

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy đặc điểm hình thái học giải phẫu của cột sống cổ cao (C1–C2) ở người Việt Nam trưởng thành tương đồng với các quần thể châu Á, nhưng khác biệt đáng kể so với các quần thể châu Âu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính, với các kích thước lớn hơn ở nam và bất đối xứng hai bên (chiều rộng, chiều dài cung sau C1, chiều rộng, chiều cao khối bên đốt sống C1, chiều dài, chiều rộng và góc cuống C2, chiều rộng và góc mảnh cung C2). Kết quả nghiên cứu cung cấp dữ liệu giải phẫu chi tiết giúp tối ưu hóa lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật, nâng cao độ an toàn và hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Okereke I, Mmerem K, Balasubramanian D. The Management of Cervical Spine Injuries - A Literature Review. *Orthop Res Rev.* 2021;13:151-162. doi:10.2147/ORR.S324622
2. Cheung JPY, Luk KDK. Complications of Anterior and Posterior Cervical Spine Surgery. *Asian Spine J.* 2016;10(2):385-400. doi:10.4184/asj.2016.10.2.385
3. Gebauer M, Barvencik F, Briem D, et al. Evaluation of anatomic landmarks and safe zones for screw placement in the atlas via the posterior arch. *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* 2010;19(1):85-90. doi:10.1007/s00586-009-1181-8
4. Chan AKH, Yusof MI, Abdullah MS. Computed Tomographic Morphometric Analysis of C1 and C2 for Lamina Cross Screw Placement in Malay Ethnicity. *Asian Spine J.* 2021;15(1):1-8. doi:10.31616/asj.2019.0242
5. Yuwakosol P, Oearsakul T, Tunthanathip T. Morphometry of the C2 Pedicle and Lamina in Thai Patients. *Asian J Neurosurg.* 2020;15(1):39-44. doi:10.4103/ajns.AJNS_312_19
6. Ma XY, Yin QS, Wu ZH, Xia H, Liu JF, Zhong SZ. Anatomic considerations for the pedicle screw placement in the first cervical vertebra. *Spine.* 2005;30(13): 1519-1523. doi:10.1097/01.brs.0000168546.17788.49
7. Kim YJ, Rhee WT, Lee SB, You SH, Lee SY. Computerized tomographic measurements of morphometric parameters of the c2 for the feasibility of laminar screw fixation in korean population. *J Korean Neurosurg Soc.* 2008;44(1): 15-18. doi:10.3340/jkns.2008.44.1.15
8. Christensen DM, Eastlack RK, Lynch JJ, Yaszemski MJ, Currier BL. C1 anatomy and dimensions relative to lateral mass screw placement. *Spine.* 2007;32(8):844-848. doi:10.1097/01.brs.0000259833.02179.c0
9. Harms J, Melcher RP. Posterior C1-C2 fusion with polyaxial screw and rod fixation. *Spine.* 2001;26(22): 2467-2471. doi:10.1097/00007632-200111150-00014
10. Yeom JS, Buchowski JM, Kim HJ, Chang BS, Lee CK, Riew KD. Risk of vertebral artery injury: comparison between C1-C2 transarticular and C2 pedicle screws. *Spine J Off J North Am Spine Soc.* 2013; 13(7): 775-785. doi:10.1016/j.spinee.2013.04.005

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ MỐI LIÊN QUAN CỦA MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Huỳnh Thanh Long^{1,2}, Nguyễn Thị Nhã Đoan¹,
Nguyễn Mạnh Khiêm¹, Phạm Minh Hiếu², Trần Phước Toàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) và mối liên quan của một số yếu tố tiên lượng với mức độ nặng của VTC tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân chẩn đoán VTC từ 05/2021 – 05/2024 tại khoa ngoại Tổng Hợp, ngoại Tiêu Hóa, nội Tiêu Hóa. Dữ liệu về triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm, nguyên nhân, kết

