

tổn thương bàn chân còn thấp với 6,4% và 19,1% người bệnh thoa kem dưỡng ẩm bàn chân và có biện pháp bảo vệ bàn chân (thoa kem chống nắng hoặc che kín bàn chân) khi ra nắng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hoa** (2019). Thay đổi kiến thức và thực hành tự chăm sóc bàn chân của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019. Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
2. **Bộ Y tế**. Quyết định 5481/QĐ-BYT. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2. Hà Nội. 2000
3. **Trương Thị Ngọc Lan** (2015). Nghiên cứu lâm sàng bàn chân đái tháo đường và đối sách phòng. Viện Y dược học dân tộc TP Hồ Chí Minh.
4. **Nguyễn Thị Huế và cs** (2018). Thực trạng kiến thức chăm sóc dự phòng biến chứng bàn chân của người bệnh ĐTD ở thị trấn Gôi huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định. Tạp chí Y học thực hành 5 (1071) 2018.
5. **Roweda G** (2017). Assessment of Knowledge and Practice of Diabetic patients regarding Diabetic foot care in Makkah, Saudi Arabia. Journal of Family Medicine and Health Care, 3(1), pp.17-22.
6. **Sutariya P.K** (2016). Knowledge and Practice of foot care among the patient of diabetic foot: a hospital based cross- sectional study. International Surgery Journal, pp.1850-1855.
7. **Mabdulghani H et al** (2018). Prevalence of diabetic comorbidities and knowledge and practices of foot care among diabetic patients: a cross –sectional study. Diabetes Metab Syndr Obes, 11,pp. 417-425.

KHẢO SÁT NGUYÊN NHÂN VIÊM TỤY CẤP VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA GAN MẬT - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Văn Chương¹, Lê Phương Thảo¹, Nguyễn Thị Vân Hồng³, Nguyễn Thanh Nam¹, Nguyễn Công Long^{1,2}, Đặng Quang Nam¹, Nguyễn Văn Khanh^{1,2}

TÓM TẮT

Trong những năm gần đây, cùng với sự thay đổi lối sống và thói quen sinh hoạt, tỷ lệ mắc VTC ngày càng tăng. Xác định nguyên nhân VTC là một thành phần quan trọng trong chẩn đoán VTC. Nguyên nhân khác nhau có thể dẫn đến biến chứng và điều trị khác nhau. **Mục tiêu:** Khảo sát nguyên nhân VTC và tìm hiểu mối liên quan giữa nguyên nhân VTC và một số đặc điểm lâm sàng, mức độ nặng, biến chứng VTC. Phương pháp: NC hồi cứu, được thực hiện trên 220 bệnh nhân được chẩn đoán VTC tại BV Bạch Mai từ tháng 4/2020 đến tháng 4/2021. Tính tỷ lệ các nguyên nhân gây VTC và các yếu tố liên quan được định nghĩa gồm: giới, tuổi, điều trị, mức độ nặng và các biến cố lâm sàng. Mức độ nặng của VTC được đánh giá bằng: phân loại Atlanta sửa đổi 2012, điểm CTSI, thang điểm Imrie. Biến cố lâm sàng bao gồm: suy tạng, biến chứng tại chỗ, nhập ICU, thời gian nằm viện trung bình. **Kết quả:** Các nguyên nhân chính của VTC gồm: sỏi mật (21, 9.5%), rượu (108, 49.1%), tăng triglyceride (55, 25.0%), các nguyên nhân khác (34, 15.45%). VTC do rượu là nguyên nhân hàng đầu. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm VTC do rượu và VTC

do tăng TG. Bệnh nhân có kèm theo đái tháo đường cao hơn ở nhóm VTC do tăng TG (p=0.028). Tỷ lệ bệnh nhân cần nhập ICU và cần bù >3L dịch cao hơn ở nhóm VTC do tăng TG (p=0.000). VTC nặng theo phân loại Atlanta gồm 18 bệnh nhân chiếm 8.2%. Không có sự khác biệt đáng kể về mức độ nặng, thời gian nằm viện, biến chứng tại chỗ, suy tạng giữa các nhóm nguyên nhân VTC. **Kết luận:** Viêm tụy cấp do rượu là nguyên nhân phổ biến nhất. Không có sự khác biệt đáng kể về mức độ nặng, thời gian nằm viện, biến chứng tại chỗ, suy tạng giữa các nhóm nguyên nhân VTC. **Từ khóa:** Viêm tụy cấp, phân loại atlanta.

