

- Điểm SIC và DIC có giá trị tiên lượng kết cục tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thủy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại bệnh viện TW Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021, Tập 498, số 1, Tr 149-152.
2. **Helms J. et al.** Performances of disseminated intravascular coagulation scoring systems in septic shock patients. Annals of Intensive Care. 2020, Vol 10, page 92
3. **Jiang L. et al.** Prognostic values of procalcitonin and platelet in the patient with urosepsis. 2021, Vol 100, page e26555.
4. **Iba T. et al.** Advance in the Management of Sepsis-Induced Coagulopathy and Disseminated

Intravascular Coagulation. Journal of Clinical medicine. 2019, Vol 8, page 728.

5. **Iba T. et al.** New criteria for sepsis-induced coagulopathy (SIC) following the revised sepsis definition: a retrospective analysis of a nationwide survey. BMJ Open. 2017, Vol 7, page e017046-e017046.
6. **Shankar-Hari M. et al.** Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016, Vol 315, page 775-787.
7. **Yao L. et al.** Analysis of Prognostic Risk Factors of Sepsis Patients in Intensive Care Unit Based on Data Analysis. Journal of Healthcare Engineering. 2022, Vol 2022, page 3746640.
8. **World Health Organization.** Global report on the epidemiology and burden of sepsis: current evidence, identifying gaps and future directions. 2020

MỐI LIÊN QUAN GIỮA DỊCH TỰ DO Ổ BỤNG VÀ VIÊM TỤY CẤP MỨC ĐỘ NẶNG

Phan Trung Nhân^{1,2}, Võ Thị Mỹ Dung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ dịch tự do ổ bụng (DTDOB) ở bệnh nhân (BN) viêm tụy cấp (VTC). So sánh nồng độ CRP, tỷ lệ biến chứng (hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi), mức độ nặng, suy cơ quan và kết cục (tử vong, thở máy xâm lấn, thời gian nằm viện) ở BN VTC có và không có biến chứng DTDOB. Xác định vai trò của DTDOB như là yếu tố nguy cơ của VTC mức độ nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu có phân tích tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 8/2021 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** Tổng cộng có 122 BN viêm tụy cấp. Tỷ lệ BN có DTDOB là 58,2%. Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm có và không có DTDOB. Nồng độ CRP (mg/L) ở nhóm có và không có DTDOB lần lượt là $262,9 \pm 14,7$ và $198,6 \pm 19,4$ ($p=0,008$). Tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi ở nhóm có và không có DTDOB lần lượt là 53,5% và 25,5% ($p=0,002$), 22,5% và 2,0% ($p=0,001$), 59,2% và 17,7% ($p<0,001$). VTC mức độ nặng ở nhóm có DTDOB (46,5%) cao hơn nhóm không có DTDOB (17,7%) ($p=0,002$). Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ suy hô hấp, suy hô hấp kéo dài ở nhóm BN có và không có DTDOB ($p<0,001$). Không có sự khác biệt về suy tuần hoàn, suy thận, suy đa cơ quan, thở máy xâm lấn và thời gian nằm viện giữa hai nhóm. Phân tích hồi quy

logistic đa biến cho thấy DTDOB là yếu tố nguy cơ của VTC nặng với tỷ số chênh (TSC) 10,02, khoảng tin cậy (KTC) 95%: 1,7-59,7, $p=0,011$. **Kết luận:** Có sự khác biệt về nồng độ CRP, tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi, VTC mức độ nặng, suy hô hấp và suy hô hấp kéo dài giữa hai nhóm có và không có DTDOB. DTDOB là yếu tố nguy cơ của VTC nặng.

Từ khóa: viêm tụy cấp, dịch tự do ổ bụng

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN ABDOMINAL FREE FLUID AND SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Objective: To determine the prevalence of abdominal free fluid in patients with AP. To compare CRP levels, rates of complications (pancreatic necrosis, splanchnic vein thrombosis, pleural effusion), severity, organ failure, and outcomes (death, invasive mechanical ventilation, length of stay) in patients with AP with and without abdominal free fluid. To determine the role of abdominal free fluid as a risk factor for severe AP. **Subjects and methods:** It is a retrospective and prospective cross-sectional study which was carried out at the Department of Gastroenterology of Cho Ray Hospital from August 2021 to March 2022. **Results:** There are a total of 122 patients with acute pancreatitis. The rate of patients with abdominal free fluid is 58.2%. There was no difference in clinical features between the two groups with and without abdominal free fluid. CRP concentrations (mg/L) in the group with and without abdominal free fluid were 262.9 ± 14.7 and 198.6 ± 19.4 , respectively ($p=0.008$). The rates of pancreatic necrosis, splanchnic vein thrombosis, pleural effusion in the group with and without abdominal free fluid were 53.5% and 25.5% ($p=0.002$), 22.5% and 2.0% ($p=0.001$), 59.2% and 17.7% ($p<0.001$). The rate of severe AP was higher in the group with abdominal free

