 19 BN chiếm 57,6%. Có 3 BN độ IV điều trị nội khoa, chỉ có 2 BN độ V đều được chỉ định PT. Trong 73 BN có 58 BN có tổn thương phối hợp chiếm 79,5%; 15 BN không có tổn thương phối hợp chiếm 20,5%



Biểu đồ 3.1. Tổn thương phối hợp trên CLVT

Nhận xét: BN có tổn thương kèm theo là vỡ tạng đặc (gan, lách, thận, tuyến thượng thận) chiếm đa số với 42 (57,5%). Các tổn thương kèm theo ngoài ổ bụng (sọ não, lồng ngực, cột sống, chi thể, khung chậu...) là 29 (39,7%) BN. BN có vỡ tạng rỗng kèm theo có 5 (6,8%) BN.

3.2. Điều trị nội khoa (n=40). Trong 73 BN CTT có 40 BN được chỉ định điều trị nội khoa.

Bảng 3.2. Tổng quan phân độ, tình trạng nhập viện và đặc điểm lâm sàng của nhóm BN điều trị nội khoa (n=40)

Phân độ	Thời gian diễn biến			Tình trạng lúc vào viện		Đặc điểm lâm sàng	
	<6h	6-12h	>12h	Huyết động ổn định	Huyết động không ổn định	Hội chứng chảy máu trong ổ bụng	Đau bụng đơn thuần
I	3	4	9	14	2	3	13
II	2	6	7	13	2	1	14
III	1	1	4	5	1	3	3
IV	1	0	2	3	0	0	3
Tổng	7	11	22	35	5	7	33
	17,5%	27,5%	55%	87,5%	12,5%	17,5%	82,5%

Nhận xét: Thời gian nhập viện sớm <6h có 7 (17,5%) BN, 6-12h có 11 (27,5%) BN, >12h có 22 BN chiếm 55%. BN đến viện có huyết động ổn định là 35 (87,5%), huyết động không ổn định chỉ có 5 (12,5%). Số BN có tình trạng chảy máu trong ổ bụng là 7 (17,5%), số đau bụng đơn

thuần chiếm đa số 33 BN chiếm 82,5%.

Bảng 3.3. Các phương pháp điều trị nội khoa CTT

Phương pháp	N	%
Kháng sinh, truyền dịch, giảm đau	11	27,5
Giảm tiết dịch tụy	27	67,5

Nút mạch cầm máu	1	2,5
Tổng	40	100

Nhận xét: Đa số các BN được điều trị giảm

tiết dịch tụy 27 BN chiếm 67,5%. Chỉ có 1 BN cần phải nút mạch cầm máu chiếm 2,5%.

3.3. Điều trị ngoại khoa

Bảng 3.4. Phân độ tụy và phương pháp phẫu thuật (n=33)

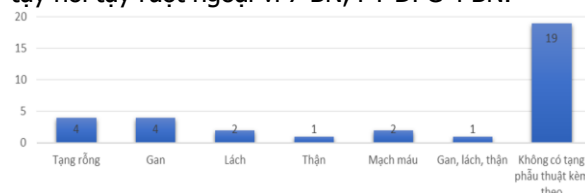
Phân độ CT tụy	Phương pháp phẫu thuật (n= 33)					Tổng
	Khâu cầm máu	Cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách	Cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách	Cắt tụy trung tâm, đóng đầu trung tâm nối tụy ruột ngoại vi	DPC	
I	4 (50%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (12%)
II	4 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (25%)	5 (15,2%)
III	0 (0,0%)	2 (100%)	12 (100%)	5 (71,4%)	0 (0,0%)	19 (57,6%)
IV	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)	1 (25,0%)	3 (9,1%)
V	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (50,0%)	2 (6,1%)
Tổng	8 (100%)	2 (100%)	12 (100%)	7 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Nhận xét: Có 3 BN độ I được PT đều khâu cầm máu. Độ II có 4 BN khâu cầm máu, 1 BN PT DPC. Độ III có 2 BN mổ cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách, 12 BN cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách, 5 BN cắt tụy trung tâm đóng đầu tụy nối tụy ruột ngoại vi. Độ IV có 2 BN mổ cắt tụy trung tâm đóng đầu tụy nối tụy ruột ngoại vi, 1 BN PT DPC. Độ V có 2 BN đều PT DPC.

BN PT với chẩn đoán độ I là 4 (12%) BN, độ II là 5 (15,2%) BN, độ III là 19 (57,6%), độ IV 3 (9,1%), độ V 2 (6,1%).

Các phương pháp PT: Khâu cầm máu 8 BN, cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách 2 BN, cắt thân đuôi tụy

kèm cắt lách 12 BN, cắt tụy trung tâm đóng đầu tụy nối tụy ruột ngoại vi 7 BN, PT DPC 4 BN.