SUMMARY

ETIOLOGY OF ACUTE PANCREATITIS AND ITS RELATIONSHIP TO THE SEVERITY OF DISEASE AT GASTROINTESTINAL CENTER – BACH MAI HOSPITAL

In recent years, with changes in lifestyle and eating habits, the incidence of AP increases year by year. Determining the cause of pancreatitis is an essential key of the diagnostic evaluation. Different causes can lead to different complications and treatment. **Objectives:** The etiology of acute pancreatitis, its relationship to some clinical features, severity, and complications of acute pancreatitis. **Methods:** This retrospective study was carried out at Bach Mai hospital from April 2020 to April 2021, in which 220 patients with acute pancreatitis were recruited. The etiology of acute pancreatitis was analyzed, its relationship with sex, aging, treatment, severity and clinical outcomes of AP. AP severity was assessed based on adjusted Atlanta scale, CTSI scale

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y dược, Đại học quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phương Thảo

Email: lethaoht@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

and Imrie score at the time of admission. Clinical outcomes included organ failure complication, local complication, ICU admission, median length of stay.

Results: The study enrolled 220 patients. causes included gallstones (21, 9.5%), alcohol (108, 49.1%), hypertriglyceridemia (55, 25.0%), and the others (34, 15.45%). Alcoholic AP was the most frequent primary cause. There was higher proportion of alcoholic and hypertriglyceridemic AP in men than in women. Diabetes mellitus were more predominant in hypertriglyceridemic AP ($p=0.028$). The needs for ICU admission and fluid resuscitation ($>3L$) were significantly higher in hypertriglyceridemia AP ($p=0.000$). Severe acute pancreatitis according to Atlanta classification included 18 patients, accounting for 8.2%. There was no significant difference in severity, length of hospital stay, local complications, organ failure between groups of etiologies of acute pancreatitis. Conclusion: Alcoholic AP is the most prevalent etiology of AP. No significant differences in severity, median length of stay, local complication, organ failure complications were found among groups.

Keywords: acute pancreatitis, Atlanta classification

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một trong những nguyên nhân dẫn đến nhập viện hay gặp nhất của bệnh lý đường tiêu hóa. Bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, biểu hiện ở nhiều mức độ có thể từ nhẹ, tự phục hồi đến nặng có rối loạn loạn chức năng đa cơ quan (MODS), trong đó trường hợp nặng chiếm 10-20%¹. Tỷ lệ tử vong chung của bệnh khoảng 5% và có thể tăng đến 17% ở VTC nặng².

Có nhiều nguyên nhân gây VTC đứng hàng đầu là sỏi mật và lạm dụng rượu là nguyên nhân chính, chiếm 60- 80% trường hợp, trong đó VTC do sỏi mật ngày càng phổ biến³. Tỷ lệ giữa 2 nguyên nhân chính gây VTC thay đổi giữa các đất nước khác nhau, do sự khác biệt giữa văn hóa, truyền thống, và phong tục sống

Xác định nguyên nhân gây VTC là quan trọng và cần thiết. Bởi vì, thứ nhất nguyên nhân ảnh hưởng đến phương pháp điều trị (như nội soi ngược dòng lấy sỏi, PEX trong VTC do tăng Triglyceride máu nặng). Chẩn đoán nguyên nhân sẽ giúp loại bỏ các yếu tố khởi phát và ngăn chặn bệnh tái phát (cắt túi mật trong VTC do sỏi mật, bỏ rượu trong VTC do rượu). Tỷ lệ tái phát chung là khá cao, đến 50% trong VTC do rượu và 32- 61% VTC do sỏi nếu không điều trị sau đợt cấp đầu tiên⁴. Thứ hai, nguyên nhân khác nhau có diễn biến bệnh và biến chứng khác nhau (nhiễm khuẩn do sỏi). Thứ ba, nguyên nhân khác nhau có hậu quả lâu dài khác nhau (ung thư tụy kết hợp với VTC di truyền, 70% BN VTC do rượu sẽ phát triển viêm tụy mạn sau 10 năm từ khi có đợt cấp đầu tiên)⁵. Nhiều nghiên cứu

trên thế giới đã được thực hiện nhằm đánh giá diễn tiến lâm sàng, mức độ nặng và tỷ lệ tử vong của VTC do những nhóm nguyên nhân khác nhau và đưa ra những kết luận khác nhau. Một số nghiên cứu cho thấy VTC do sỏi mật có tỷ lệ bệnh nhân nặng cao hơn các nhóm khác⁶, một số nghiên cứu khác chứng minh ngược lại⁷

Tại Việt Nam, mặc dù chưa có thống kê đầy đủ nhưng VTC là một bệnh khá thường gặp. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện vì VTC tại Trung tâm Tiêu hóa - gan mật bệnh viện Bạch Mai là khá cao. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát nguyên nhân VTC và tìm hiểu mối liên quan giữa nguyên nhân VTC và một số đặc điểm lâm sàng, mức độ nặng, biến chứng VTC.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

✓ **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân chẩn đoán xác định VTC tại trung tâm tiêu hóa gan mật – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 4/2020 đến tháng 4/2021

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định VTC theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi 2012⁸

✓ **Tiêu chuẩn loại trừ**

• Các trường hợp tăng amylase máu không phải do VTC: tắc ruột, thủng ổ loét dạ dày- tá tràng, viêm tuyến nước bọt, viêm phúc mạc không do VTC, nhồi máu ruột.