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Trung Nhân

Email: ptnhan.nt.noi.19@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

fluid (46.5%) than in the group without abdominal free fluid (17.7%) ($p=0.002$). There was a significant difference in the rate of respiratory failure, persistent respiratory failure in the group of patients with and without abdominal free fluid ($p<0.001$). There was no difference in circulatory failure, renal failure, multi-organ failure, invasive mechanical ventilation and length of hospital stay between the two groups. Multivariable logistic regression analysis showed that abdominal free fluid is a risk factor for severe AP with odds ratio (OR) 10.02, 95% CI: 1.7-59.7, $p=0.011$. **Conclusion:** There were differences in CRP levels, the rate of pancreatic necrosis, splanchnic vein thrombosis, pleural effusion, severe acute pancreatitis, respiratory failure and persistent respiratory failure between the two groups with and without abdominal free fluid. Abdominal free fluid is a risk factor for severe AP.

Keywords: acute pancreatitis, abdominal free fluid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh lý tiêu hóa phổ biến, thường cần phải nhập viện. Khoảng 20% bệnh nhân (BN) bị VTC mức độ vừa hoặc nặng và tử vong ở nhóm BN này từ 20 - 40%[1]. Cắt lớp vi tính (CLVT) bụng được sử dụng khá rộng rãi ở những BN VTC nhập cấp cứu với tỷ lệ lên đến 60-70% [2] giúp chẩn đoán và tiên lượng mức độ nặng. Tụ dịch quanh tụy, hoại tử tụy, hoại tử thành hóa hay nang giả tụy được sử dụng trong hệ thống Atlanta cải tiến năm 2012 để phân loại mức độ nặng của VTC[3].

Dịch tự do ổ bụng (DTDOB) thường thấy trên hình ảnh CLVT bụng ở BN VTC với tỷ lệ 38,5%[4] nhưng ít được các thầy thuốc lâm sàng quan tâm. Trong VTC, sự tiết dịch vào ổ bụng ở tuần đầu tiên sau khởi phát là do đáp ứng viêm gây tăng tính thấm thành mạch, trong khi DTDOB xuất hiện ở giai đoạn sau thường do đứt ống tụy gặp trong viêm tụy hoại tử [5]. Nồng độ các chất trung gian tăng gây viêm là một trong những cơ chế gây nên tình trạng suy cơ quan dẫn đến những kết cục nặng nề ở BN VTC[6]. Câu hỏi đặt ra là DTDOB có liên quan đến kết cục của BN VTC hay không? Theo Samanta, BN có DTDOB trên CLVT bụng có thời gian nằm viện, suy cơ quan và tử vong cao hơn so với BN không có[4]. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ DTDOB ở BN VTC; (2) So sánh nồng độ CRP, tỷ lệ có biến chứng (hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi), mức độ nặng, suy cơ quan và kết cục (tử vong, thở máy xâm lấn, thời gian nằm viện) ở BN VTC có và không có biến chứng DTDOB; (3) Xác định vai trò của DTDOB như là yếu tố nguy cơ của VTC mức độ nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán VTC và có chụp CLVT bụng cản quang được đưa vào nghiên cứu, với thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện ≤ 5 ngày.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đã có DTDOB trước đó hay có bệnh lý tăng nguy cơ xuất hiện DTDOB (xơ gan, suy tim, bệnh thận mạn...), có viêm tụy mạn, mang thai, có tiền căn dị ứng thuốc cản quang.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu có phân tích

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-p)}{d^2}$$

Cỡ mẫu: Công thức

tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ dựa vào mục tiêu (1)

Trong đó: - n là cỡ mẫu ước đoán tối thiểu.

- α là sai lầm loại I, chọn $\alpha=0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2}=1,96$.

- d là độ chính xác mong muốn, chọn $d=0,05$.