quả chụp CLVT bụng, phân loại theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 và các thang điểm tiên lượng được thu thập. Tìm mối liên quan giữa các yếu tố với mức độ nặng của VTC. **Kết quả:** Tổng cộng 102 bệnh nhân, tuổi trung bình 47,42 ± 15,11; nam 67,6%, nữ 32,4%. Triệu chứng chủ yếu là đau bụng thượng vị (100%), nôn 52%, bụng chướng 18,6%. Amylase máu tăng >3 lần giới hạn trên ở 74,2% trường hợp. Nguyên nhân VTC thường gặp là do rượu (46,7%), sỏi mật 26,5%, thuốc lá 25,5%, tăng huyết áp 16,7%, thuốc 5,9% và tăng triglycerid máu (18,3%). Hình ảnh CLVT cho thấy 30,8% bệnh nhân có hoại tử tụy; tràn dịch màng phổi 11,7%. Theo phân loại Atlanta 2012, tỷ lệ VTC nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 70,8%, 20,8% và 8,4%. Nhóm VTC nặng có tỷ lệ nhịp tim ≥ 110 lần/phút (66,7% so với 10,8%), tụt huyết áp (50,0% so với 5,4%) và tràn dịch màng phổi trên CLVT (70,0% so với 18,8%) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không nặng (p < 0,01). Nồng độ

¹Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: htlong@ntt.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025

procalcitonin trung bình lúc nhập viện ở nhóm VTC nặng cao hơn nhóm nhẹ/trung bình (15,2 ng/mL so với 2,8 ng/mL, $p = 0,03$). Nhiệt độ cơ thể và CRP lúc nhập viện không khác biệt giữa hai nhóm. **Kết luận:** Đau bụng thượng vị kèm nôn là triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân VTC. Nguyên nhân chủ yếu là do lạm dụng rượu, đái tháo đường, thuốc lá, tăng huyết áp, sử dụng thuốc, tăng triglycerid máu. Chụp CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và phát hiện biến chứng (hoại tử tụy, tràn dịch...). Tỷ lệ VTC nặng chiếm khoảng 6,9%. Các yếu tố tiên lượng sớm liên quan đến VTC diễn tiến nặng gồm nhịp tim nhanh ≥ 110 lần/phút, tụt huyết áp, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS), BISAP, hematocrit. **Từ khóa:** Viêm tụy cấp, chụp cắt lớp vi tính, yếu tố tiên lượng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS AND THE RELATIONSHIP OF PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Objective: This study investigates the clinical characteristics, computed tomography (CT) imaging features, and correlations of several prognostic factors with the severity of AP at Nguyen Tri Phuong Hospital.

Methods: This retrospective cross-sectional study included patients diagnosed with AP from May 2021 to May 2024 at the General Surgery, Gastroenterology, and Internal Medicine departments. Data on clinical symptoms, laboratory tests, causes, abdominal CT results, severity classification according to the Atlanta criteria 2012, and prognostic scoring systems were collected. Statistical analysis identified correlations between factors and AP severity. **Results:** A total of 102 patients were included, with a mean age of 47.42 ± 15.11 years; 67.6% were male and 32.4% female. The main symptom was acute epigastric pain (100%), followed by vomiting (52%) and abdominal distension (18.6%). Serum amylase levels increased more than three times the upper limit in 74.2% of cases. Common causes of AP included alcohol (46.7%), diabetes (26.5%), smoking (25.5%), hypertension (16.7%), medication (5.9%), and hypertriglyceridemia (18.3%). On CT, 30.8% of patients showed pancreatic necrosis, and pleural effusion was detected in 11.7%. According to the Atlanta classification 2012, the rates of mild, moderate, and severe AP were 70.8%, 20.8%, and 8.4%, respectively. The severe AP group had higher rates of heart rate ≥ 110 beats per minute (66.7% vs. 10.8%), hypotension (50.0% vs. 5.4%), and pleural effusion on CT (70.0% vs. 18.8%) compared to the non-severe group ($p < 0.01$). The mean procalcitonin level at admission in the severe group was significantly higher than in the mild/moderate group (15.2 ng/mL vs. 2.8 ng/mL, $p = 0.03$). Body temperature and CRP levels at admission did not differ between groups. **Conclusion:** Epigastric pain with vomiting is common in AP patients. The primary causes of AP in our hospital are alcohol abuse, diabetes, smoking, hypertension, medication use, and hypertriglyceridemia. CT imaging is crucial for diagnosis and detecting complications (pancreatic