Biểu đồ 3.2. Tạng phẫu thuật kèm theo phẫu thuật chấn thương tụy

Nhận xét: BN có tạng PT kèm theo là 14 (42,4%). BN chỉ PT tụy là 19 (57,6%).

Bảng 3.4. Biến chứng các phương pháp phẫu thuật

PP phẫu thuật Loại biến chứng	DPC	Cắt tụy trung tâm	Cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách	Cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách	Khâu cầm máu	Tổng	%
Rò tụy	2	2	0	2	0	6	16,2
Rò tiêu hóa	1	0	0	1	0	2	5,4
Áp xe tồn dư	0	1	0	0	0	1	2,7
Chảy máu	0	0	1	0	0	1	2,7
Tụ dịch ổ bụng	2	2	1	2	0	7	18,9
Tổng	5	5	2	5	0	17	45,9
%	13,5	13,5	5,4	13,5	0,0	45,9	

Nhận xét: Biến chứng sau mổ gồm rò tụy ở 6 BN, rò tiêu hóa 2 BN, áp xe tồn dư 1 BN, chảy máu 1 BN, tụ dịch ổ bụng 7 BN. PT DPC, cắt tụy trung tâm, và cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách đều có 5 trường hợp xuất hiện biến chứng, khâu cầm máu không có trường hợp biến chứng nào xảy ra.

Bảng 3.5. Các phương pháp điều trị biến chứng

Xử trí	n	%
Dẫn lưu ổ dịch qua da	1	14,3
Điều trị bảo tồn hút liên tục do rò tụy, rò tiêu hóa	4	57,1
Phẫu thuật lại	2	28,6
Tổng	7	100

Nhận xét: Có 1 trường hợp dẫn lưu ổ dịch ra da, 4 trường hợp điều trị bảo tồn hút liên tục

do rò tụy, rò tiêu hóa chiếm 57,1%, 2 trường hợp PT lại chiếm 28,6%.

3.4. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình của cả nhóm là $16,9 \pm 13$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 79 ngày.

Thời gian nằm viện trung bình của nhóm điều trị nội khoa là $14,2 \pm 8,5$, nhóm điều trị ngoại khoa là $20 \pm 16,3$

3.5. Tỷ lệ tử vong CTT. Có 2 BN tử vong chiếm 2,74% trong đó 1 BN điều trị nội khoa, 1 BN PT cắt khối tá tụy. Trong 2 BN tử vong có 1 BN do nguyên nhân tại tụy sau mổ DPC rò tụy phải mổ lại, 1 BN tử vong do đa chấn thương tổn thương nhiều cơ quan trong đó có CTT độ III.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tổng quan về CTT trong NC. CTT là

một tổn thương hiểm gặp nhưng có tỷ lệ biến chứng cao do vị trí giải phẫu sâu và gần các cấu trúc quan trọng trong ổ bụng. Trong NC này, có 73 BN CTT, với tuổi trung bình là $34,7 \pm 15$, trong đó nhóm tuổi 20-30 chiếm tỷ lệ cao nhất (30%), phù hợp với xu hướng chấn thương do tai nạn giao thông và tai nạn lao động^{2,4}. Nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ Nam/Nữ là 5,6/1, tương đồng với báo cáo trong và ngoài nước về tỷ lệ nam giới bị chấn thương cao hơn do thường xuyên tham gia vào các hoạt động nguy cơ^{2,4,5}. Tổn thương tụy đơn thuần chiếm 20,5%, trong khi tổn thương phối hợp với các cơ quan khác lên tới 79,5%, đặc biệt là các tạng đặc như gan, lách, thận, điều này làm tăng mức độ phức tạp trong xử trí và nguy cơ biến chứng. So với các NC quốc tế^{2,5}, tỷ lệ tổn thương tụy kèm tổn thương phối hợp trong NC này cao hơn, có thể do đặc điểm tổn thương năng lượng cao thường gặp trong tai nạn giao thông ở Việt Nam.

4.2. Phân độ tổn thương tụy và phương pháp điều trị. Trong NC này, nhóm BN CTT độ I và II chủ yếu được điều trị nội khoa với tỷ lệ lần lượt là 40% và 37,5%, trong khi các trường hợp độ III trở lên có xu hướng được can thiệp ngoại khoa cao hơn, đặc biệt là độ III với 57,6% BN PT, điều này tương đồng với NC của Keita Shibahashi⁵. Các phương pháp PT chủ yếu bao gồm cắt thân đuôi tụy kèm hoặc không kèm cắt lách, cắt tụy trung tâm và PT DPC. Đáng chú ý, nhóm BN chấn thương độ IV và V chiếm tỷ lệ thấp nhưng đều cần can thiệp PT, phản ánh mức độ nghiêm trọng của tổn thương tụy khi liên quan đến đầu tụy hoặc tổn thương mạch máu lớn. Các NC gần đây cũng đề cập xu hướng điều trị bảo tồn trong các trường hợp tổn thương tụy nhẹ đến trung bình, cho thấy vai trò ngày càng quan trọng của điều trị nội khoa trong kiểm soát CTT mức độ thấp^{2,5}.