- p là tỷ lệ biến cố, chọn $p=0,385$ theo Samanta⁽⁴⁾. $\rightarrow n = 91$.

Cách thức tiến hành: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Chợ Rẫy bằng hai phương pháp hồi cứu (từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021) và tiền cứu (từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 3 năm 2022).

Tất cả BN VTC thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ được ghi nhận thông tin về hành chính, bệnh sử, tiền căn, khám lâm sàng, được làm một số xét nghiệm, được chụp CLVT bụng có cản quang vào thời điểm nhập viện và ghi nhận biến chứng tại chỗ. Bệnh nhân được theo dõi hàng ngày để đánh giá mức độ nặng theo tiêu chuẩn Atlanta cải tiến và ghi nhận các kết cục trong thời gian nằm viện (tử vong, thời gian nằm viện, thở máy xâm lấn, suy cơ quan).

Một số định nghĩa. VTC được chẩn đoán khi có sự hiện diện ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn: (1) đau bụng cấp kiểu tụy, (2) amylase máu hay lipase máu tăng ≥ 3 lần giới hạn bình thường, (3) hình ảnh học phù hợp chẩn đoán VTC (siêu âm bụng, cắt lớp vi tính bụng, MRI)[3].

Độ nặng của VTC được đánh giá theo phân loại Atlanta cải tiến năm 2012 với (1) mức độ nhẹ khi không có suy tạng và không có biến chứng tại chỗ và/hoặc toàn thân, (2) mức độ trung bình-nặng khi có suy tạng thoáng qua dưới 48 giờ và/hoặc có biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân, (3) mức độ nặng khi có suy tạng kéo dài trên 48 giờ[3].

Suy tạng theo hệ thống tính điểm Marshall hiệu chỉnh: (1) suy hô hấp khi PaO₂/FIO₂ ≤ 300, (2) suy thận khi creatinine huyết thanh ≥ 1,9 mg/dl, (3) suy tuần hoàn khi huyết áp tâm thu < 90 mmHg và không đáp ứng với bù dịch[3].

DTDOB được chẩn đoán dựa vào sự hiện diện của dịch tự do trong khoang phúc mạc được nhận thấy trên hình ảnh CLVT bụng.

Phương pháp thống kê: Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2016, xử lý và phân tích số liệu với phần mềm STATA 14.2. Biến định tính được tính tần số và tỷ lệ phần trăm. Tính trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn), hoặc trung vị, bách phân vị 25% và 75% (nếu phân phối không chuẩn) đối với các biến định lượng. So sánh sự khác biệt về tần số các biến

định tính bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher Exact test. Sự khác biệt giữa hai biến định lượng có phân phối chuẩn được kiểm định bằng phép kiểm t-test, giữa hai biến định lượng không có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Wilcoxon Rank Sum. Phân tích hồi quy logistic đa biến được dùng để đánh giá mối liên quan.

Y đức: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM, số 526/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 9/11/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 122 bệnh nhân tham gia nghiên cứu từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 3 năm 2022, có 71 BN có DTDOB với tỷ lệ 58,2%.

Bảng 1. Đặc điểm dân số học

Đặc điểm	Tổng (n=122)	DTDOB		P
		Có (n=71)	Không (n=51)	
Tuổi (TB ± ĐLC)	42,4 ± 12,4	41,2 ± 12,2	43,9 ± 12,7	0,237 ^a
Nam, n (%)	87 (71,3)	51 (71,8)	36 (70,6)	0,881 ^b
Nữ, n (%)	35 (28,7)	20 (28,2)	15 (29,4)	

(a) Kiểm định t, (b) Kiểm định Chi bình phương

Đặc điểm nghiên cứu giữa hai nhóm VTC có DTDOB và nhóm VTC không có DTDOB, tương tự nhau. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm có và không có DTDOB về tuổi trung bình mắc bệnh và giới tính.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân

Đặc điểm	Tổng (n=122)	DTDOB		P
		Có (n=71)	Không (n=51)	
Đau bụng n (%)	Có	115 (94,3)	66 (93,0)	0,698 ^c
	Không	7 (5,7)	5 (7,0)	
Buồn nôn n (%)	Có	86 (70,5)	47 (66,2)	0,184 ^b
	Không	35 (28,7)	24 (33,8)	
Sốt n (%)	Có	18 (14,8)	11 (15,5)	0,483 ^b
	Không	103 (84,4)	60 (84,5)	
Nguyên nhân n (%)	Sỏi mật	13 (10,7)	7 (9,9)	0,821 ^b
	Rượu	26 (21,3)	14 (19,7)	
	Tăng TG	43 (35,3)	24 (33,8)	
	Rượu+tăng TG	14 (11,5)	10 (14,1)	
	Không rõ NN	26 (21,3)	16 (22,5)	