necrosis, effusions, etc.). The rate of severe AP is approximately 6.9%. Early prognostic factors associated with severe AP include tachycardia ≥ 110 beats per minute, hypotension, systemic inflammatory response syndrome (SIRS), BISAP score, and hematocrit. **Keywords:** Acute pancreatitis, computed tomography, prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là bệnh lý viêm cấp tính nhu mô tụy, thường khởi phát đột ngột với biểu hiện đau bụng và có thể kèm theo rối loạn tiêu hóa. Phần lớn bệnh nhân VTC diễn tiến ở thể nhẹ và hồi phục hoàn toàn, nhưng khoảng 20–30% có thể phát triển thành thể nặng, gây suy tạng đơn hoặc đa cơ quan và đe dọa tính mạng. Tử vong trong VTC nặng vẫn cao (khoảng 15%) mặc dù được điều trị tích cực¹. Theo phân loại Atlanta được hiệu chỉnh năm 2012, mức độ nặng của VTC được chia làm ba mức: nhẹ (không suy tạng, không biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân), trung bình (có suy tạng tạm thời < 48 giờ, biến chứng tại chỗ hoặc nặng lên của bệnh lý nền) và nặng (suy tạng kéo dài ≥ 48 giờ)². Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) quan trọng trong chẩn đoán VTC,

Tại Việt Nam, tần suất VTC gia tăng với lối sống hiện đại. Nguyên nhân chủ yếu vẫn là do lạm dụng rượu bia, thuốc lá, đái tháo đường, bên cạnh tình trạng tăng triglycerid máu. Một số nghiên cứu cho thấy rượu, tăng triglycerid máu và thuốc lá chiếm khoảng 70–80% các trường hợp VTC. VTC do tăng triglycerid thường diễn tiến nặng hơn so với do rượu; tỉ lệ VTC nặng ở nhóm nguyên nhân tăng triglycerid cao hơn (41,6% so với 9,4%)³.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân trên 16 tuổi, điều trị nội trú tại các khoa Ngoại Tổng Hợp, Ngoại Tiêu Hóa, Nội Tiêu Hóa Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Tiêu chuẩn chẩn đoán VTC dựa vào ít nhất 2 trong 3 tiêu chí: (1) đau bụng điển hình kiểu viêm tụy, (2) amylase hoặc lipase máu tăng ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường, (3) hình ảnh đặc trưng của viêm tụy cấp trên phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CLVT).

Loại trừ viêm tụy cấp do chấn thương, do u/tân sản tuyến tụy, sỏi mật, sỏi tụy...không đủ dữ liệu nhất là không có chụp CLVT ổ bụng có cản quang.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Giá trị ($\pm$ SD) / Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (năm)	47,42 $\pm$ 15,11
Nhóm tuổi ≤ 40	38,2%
Giới tính: Nam: 69 BN; Nữ 33 BN; Nam/Nữ	67,6%, 32,4%, 2,1
Tiền căn:	
- Rượu	49%
- Đái tháo đường	26,5%
- Hút thuốc	25,5%
- Tăng huyết áp	16,7%
- Sử dụng thuốc	5,9%
Triệu chứng chính:	
- Đau bụng cấp (thượng vị)	100%
- Nôn ói	52%
Dấu hiệu sinh tồn	
- Nhịp tim >100 lần/phút	40%
- Huyết áp tụt ($<90/60$ mmHg)	10%
- Sốt $>38^{\circ}\text{C}$	15%
Amylase máu TB	889,34 $\pm$ 857,15 U/l
Amylase ≥ 3 lần mức bình thường	84,2% (84 BN)
Triglycerid máu TB	370,48 $\pm$ 491,74
Triglycerid máu >1000 mg/dl	21,6% (22 BN)
Hct $>44\%$	21,6%
Bạch cầu >16 G/L	40,8%
Nguyên nhân do rượu bia	49%