• Bệnh nhân < 18 tuổi

• Bệnh nhân thiếu dữ liệu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

✓ **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu

✓ **Cách thức tiến hành nghiên cứu:** Tất cả những dấu hiệu lâm sàng được ghi nhận như: tuổi, giới, tiền sử uống rượu và VTC, các bệnh lý đi kèm, chiều cao cân nặng, dấu hiệu sinh tồn, tình trạng bụng. Các xét nghiệm được thực hiện tại thời điểm nhập viện, điểm số Imrie được tính bằng những thông số đo được trong vòng 48h và chụp CLVT ổ bụng có thuốc cản quang trong thời gian 48 giờ vào viện. Thời gian nằm viện và nhập ICU cũng được ghi nhận

✓ **Đánh giá mức độ nặng của VTC**

- Theo phân loại Atlanta sửa đổi 2012

- Theo bảng điểm Imrie: Đánh giá kết quả sau vv 48 giờ: 0-2 yếu tố ->VTC nhẹ, >3 yếu tố -> VTC nặng

- Theo bảng điểm CTSI: 0-2 điểm -> không có biến chứng nặng, 3-6 điểm -> không có biến chứng rõ ràng, 7-10 điểm -> VTC nặng

- Đánh giá suy tạng: Đánh giá theo thang điểm Marsall

2.3. Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm SPSS 20. So sánh sự khác biệt giữa các biến phân loại được đánh giá bằng test χ^2 và kiểm định One- way ANOVA. Giá trị $p < 0.05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân và người nhà được giải thích mục đích, ý nghĩa của phương pháp cầm máu, ký vào giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật. Các thông tin được đảm bảo giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 220 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp, 108 bệnh nhân (49.1%) có nguyên nhân do rượu, 55 bệnh nhân (25%) có nguyên nhân do tăng TG, 21 bệnh nhân (9.5%) có nguyên nhân do sỏi mật, 28 bệnh nhân (12.7%) chưa rõ nguyên nhân.

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm N (%)	Rượu (n=108)	Tăng Triglycerid (n=55)	Sỏi mật + GCOM (n=23)	NN khác (n=34)	P
Giới (nam/ nữ)	108/0 (100/0)	40/15 (72.7/27.3)	11/12 (47.8/52.2)	26/8 (76.5/23.5)	
BMI \geq 25	23(23.1)	13(23.6)	4(17.4)	4(11.8)	0.856
TS VTC \geq 2 lần	15(13.9)	17(30.9)	3(13)	6(17.6)	0.085
ĐTĐ	6(5.6)	10(18.2)	1(4.3)	6(17.6)	0.028

Nhận xét: VTC do rượu và do tăng TG, do NN khác xảy ra chủ yếu ở nam, trong khi đó VTC do sỏi mật gặp ở bệnh nhân nữ nhiều hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê BMI 18.5-24.99 là thường gặp nhất của VTC do tất cả các nhóm NN. BMI \geq 25 cao hơn ở nhóm VTC do tăng TG. Tiền sử VTC \geq 2 lần cao nhất ở nhóm VTC do tăng TG. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Bảng 2. Đặc điểm biến cố lâm sàng theo nguyên nhân VTC

Biến chứng N (%)	Rượu (n=108)	Tăng Triglycerid (n=55)	Sỏi mật + GCOM (n=23)	NN khác (n=34)	P
Ô tụy dịch	36 (33.3)	25(45.6)	11(47.8)	13(38.2)	0.193
Nang giả tụy	1(0.9)	0	0	3(8.8)	
Ô tụy dịch hoại tử	33(30.6)	10(18.2)	3(13)	6(17.6)	
Hoại tử có vỏ	1(0.9)	0	0	0	0.499
BC mạch máu	5(4.6)	3(5.5)	1(4.3)	4(11.8)	
Suy tạng \leq 48h	6(5.6)	6(10.9)	0	2(5.9)	0.155
Suy tạng $>$ 48h	10(9.3)	7(12.7)	1(4.3)	0	
1 tạng	12(11.1)	10(18.2)	1(4.3)	2(5.9)	0.324
\geq 2 tạng	4(3.7)	3(5.5)	0	0	
Nhập ICU	12(11.9)	19(34.5)	2(8.7)	1(2.9)	0.000
VTC hoại tử	34(31.5)	10(18.2)	3(13)	6(17.6)	0.086