(b) Kiểm định Chi bình phương; (c) Kiểm định chính xác Fisher

Không có sự khác biệt về các triệu chứng lâm sàng (đau bụng, buồn nôn, sốt) giữa hai nhóm có và không có DTDOB. Không có sự khác biệt về nguyên nhân giữa hai nhóm.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm xét nghiệm máu	Tổng (n=122)	DTDOB		P
		Có (n=71)	Không (n=51)	
Bạch cầu (G/L)*	14,3±5,6	14,2±0,7	14,5±0,7	0,741 ^a
Hồng cầu (G/L)*	4,9±0,8	4,9±0,1	4,9±0,1	0,905 ^a
Hct (%)*	43,3±6,9	43,7±0,9	42,8±0,8	0,476 ^a
Tiểu cầu (G/L)*	226,9±81,9	216,4±9,9	241,6±11,0	0,094 ^a
BUN (mg/dl) [#]	14 (10-24)	15 (10-29)	13 (11-19)	0,437 ^d
Creatinine [#] (mg/dl)	0,9 (0,8-1,4)	1 (0,8-1,7)	0,93 (0,8-1,3)	0,646 ^d

Na ⁺ (mmol/l)*	131,7±5,2	131,9±0,6	131,4±0,7	0,617 ^a
K ⁺ (mmol/l)*	3,9±0,7	3,9±0,1	4,0±0,8	0,521 ^a
AST (U/L) [#]	53,5 (37-111)	57 (38-119)	49 (32-111)	0,562 ^d
ALT (U/L) [#]	46,5 (27-102)	46 (26-108)	50 (28-102)	0,607 ^d
Glucose (mg/dl) [#]	166,5 (123-226)	158 (118-200)	196 (128-248)	0,162 ^d
Amylase (U/L) [#]	366 (177-734)	387 (174-698)	361,5 (186-810)	0,862 ^d
Lipase (U/L) [#]	475 (237-1064)	502 (267-1034)	427 (194-1110)	0,329 ^d
CRP (mg/l)*	234,7±133,3	262,87±14,74	198,6±19,4	0,008 ^a
Triglyceride (mg/dl) [#]	629,5 (153-1908)	667 (154-1337)	592 (137-2101)	0,728 ^d

(a) Kiểm định t, (d) Kiểm định Wilcoxon Rank Sum, (*) Trung bình±Độ lệch chuẩn, (#) Trung vị, tứ phân vị

Nồng độ CRP ở nhóm có DTDOB cao hơn nhóm không có DTDOB và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,008.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh CLVT bụng

Đặc điểm	Tổng (n=122)	DTDOB		P
		Có (n=71)	Không (n=51)	
Hoại tử tụy, n (%)	51 (41,8)	38 (53,5)	13 (25,5)	0,002 ^b
Tụ dịch quanh tụy cấp, n (%)	116 (95,1)	69 (97,2)	47 (92,2)	0,235 ^b
Huyết khối tĩnh mạch tạng, n (%)	17 (13,9)	16 (22,5)	1 (2)	0,001 ^b
Tràn dịch màng phổi, n (%)	51 (41,8)	42 (59,2)	9 (17,7)	<0,001 ^b

(b) Kiểm định Chi bình phương

Về đặc điểm hình ảnh CLVT bụng, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng và tràn dịch màng phổi giữa hai nhóm có và không có DTDOB với p=0,002, p=0,001 và p<0,001 tương ứng lần lượt.