Bảng 2. Mức độ nặng theo phân loại Atlanta 2012 và một số đặc điểm hình ảnh CLVT

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại mức độ (Atlanta 2012)		
VTC thể nhẹ	75	73,5
VTC thể trung bình	20	19,6
VTC thể nặng	7	6,9
Biến chứng tại chỗ trên CT		
Hoại tử tụy (bất kỳ)	37	30,8
Hoại tử $>30\%$ nhu mô tụy	13	12,7
Tụ dịch quanh tụy cấp tính	26	25,5
Tràn dịch màng phổi	12	11,8
Ap-xe hoặc nang giả tụy muộn	6	5,9
Giá trị		
Điểm CTSI trung bình	3,23 $\pm$ 2,72	–
CTSI 0–5 điểm (nhẹ)	80 (2,09 $\pm$ 1,65)	78,4
CTSI ≥ 6 điểm (nặng)	22 (7,36 $\pm$ 1,59)	21,6

Trong 102 ca, có 7 ca (6,9%) VTC nặng, 20 ca (19,6%) viêm tụy trung bình và 75 ca (73,5%) viêm tụy nhẹ (Bảng 2). Về biến chứng VTC trên hình ảnh CT: có 37 ca (30,8%) xuất hiện hoại tử tụy bất kỳ, có 13 ca hoại tử $> 30\%$

nhu mô tụy (12,7%). Số ca có tụ dịch quanh tụy cấp tính là 26 (25,5%). Tràn dịch màng phổi được phát hiện trên phim CT bụng/ngực ở 12 ca (11,8%), chủ yếu là tràn dịch lượng ít đến vừa, một bên, hai bên. Trong giai đoạn muộn, hình thành nang giả tụy hoặc ổ áp-xe tụy ghi nhận ở 6 ca (5,9%). Điểm CTSI trung bình là 3,23 $\pm$ 2,72 điểm; phân bố mức điểm CTSI nhẹ 2,09 $\pm$ 1,65 và nhóm nặng CTSI 7,36 $\pm$ 1,59. Có mối tương quan thuận giữa phân loại Atlanta với điểm CTSI: tất cả 7 ca VTC thể nặng đều có CTSI ≥ 6 ; trong khi nhóm CTSI cao ≥ 6 có 22 ca bao gồm 7 ca VTC nặng và 15 ca VTC nhẹ.

3.2. Phân tích các yếu tố liên quan đến mức độ nặng

Bảng 3. So sánh một số yếu tố giữa nhóm viêm tụy cấp nặng và không nặng

Yếu tố	VTC nặng (n=7)	VTC không nặng (n=95)	p
Tuổi trung bình (năm)	59,3 $\pm$ 15,0	49,5 $\pm$ 16,2	0,08
Nam giới (% trường hợp)	59,1%	70%	0,333
Nhịp tim ≥ 110 lần/phút	66,7%	10,8%	$< 0,001$
Huyết áp tâm thu < 90 mmHg	3 (42,9%)	6 (6,3%)	$< 0,001$
Nguyên nhân do rượu (%)	54,5%	47,5%	0,386
Nguyên nhân TG(%)	20,0%	18,2%	0,87
Hematocrit (%)	50,2 $\pm$ 7,1	43,2 $\pm$ 5,8	0,01
Bạch cầu (G/L)	18,5 $\pm$ 7,4	13,8 $\pm$ 5,2	0,02
Amylase >3 lần 102 (100%)	6,9%	93,1%	
Triglycerid >1000 mg/dl	7 (6,9%)	95 (93,1%)	
Hoại tử tụy trên CT (%)	7 (31,8%)	15 (68,2%)	$< 0,005$
Tràn dịch màng phổi trên CT (%)	5 (71,4%)	7 (7,4%)	0,002
CTSI (điểm, trung bình)	7,1 $\pm$ 1,8 (6)	3,4 $\pm$ 1,7 (96)	$< 0,001$
BISAP ≥ 3 điểm (%)	60,0%	3,6%	$< 0,001$
SIRS (≥ 2 tiêu chí)	39 (38,3%)	63 (61,8%)	0,004

So sánh đặc điểm giữa nhóm VTC nặng (7 ca) với nhóm không nặng (95 ca) VTC cho thấy một số khác biệt có ý nghĩa (phân tích đơn biến) (Bảng 3). Tuổi trung bình của nhóm VTC nặng cao hơn nhóm kia (59,3 so với 49,5 tuổi) nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,08$). Nam giới chiếm tỉ lệ cao ở cả hai nhóm (59,1% so với 70%, $p = 0,333$).