4.3. Tổn thương phối hợp và ảnh hưởng đến tiên lượng. Tổn thương phối hợp trong CTT chiếm tỷ lệ cao, trong đó tổn thương tạng đặc như gan, lách, thận và tuyến thượng thận chiếm 57,5%, trong khi tổn thương ngoài ổ bụng gặp ở 39,7% BN. Sự hiện diện của tổn thương phối hợp làm tăng mức độ phức tạp trong điều trị, kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng nguy cơ biến chứng hậu phẫu, đặc biệt là rò tụy và nhiễm trùng. Theo NC của Coccolini³, tỷ lệ rò tụy cao hơn ở những BN có chấn thương đa cơ quan do sự can thiệp PT phức tạp và tình trạng viêm tại chỗ kéo dài. Tổn thương tạng rỗng tụy ít gặp (6,8%) nhưng có nguy cơ gây viêm phúc mạc, đòi hỏi can thiệp ngoại khoa sớm để hạn chế biến chứng nặng nề. So với NC quốc tế, tỷ lệ tổn

thương phối hợp trong NC này tương đồng, cho thấy đặc điểm lâm sàng của CTT vẫn nhất quán với báo cáo trên thế giới.

4.4. Kết quả điều trị và biến chứng.

Trong NC này, nhóm điều trị nội khoa chiếm 54,8% với 67,5% BN được điều trị giảm tiết dịch tụy và chỉ 2,5% cần can thiệp nút mạch cầm máu. Trong khi đó, nhóm điều trị ngoại khoa chiếm 45,2%, trong đó phương pháp cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách được áp dụng nhiều nhất (36,4%), tiếp theo là cắt tụy trung tâm (21,2%) và DPC (12,1%). Tỷ lệ biến chứng sau PT là 45,9%, phổ biến nhất là rò tụy (16,2%) và tụy dịch ổ bụng (18,9%), gần tương đồng với các NC quốc tế^{2,3,6}. PT DPC và cắt tụy trung tâm có tỷ lệ biến chứng cao hơn so với các phương pháp khác. Cần có thêm các NC tiếp theo để đánh giá ảnh hưởng lâu dài của từng phương pháp điều trị.

4.5. Thời gian nằm viện và tử vong. Thời gian nằm viện trung bình của BN CTT trong NC là $16,9 \pm 13$ ngày, trong đó nhóm điều trị nội khoa có thời gian trung bình $14,2 \pm 8,5$ ngày, thấp hơn so với nhóm điều trị ngoại khoa ($20 \pm 16,3$ ngày). Tỷ lệ tử vong trong NC là 2,74%, thấp hơn so với tỷ lệ tử vong chung trong các NC quốc tế dao động từ 6-33%^{1,2,5-7} có thể do tỷ lệ BN được phát hiện và xử trí sớm, cùng với việc áp dụng các phương pháp điều trị thích hợp. Trong hai ca tử vong, một BN có tổn thương tụy độ III kèm đa chấn thương nặng, phản ánh sự quan trọng của tìm các tổn thương phối hợp trong tiền lượng BN^{4,6}. Một BN tử vong sau PT DPC do biến chứng rò tụy, cho thấy đây vẫn là một thách thức lớn trong điều trị PT CTT.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương tụy mặc dù hiếm gặp, nhưng có tiên lượng phức tạp. Theo phân loại AAST 2018, tổn thương độ I-II chủ yếu được điều trị bảo tồn với kết quả khả quan, trong khi độ III-V thường cần can thiệp PT với tỷ lệ tử vong khá thấp. Rò tụy và tụy dịch ổ bụng là biến chứng phổ biến sau PT, ảnh hưởng đến thời gian hồi phục. NC này cung cấp dữ liệu thực tiễn, nhằm tối ưu hóa chiến lược điều trị CTT nhằm giảm biến chứng và cải thiện tiên lượng BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wiik Larsen J, Søreide K. The worldwide variation in epidemiology of pancreatic injuries. *Injury*. 2019;50(11): 1787-1789. doi:10.1016/j.injury.2019.08.010
2. Gaspar BS, Ionescu RF, Bejenaru IM, et al. The Management of Pancreatic Trauma - A Continuous Challenge. *Chirurgia (Bucur)*. 2021; 116(6 Suppl):S43-S53.
3. Coccolini F, Kobayashi L, Kluger Y, et al.