Bảng 5. Mức độ nặng, suy cơ quan và kết cục lâm sàng (tử vong, thở máy, thời gian nằm viện)

Kết cục	Chung (n=122)	DTDOB		P	
		Có (n=71)	Không (n=51)		
Mức độ n (%)	Nhẹ	4 (3,3)	2 (2,8)	2 (3,9)	0,002 ^b
	Trung bình nặng	76 (62,3)	36 (50,7)	40 (78,4)	
	Nặng	42 (34,4)	33 (46,5)	9 (17,7)	
Tử vong n (%)	11 (9,0)	6 (8,5)	5 (9,8)	0,797 ^b	
Thở máy xâm lấn	16 (13,3)	12 (17,1)	4 (8)	0,146 ^b	
Suy hô hấp	39 (32,0)	33 (46,5)	6 (11,8)	<0,001 ^b	
Suy hô hấp kéo dài	37 (30,3)	31 (43,7)	6 (11,8)	<0,001 ^b	
Suy thận	29 (23,8)	21 (29,6)	8 (15,7)	0,075 ^b	
Suy thận kéo dài	22 (18,0)	15 (21,1)	7 (13,7)	0,294 ^b	
Suy tuần hoàn	18 (14,8)	12 (16,9)	6 (11,8)	0,430 ^b	
Suy tuần hoàn kéo dài	8 (6,6)	6 (8,5)	2 (3,9)	0,319 ^b	
Suy đa cơ quan kéo dài	12 (9,8)	9 (12,7)	3 (5,9)	0,214 ^b	
Thời gian nằm viện	7 (5 - 10)	7 (5 - 11)	7 (4 - 10)	0,145 ^d	

(b) Kiểm định Chi bình phương, (d) Kiểm định Wilcoxon Rank Sum

Có sự khác biệt về mức độ VTC giữa hai nhóm có và không có DTDOB với p=0,002. Về suy cơ quan, chỉ có suy hô hấp và suy hô hấp kéo dài là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 6. Hồi quy đơn biến các yếu tố liên quan đến VTC mức độ nặng

Đặc điểm	TSC (KTC 95%)	p
DTDOB	4,05 (1,72-9,56)	0,001
TDMP	4,2 (1,90-9,27)	<0,001
Tụ dịch quanh tụy cấp	2,73 (0,31-24,19)	0,366
Hoại tử tụy	3,05 (1,41-6,62)	0,005
Huyết khối tĩnh mạch tạng	3,26 (1,14-9,33)	0,028
Tuổi	1,02 (0,99-1,06)	0,085
Hct	1,06 (1,004-1,128)	0,035

BUN	1,13 (1,08-1,19)	<0,001
Creatinine	9,84 (3,56-27,19)	<0,001
CRP	1,006 (1,003-1,009)	0,001
Glucose	1,007 (1,002-1,011)	0,003
Triglyceride	1,000 (0,999-1,000)	0,223

Bảng 7. Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến VTC mức độ nặng

Đặc điểm	TSC (KTC 95%)	p
DTDOB	10,02 (1,68-59,68)	0,011
TDMP	9,72 (1,92-49,12)	0,006
Hoại tử tụy	1,68 (0,37-7,58)	0,503
Huyết khối tĩnh mạch tạng	0,96 (0,17-5,49)	0,967
Tuổi	1,06 (1,01-1,12)	0,018
Hct	1,10 (0,98-1,24)	0,118
BUN	0,94 (0,83-1,05)	0,265
Creatinine	16,72 (2,02-138,46)	0,009
CRP	0,99 (0,99-1,00)	0,538
Glucose	1,01 (1,004-1,022)	0,004

Phân tích hồi quy logistic đơn biến, biến phụ thuộc là có hay không có VTC mức độ nặng, biến độc lập gồm các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh CLVT bụng như tuổi, tụ dịch quanh tụy cấp, hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, DTDOB, tràn dịch màng phổi, Hct, BUN, creatinine, CRP, glucose, triglyceride máu. Các phân tích đơn biến có $p < 0,2$ được đưa phân tích hồi quy logistic đa biến (Bảng 7).

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy năm đặc điểm làm tăng nguy cơ xuất hiện VTC mức độ nặng gồm DTDOB, tràn dịch màng phổi, creatinine, glucose và tuổi. Trong đó, DTDOB là yếu tố liên quan và có giá trị tiên đoán VTC nặng với tỷ số chênh 10,02, KTC 95% 1,7-59,7.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ DTDOB. Tỷ lệ xuất hiện DTDOB ở các bệnh nhân VTC trong nghiên cứu này là 58,2%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu của Zeng, Samanta và Yang với tỷ lệ lần lượt là 19,7%, 38,5% và 39,2%. Sự khác biệt này có thể do (1) Phương pháp phát hiện DTDOB trong nghiên cứu của chúng tôi là CLVT bụng có cản quang, trong khi của Samanta là siêu âm ổ bụng[4]; (2) Các nghiên cứu trên đều cho thấy có sự liên quan giữa DTDOB và VTC mức độ nặng, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ BN VTC mức độ nặng là 34,4%, cao hơn so với nghiên cứu của Zeng, Samanta và Yang với tỷ lệ lần lượt 13,1%, 28,6% và 8,2%[2],[4],[7].