Xét về nguyên nhân, tỷ lệ các căn nguyên

rượu, tăng triglycerid không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($p = 0,65$); điều này hàm ý nguyên nhân VTC (rượu so với không rượu, v.v.) không phải là yếu tố quyết định mức độ nặng lâm sàng, nhóm VTC nặng có tỷ lệ nhịp tim nhanh ≥ 110 lần/phút khi nhập viện cao hơn rõ rệt so với nhóm nhẹ/trung bình (66,7% so với 10,8%, $p < 0,001$). Tương tự, tụt huyết áp xảy ra ở 3/7 ca nặng (42,9%) trong khi chỉ 6/95ca không nặng có huyết áp tụt (6,3%), $p < 0,001$. Số bệnh nhân thỏa tiêu chí SIRS ≥ 2 tại nhập viện ở nhóm nặng 39 ca chiếm tỷ lệ 38,3% và nhóm nhẹ 63 ca chiếm tỷ lệ 61,8%, $p = 0,004$. Thang điểm trung bình BISAP $0,9 \pm 0,99$: nhóm nặng có 10 ca BISAP ≥ 3 , trong khi nhóm nhẹ/trung bình chỉ 4 ca BISAP ≥ 3 ($p < 0,001$).

Nhóm nặng có Hct trung bình cao hơn (0,50 so với 0,43, $p = 0,01$) và bạch cầu trung bình cao hơn (16 so với 13,8 G/L, $p = 0,02$) so với nhóm nhẹ/trung bình).

Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, hai biến độc lập cho tiên lượng VTC nặng được xác định gồm: nhịp tim ≥ 110 lần/phút (OR hiệu chỉnh = 8,5; CI 95%: 2,1–35,4; $p = 0,003$) và điểm CTSI ≥ 6 (OR = 6,9; CI 95%: 1,5–32,1; $p = 0,013$). Các yếu tố khác như tuổi, giới, nguyên nhân, Hct hay SIRS không còn ý nghĩa khi phân tích đồng thời.

Bảng 4. Môi liên quan giữa Amylase với Ranson

Amylase	Ranson nhẹ	Ranson vừa	Ranson nặng	Tổng
Amylase <200	10	8	0	18
P	0,669	0,902	0,19	
$200 \leq$ Amylase < 600	19	12	2	33
P	0,357	0,339	0,958	
Amylase > 600	23	24	4	51
P	0,235	0,424	0,4	
Tổng				102

Bảng 5. Môi liên quan giữa Viêm tụy cấp với CTSI

	CTSI		Số p
	<6 điểm	≥ 6 điểm	
VTC không nặng	80	15	0,566
VTC nặng	0	7	<0,001
Tổng	80	22	102

Bảng 6. Môi liên quan giữa Triglycerid với Ranson

Triglycerid (mg/dl)	Ranson		Số p
	Nhẹ	Nặng	
< 500	78	3	0,066
500 – 1000	5	0	0,566
> 1000	13	3	0,017
Tổng	96	6	