- Duodeno-pancreatic and extrahepatic biliary tree trauma: WSES-AAST guidelines. World J Emerg Surg. 2019;14:56. doi:10.1186/s13017-019-0278-6
4. **Hưng TN.** Đánh giá kết quả điều trị nội khoa chấn thương đuôi tụy. Tạp chí Y học Việt Nam. VMJ. 2022;521(2). doi:10.51298/vmj.v521i2.4033
 5. **Shibahashi K, Sugiyama K, Kuwahara Y, Ishida T, Okura Y, Hamabe Y.** Epidemiological state, predictive model for mortality, and optimal management strategy for pancreatic injury: A multicentre nationwide cohort study. Injury. 2020; 51(1): 59-65. doi:10.1016/j.injury.2019. 08.009
 6. **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
 7. **Asensio JA, Petrone P, Roldán G, Kuncir E, Demetriades D.** Pancreaticoduodenectomy: a rare procedure for the management of complex pancreaticoduodenal injuries. J Am Coll Surg. 2003;197(6): 937-942. doi:10.1016/j.jamcollsurg. 2003.07.019

THỰC TRẠNG KHẢ NĂNG TỰ CHĂM SÓC Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP II TẠI CỘNG ĐỒNG TỈNH NAM ĐỊNH

Ngô Huy Hoàng¹, Mai Thị Lan Anh¹, Lê Thị Huyền Trinh¹,
Nguyễn Thị Huệ¹, Trần Thị Vân Anh², Nguyễn Thị Thảo¹,
Nguyễn Văn Đình¹, Nguyễn Thị Thanh Hương¹, Vũ Thị Minh Phượng¹,
Dương Thị Thanh Huyền³, Trần Thị Cẩm Nhung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại tỉnh Nam Định năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 891 người bệnh đái tháo đường típ 2 tại các xã, thị trấn và thành phố thuộc tỉnh Nam Định sử dụng bộ câu hỏi tự báo cáo Diabetes Self – Care Activities của Deborah trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Mức độ tuân thủ các hoạt động tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường típ 2 ở mức độ trung bình ($3,15 \pm 1,43$). Các lĩnh vực tự chăm sóc về chế độ ăn, tập thể dục, chăm sóc bàn chân và dùng thuốc đều ở tuân thủ ở mức trung bình. Hoạt động kiểm tra đường máu tại nhà có điểm trung bình thấp nhất ($1,33 \pm 2,06$). **Kết luận:** Khả năng tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại cộng đồng tỉnh Nam Định còn thấp. Cần tăng cường công tác giáo dục và tư vấn cho người bệnh về tầm quan trọng của việc thực hiện đầy đủ các hành vi tự chăm sóc, đặc biệt là việc tập thể dục, tự kiểm tra đường huyết và chăm sóc bàn chân. **Từ khóa:** Tự chăm sóc, người bệnh, đái tháo đường típ 2.

SUMMARY

SELF-CARE ACTIVITIES OF TYPE II DIABETES PATIENTS IN THE COMMUNITY OF NAM DINH PROVINCE

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Đa liễu tỉnh Nam Định

³Sở Y tế tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Huy Hoàng

Email: ngohoang64@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 20.6.2025

Objective: To describe the self-care status of type 2 diabetes patients in Nam Dinh province in 2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 891 type 2 diabetes patients in communes, towns and cities of Nam Dinh province using self-administered questionnaire of Deborah's Diabetes Self-Care Activities from May to June 2024. **Results:** The level of compliance with self-care activities of type 2 diabetes patients was at average level (3.15 ± 1.43). The areas of diet, exercise, foot care and medication adherence were all at average level. Home blood sugar testing was at the lowest average score (1.33 ± 2.06). **Conclusion:** The self-care status of type 2 diabetes patients in the Nam Dinh community is still low. It is necessary to strengthen education and counseling for patients on the importance of fully implementing self-care behaviors, especially exercise, self-testing of blood sugar and foot care.

Keywords: Self-care, patients, type 2 diabetes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh phổ biến và có xu hướng gia tăng trên toàn cầu, gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng nếu không được kiểm soát tốt. Khoảng 451 triệu người mắc bệnh đái tháo đường trên toàn thế giới năm 2017, dự kiến sẽ tăng lên 693 triệu người vào năm 2045, ước tính khoảng 49,7% người mắc ĐTĐ không được chẩn đoán. Ở Việt Nam, tỉ lệ mắc bệnh đang tăng mạnh trong cộng đồng, đặc biệt ở nhóm người trên 45 tuổi và có tiền sử gia đình mắc bệnh. Các biến chứng của ĐTĐ típ 2 rất nghiêm trọng, bao gồm tổn thương thận, bệnh tim mạch, đột quỵ, mù lòa, và loét chân, thậm chí có thể dẫn đến tử vong nếu không được kiểm soát kịp thời và hiệu quả [1].