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ nặng, suy cơ quan và kết cục giữa hai nhóm VTC có và không có DTDOB. Về đặc điểm dân số, lâm sàng và nguyên nhân VTC, nghiên cứu này không phát hiện sự khác biệt

giữa hai nhóm VTC có và không có DTDOB, tương tự với kết quả nghiên cứu của Zeng, Samanta và Yang[2],[4],[7].

Về cận lâm sàng, có hai nhóm là xét nghiệm máu (sinh hóa, huyết học) và hình ảnh (CLVT bụng). Về xét nghiệm máu, chúng tôi chỉ ghi nhận có sự khác biệt về nồng độ CRP giữa hai nhóm VTC có và không có DTDOB (nồng độ CRP cao hơn ở nhóm có DTDOB), $p = 0,008$. Do CRP là một chất chỉ thị tình trạng viêm trong cơ thể, nồng độ CRP cao hơn ở nhóm có DTDOB có thể củng cố thêm cho cơ chế xuất hiện DTDOB là do đáp ứng viêm trong VTC. Hiện tại, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu khác đánh giá mối liên quan giữa CRP và DTDOB. Nghiên cứu của Zeng (không có CRP) cũng cho thấy phần lớn không có sự khác biệt về xét nghiệm sinh hóa, huyết học giữa hai nhóm BN, ngoại trừ tỷ lệ hạ canxi máu cao hơn ở nhóm có DTDOB[7]. Về đặc điểm hình ảnh trên CLVT bụng, tỷ lệ hoại tử tụy, tràn dịch màng phổi cao hơn ở nhóm có DTDOB so với nhóm không có DTDOB với giá trị p lần lượt là 0,002 và <0,001. Nghiên cứu của Zeng cũng cho thấy có mối liên quan giữa DTDOB và tràn dịch màng phổi với $p < 0,001$ nhưng không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ hoại tử tụy ở hai nhóm[7]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Zeng chỉ có 1 BN hoại tử tụy trong mỗi nhóm có và không có DTDOB, do vậy có thể đây là lý do gây khác biệt. Nghiên cứu của Yang cũng cho kết quả tỷ lệ hoại tử tụy ở nhóm có DTDOB cao hơn nhóm không có DTDOB với p là <0,001[2]. Một điểm mới nữa trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ huyết khối tĩnh mạch tạng ở nhóm có DTDOB là 22,5% cao hơn ở nhóm còn lại là 2% với $p = 0,001$.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ VTC nặng có DTDOB cao hơn có ý nghĩa thống kê so với VTC nặng không có DTDOB. Chúng tôi không phát hiện thấy DTDOB có liên quan với nhu cầu thở máy xâm lấn hay tử vong, tương tự với nghiên cứu của Zeng[7]. Khác với nghiên cứu của Zeng[7], nghiên cứu của chúng tôi không thấy khác biệt giữa hai nhóm có và không có DTDOB về thời gian nằm viện.

VTC mức độ nặng được đánh giá theo phân loại Atlanta cải tiến năm 2012 dựa vào sự có mặt của suy cơ quan kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi xét riêng từng cơ quan, DTDOB có liên quan với tỷ lệ suy hô hấp kéo dài cao hơn, nhưng không tìm thấy sự liên quan với suy thận kéo dài và suy tuần hoàn kéo dài; khi xét chung cả suy cơ quan thoáng qua và kéo dài thì DTDOB vẫn chỉ có liên quan với suy hô hấp. Theo Yang, có sự liên quan giữa DTDOB với suy hô hấp, suy thận và suy tuần hoàn[2]. Còn theo Zeng và Samanta, chỉ có suy thận và suy hô hấp liên quan với DTDOB[7]. Sự liên quan giữa DTDOB và suy cơ quan có thể giải thích bởi sự tích tụ dịch trong ổ bụng gây nên tình trạng tăng áp lực ổ bụng. Tăng áp lực ổ bụng làm hạn chế hồi lưu tĩnh mạch về tim, dẫn đến giảm cung lượng tim, giảm áp lực tưới máu ngoại biên, dẫn đến suy thận và suy tuần hoàn. Ngoài ra, tăng áp lực ổ bụng còn ảnh hưởng đến hô hấp qua việc giảm dung tích cặn chức năng của phổi, giảm đàn hồi của lồng ngực. Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa DTDOB và suy tuần hoàn có thể lý giải tỷ lệ hai loại suy cơ quan này thấp hơn so với suy hô hấp.