Bảng 7. Môi liên quan giữa Triglycerid với CTSI

Triglycerid (mg/dl)	CTSI		Số p
	<6 điểm	≥ 6 điểm	
< 500	69	12	0,001
500 – 1000	3	2	0,304
> 1000	8	8	0,003
Tổng	80	22	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Kết quả cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân khoảng 45 tuổi tương tự các tác giả khác trong nước^{3,5}. Nhóm tuổi từ trung niên trở lên chiếm tỷ lệ cao, phản ánh các yếu tố nguy cơ thường tăng theo tuổi. Trong nghiên cứu nam giới (67,6%) cao hơn nữ giới 2,1 lần, kết quả này tương tự các tác giả này^{3,5} phù hợp với thực trạng nam giới thường có thói quen uống rượu bia nhiều hơn – đây cũng là nguyên nhân hàng đầu gây VTC ở nước ta. Theo tác giả Nguyễn Võ Duy Thông và cs. (2019)⁶ ghi nhận nam giới chiếm 69,9% bệnh nhân VTC, nguyên nhân do rượu đứng hàng đầu (21,3%), nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ VTC do rượu cao hơn (49%), có thể do đặc thù bệnh viện tiếp nhận nhiều bệnh nhân nghiện rượu hoặc do thời gian nghiên cứu gần đây hơn, mức sử dụng rượu bia trong cộng đồng gia tăng. Bên cạnh rượu, hút thuốc lá, cũng như đái tháo đường và tăng triglycerid máu cũng là căn nguyên quan trọng (26,5% và 25,5%, 21,6%) gây VTC. Tuy triglycerid máu chỉ chiếm 21,6%, là con số không quá lớn nhưng phần nào phản ánh xu hướng gia tăng của rối loạn triglycerid máu gây VTC tại Việt Nam. Phù hợp với nghiên cứu của Võ Thị Lương Trân và cs⁴. Trong khi của tác giả khác cũng cho thấy rượu, tăng triglycerid máu chiếm 78% các trường hợp VTC³. Nghiên cứu của chúng tôi cũng như nhiều nghiên cứu khác nhận thấy rằng rượu hay thuốc lá, đái tháo đường không quyết định mức độ nặng của VTC.

Triệu chứng đau thượng vị cấp tính có 100% bệnh nhân, khẳng định đây là dấu hiệu hằng định của VTC, tương tự nghiên cứu Hoàng Đức Chuyên (2012)⁵. Tỷ lệ bệnh nhân có nôn ói trong nghiên cứu (52%) ít hơn trong y văn. Triệu chứng sốt ít gặp ở giai đoạn sớm của VTC, thường chỉ khoảng 10–20% số ca như ghi nhận của chúng tôi (30,4%) và tương tự báo cáo khác. Sự hiện diện của sốt cao $> 38,5^\circ\text{C}$ hoặc hạ huyết áp ngay khi nhập viện cần gợi ý đến khả năng viêm tụy nặng hoặc có biến chứng nhiễm trùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 10% bệnh nhân có tụt huyết áp ban đầu; đều là

những trường hợp VTC nặng có hoại tử lan tỏa hoặc suy chức năng tim mạch do hội chứng đáp ứng viêm hệ thống. Tỷ lệ nhịp tim nhanh > 100 lần/phút ở nhóm VTC nặng cũng cao hơn đáng kể so với nhóm nhẹ, đây là một yếu tố dự báo VTC nặng với độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 84%³. Tình trạng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) cũng liên quan chặt chẽ với nguy cơ suy tạng. Bạch cầu máu tăng cao phản ánh mức độ đáp ứng viêm, nhóm VTC nặng có bạch cầu trung bình >16 G/L, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm nhẹ. Hematocrit trong nghiên cứu của chúng tôi không cao chỉ chiếm tỷ lệ 21,6%, có thể bệnh nhân nhập viện sớm và hơn nửa chỉ có 52% bệnh nhân có nôn ói, vô bệnh viện được xử trí truyền dịch nên tình trạng thiếu dịch trong đáp ứng viêm hệ thống gây ra trong VTC ít, hơn nửa nhóm bệnh của chúng tôi không có VTC thể hoại tử xuất huyết, khác với một số nghiên cứu khác^{7,8}. Vì vậy, hematocrit cao khi nhập viện sau 24 giờ được xem chỉ điểm của hiện tượng cô đặc máu do mất dịch vào khoang thứ ba, hoặc VTC thể nặng.

4.2. Các yếu tố liên quan với mức độ nặng của VTC. Bệnh thường gặp ở nam, giới tính không có liên quan độ nặng của VTC với $p=0,333$. Amylase máu có giá trị trong chẩn đoán VTC. Tuy nhiên, mức độ tăng amylase máu không phản ánh trực tiếp độ nặng của bệnh. Theo bảng 4, không có mối liên quan giữa tăng amylase máu với độ nặng theo tiêu chuẩn Ranson với $p > 0,05$, phù hợp với nhận định của các tác giả cho rằng amylase máu không phải là yếu tố tiên lượng độ nặng của VTC^{4,10}. Tuy nhiên, trong thực tế có một số trường hợp amylase máu tăng nhẹ nhưng sau đó diễn tiến VTC nặng. Điều này có thể lý giải VTC còn ở mức độ nhẹ nên chưa biểu hiện tổn thương tụy trên lâm sàng cũng như hình ảnh học. Do vậy, cần chụp CLVT bụng khi bệnh nhân bắt đầu có thay đổi triệu chứng lâm sàng.

Chụp CLVT bụng ngoài giá trị chẩn đoán còn cho biết thương tổn tụy, có mối liên quan giữa mức độ tăng amylase máu với điểm số CTSI với $p < 0,001$, có một số trường hợp amylase máu lúc đầu không tăng cao, nhưng vài ngày sau chụp bụng cắt lớp thấy điểm CTSI cao (bảng 5), điều này có thể lý giải bệnh nhân được chẩn đoán sớm khi VTC còn nhẹ nên về sau mới biểu hiện tổn thương trên CLVT. CTSI trung bình $3,23 \pm 2,72$, ở nhóm VTC nặng có 22 ca 21,6%, nhóm nhẹ có 80 ca (78,4%). Tuy nhiên, nhóm CTSI ≥ 6 chỉ có 7 ca nặng (31,8%), 15 ca còn lại là nhẹ (68,2%) (bảng 5). Trong 15 ca này lúc đầu chẩn đoán VTC dựa vào amylase máu và

siêu âm bụng cũng như chụp CLVT bụng sớm trong vòng 24 đến 48 giờ nên trên hình ảnh không thể hiện độ nặng, sau điều trị nội khoa tích cực 6, 7 ngày bệnh không giảm hoặc giảm không đáng kể được chụp CLVT bụng lần 2, khi đó các tổn thương tụy đã được định hình rõ ràng, nên điểm CTSI cao hơn so lúc đầu. Điều này khuyến cáo nếu chụp CLVT bụng trong vòng 48 giờ đầu. Theo bảng 6, Triglycerid có liên quan với điểm số Ranson với $p = 0,017$ và Triglycerid cũng liên quan với CTSI với $p = 0,003$, giống các nghiên cứu^{4,5,7,10}.

V. KẾT LUẬN

Đau thượng vị là triệu chứng nổi bật, kèm nôn ói; các dấu hiệu như nhịp tim nhanh và tụt huyết áp thường gặp ở nhóm bệnh nhân nặng. Chụp CLVT bụng đóng vai trò quan trọng trong đánh giá tổn thương tụy, với các dấu hiệu như hoại tử tụy và tràn dịch màng phổi có giá trị tiên lượng cao; chỉ số CTSI ≥ 6 điểm gợi ý nguy cơ suy tạng. Các yếu tố tiên lượng nặng khác bao gồm: nhịp tim ≥ 110 lần/phút, tụt huyết áp, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS), BISAP, hematocrit. Việc kết hợp đánh giá lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh giúp nâng cao hiệu quả phân tầng nguy cơ, hỗ trợ quyết định điều trị tích cực, góp phần giảm biến chứng và tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leppäniemi A., Tolonen M., Tarasconi A., et al.** (2019). 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg*, 14:27.
2. **Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., et al.** (2013). Classification of acute pancreatitis – 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*, 62(1):102-111.
3. **Hoàng, Thúy Nga, Doãn Trung San, Trần Ngọc Ánh** (2023). Nguyên nhân và một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 169(8):139-146.
4. **Võ Thị Lương Trân, Bùi Hữu Hoàng** (2020). Viêm tụy cấp do rượu và do tăng triglyceride máu: mức độ nặng và kết cục lâm sàng. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 482(1):56-65.
5. **Hoàng Đức Chuyên** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride. Luận án Bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Võ Duy Thông, Trịnh Thị Hồng Anh, Bùi Thị Hương Quỳnh và cs** (2019). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 23(6):144-150.
7. **Hồ Chí Thanh, Bounthong I, Nguyễn Huy Thông** (2023). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tụy cấp ở bệnh nhân tăng triglyceride. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023; 56:115-121.