Giá trị của DTDOB như là yếu tố nguy cơ của VTC mức độ nặng. Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy DTDOB, tràn dịch màng phổi, hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, giá trị BUN, creatinine, CRP và glucose có liên quan với VTC mức độ nặng ($p < 0,05$). Các biến có giá trị $p < 0,2$ tiếp tục được đưa vào mô hình đa biến. Phân tích hồi quy logistic đa biến và khử nhiễu, chúng tôi chỉ ghi nhận có 5 yếu tố liên quan với VTC mức độ nặng gồm DTDOB, tràn dịch màng phổi, tuổi, giá trị creatinine và glucose ($p < 0,05$). Tỷ số chênh của DTDOB là 10,0 (KTC 95%: 1,7-59,7) theo phân tích đa biến chứng tỏ đặc điểm DTDOB có giá trị như là yếu tố nguy cơ của VTC mức độ nặng, bên cạnh các yếu tố nguy cơ đã được đề cập từ lâu như tuổi, giá trị creatinine, glucose, tràn dịch màng phổi. Nghiên cứu của Zeng khi phân tích đa biến với

biến phụ thuộc là VTC mức độ trung bình và nặng cũng cho thấy DTDOB là yếu tố nguy cơ với TSC 60,5 (KTC 95%: 13,8-265,5)[7]. Điều này cho thấy sự hiện diện của DTDOB là một đặc điểm có giá trị trong dự đoán VTC mức độ nặng.

Hạn chế trong nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, chúng tôi chỉ ghi nhận sự có hay không có mặt DTDOB mà không có thông tin về mức độ, đặc điểm tế bào, sinh hóa (albumin, amylase) của dịch. Do đó, chúng tôi chưa thể phân tích được mối liên quan giữa mức độ DTDOB với mức độ nặng, kết cục lâm sàng ở BN VTC. Thứ hai, nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ nên cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm củng cố kết quả chúng tôi đã tìm được.

V. KẾT LUẬN

Trong 122 BN tham gia nghiên cứu, có 71 BN có DTDOB chiếm tỷ lệ 58,2%. VTC có DTDOB có liên quan với nồng độ CRP cao hơn, tỷ lệ hoại tử tụy, huyết khối tĩnh mạch tạng, tràn dịch màng phổi, VTC mức độ nặng, suy hô hấp, suy hô hấp kéo dài cao hơn VTC không có DTDOB. Sự hiện diện của DTDOB làm tăng nguy cơ VTC mức độ nặng lên 10,02 lần (KTC 95%: 1,7-59,7, $p = 0,011$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boxhoorn L, Voermans RP, Bouwense SA, Bruno M J, Verdonk RC, et al (2020).** "Acute pancreatitis". *Lancet*. 396 (10252), 726-734.
2. **Yang E, Nguyen NH, Kwong WT (2021).** "Abdominal free fluid in acute pancreatitis predicts necrotizing pancreatitis and organ failure". *Annals of gastroenterology*. 34 (6), 872-878.
3. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen H G, Johnson C D, et al (2013).** "Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus". *Gut*. 62 (1), 102-111.
4. **Samanta J, Rana A, Dhaka N, Agarwala R, Gupta P, et al (2019).** "Ascites in acute pancreatitis: not a silent bystander". *Pancreatology*. 19 (5), 646-652.
5. **Bush N, Rana SS (2021).** "Ascites in Acute Pancreatitis: Clinical Implications and Management". *Dig Dis Sci*.
6. **Garg PK, Singh VP (2019).** "Organ Failure Due to Systemic Injury in Acute Pancreatitis". *Gastroenterology*. 156 (7), 2008-2023.
7. **Zeng QX, Wu ZH, Huang DL, Huang YS, Zhong HJ (2021).** "Association Between Ascites and Clinical Findings in Patients with Acute Pancreatitis: A Retrospective Study". *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*. 27, e933196-e933196.