8. **Hussen MS, Tekle Y, Ibrahim AF, et al.** Etiology, clinical profile, management and outcome of acute pancreatitis at public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: A prospective observational study. *Ann Med Surg.* 2024; 86(5): 2494-2502. Doi:10.1097/MS9- 0000000000001967.
9. **Gao W., Yang H.X., Ma C.E.** (2015). The value

- of BISAP score for predicting mortality and severity in acute pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(6):e0130412.
10. **Bùi Thị Minh Phương** (2024). Mối liên quan giữa tăng triglycerid máu với mức độ nặng theo Atlanta sửa đổi và tình trạng hoại tử tụy theo Balthazar. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;543(3).

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Lương Thị Hương Loan², Nguyễn Trọng Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 107 bệnh nhân UTĐTT thể ung thư biểu mô tuyến được chẩn đoán dựa vào lâm sàng, nội soi và mô bệnh học qua nội soi sinh thiết, được đánh giá hội chứng chuyển hoá tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ tháng 06/2024 – 06/2025. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $55,83 \pm 5,26$ (năm). Tỷ lệ không đưa được ống nội soi qua khối u là 53,3%; nồng độ CEA trung bình là $55,09 \pm 168,34$ ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân có CEA ≤ 5 ng/ml 52,3%. Kích thước khối u trung bình là $36,53 \pm 34,14$ (mm). Trong đó, khối u có kích thước < 20 mm 41,1%. Về giải phẫu bệnh, ung thư biểu mô tuyến là loại mô học chủ yếu, chiếm 94,4%, với chỉ 1 trường hợp là ung thư biểu mô tế bào nhẵn; nhóm độ ác tính thấp (68,2%), độ ác tính cao chiếm 31,8%. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ung thư đại trực tràng chủ yếu ở độ tuổi trung niên, với đặc điểm mô học thường gặp là ung thư biểu mô tuyến và độ ác tính thấp chiếm ưu thế. Tuy nhiên, nhiều trường hợp có khối u lớn hoặc không thể nội soi qua được, cần tăng cường phát hiện sớm và tầm soát định kỳ.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng, cận lâm sàng, mô bệnh học

SUMMARY

PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL CANCER PATIENTS AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the paraclinical characteristics of patients with colorectal cancer at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 107 patients diagnosed with colorectal adenocarcinoma based on clinical presentation, endoscopy, and histopathological evaluation through

endoscopic biopsy. The study population was assessed for metabolic syndrome at Thai Nguyen National Hospital from June 2024 to June 2025. **Results:** The mean age was 55.83 ± 5.26 years. The rate of unsuccessful endoscopic intubation due to tumor obstruction was 53.3%. The average carcinoembryonic antigen (CEA) level was 55.09 ± 168.34 ng/mL, with 52.3% of patients having a CEA level ≤ 5 ng/mL. The mean tumor size was 36.53 ± 34.14 mm, with 41.1% of tumors measuring less than 20 mm. Histopathologically, adenocarcinoma accounted for the majority (94.4%), with only one case of signet-ring cell carcinoma. Low-grade malignancy was observed in 68.2% of cases, while high-grade malignancy was present in 31.8%. **Conclusion:** The findings indicate that colorectal cancer predominantly affects middle-aged individuals, with adenocarcinoma being the most common histological subtype and low-grade malignancy prevailing. However, a considerable number of patients presented with large tumors or tumors that impeded endoscopic passage, underscoring the need for enhanced early detection and routine screening efforts. **Keywords:** Colorectal cancer, paraclinical, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những loại ung thư phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao trên toàn cầu [1]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), UTĐTT đứng hàng thứ ba về mức độ phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ hai, chỉ sau ung thư phổi. Trong khi tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm người cao tuổi có xu hướng giảm nhờ các chương trình tầm soát và sàng lọc định kỳ, thì tỷ lệ mắc UTĐTT ở nhóm người trẻ tuổi hơn lại đang có xu hướng gia tăng đáng báo động tại nhiều quốc gia, bao gồm cả Việt Nam [1]. Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư quốc gia, mỗi năm có hàng nghìn ca mắc mới và tử vong do UTĐTT [2, 3]. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, số lượng bệnh nhân UTĐTT đến khám và điều trị có xu hướng tăng, phần lớn được phát hiện ở giai đoạn muộn, khi triệu chứng đã rõ ràng, làm hạn chế hiệu quả điều trị và tiên lượng sống. Trong bối

¹Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hương Loan

Email: luonghuongloan1976@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025