Nhận xét: Ô tụy dịch cấp tính là biến chứng tại chỗ thường gặp nhất của VTC do tất cả các nhóm nguyên nhân. Biến chứng suy cơ quan kéo dài trên 48h và suy \geq 2 tạng thường gặp ở nhóm VTC do tăng TG so với các nhóm NN còn lại. VTC hoại tử gặp nhiều ở VTC do rượu hơn, tỷ lệ nhập ICU của VTC do tăng TG cao hơn các nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. VTC hoại tử gặp nhiều ở VTC do rượu hơn.

Bảng 3. So sánh mức độ nặng của VTC theo phân loại Atlanta theo các nguyên nhân

Phân loại VTC N (%)	Rượu (n=108)	Tăng Triglycerid (n=55)	Sỏi mật + GCOM (n=23)	NN khác (n=34)	P
Nhẹ	39(36.1)	20(36.4)	9(39.1)	12(35.3)	0.461
Trung bình	59(54.6)	28(50.9)	13(56.5)	22(64.7)	
Nặng	10(9.3)	7(12.7)	1(4.3)	0	

Nhận xét: VTC mức độ trung bình là thường gặp nhất trong các nguyên nhân gây VTC. VTC mức độ nặng ở nhóm VTC do tăng TG cao hơn các nhóm NN khác. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Bảng 4. So sánh mức độ nặng của VTC theo phân loại CTSI theo các nguyên nhân

Điểm CTSI N (%)	Rượu (n=108)	Tăng Triglycerid (n=55)	Sỏi mật + GCOM (n=23)	NN khác (n=34)	P
0-3	43(39.8)	22(40)	10(43.5)	15(44.1)	0.832
4-6	55(50.9)	29(52.7)	13(56.5)	18(52.9)	
7-10	10(9.3)	4(7.3)	0	1(2.9)	

Nhận xét: VTC thể nặng (CTSI 4-6 điểm) là thường gặp nhất trong các nhóm nguyên nhân gây VTC. VTC thể rất nặng (CTSI 7-10 điểm) ở nhóm VTC do rượu cao hơn các nhóm NN còn lại. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. So sánh mức độ nặng của VTC theo phân loại Imrie theo các nguyên nhân

Điểm Imrie N (%)	Rượu (n=108)	Tăng Triglycerid (n=55)	Sỏi mật + GCOM (n=23)	NN khác (n=34)	P
<3	91(84.3)	49(89.1)	19(82.6)	32(94.1)	0.42
≥3	17(15.7)	6(10.9)	4(17.4)	2(5.9)	

Nhận xét: VTC thể nặng (Imrie ≥ 3 điểm) thường gặp ở nhóm VTC do sỏi mật nhiều hơn các nhóm NN còn lại. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. So sánh các phương pháp điều trị theo các nguyên nhân VTC

Phương pháp điều trị N (%)	Rượu (n=108)	Tăng Triglycerid (n=55)	Sỏi mật + GCOM (n=23)	NN khác (n=34)	P
SL dịch bù > 3L	55(50.9)	38(69.1)	6(26.1)	8(23.5)	0.000
Dẫn lưu ổ bụng	19(17.6)	11(20)	2(8.7)	1(2.9)	0.1
Đặt ống nội khí quản	3(2.8)	3(5.5)	1(4.3)	0	0.502
Lọc máu	7(6.5)	4(7.3)	1(4.3)	0	0.486
PEX	0	15(27.3)	0	0	0.000
Vận mạch	1(0.9)	2(3.6)	0	0	0.474

Nhận xét: Lượng dịch cần bù trong vòng 24h đầu nhập viện > 3 lít thường gặp ở nhóm VTC do tăng TG cao hơn so với các nhóm NN còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Các phương pháp hồi sức khác như: dẫn lưu ổ bụng, lọc máu liên tục, dùng vận mạch, đặt ống nội khí quản là như nhau giữa các nhóm nguyên nhân.

IV. BÀN LUẬN

Trong NC của chúng tôi, VTC do rượu thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 49.1%, tiếp theo lần lượt là tăng triglyceride (25%), không rõ nguyên nhân (12.7%), sỏi mật chiếm tỷ lệ 9.5%. Kết quả NC của chúng tôi tương tự tác giả Võ Thị Lương Trân⁹. So với NC trên thế giới tỷ lệ VTC do sỏi mật của chúng tôi thấp hơn rất nhiều. NC của Zhang cho thấy VTC do sỏi mật là nguyên nhân chính chiếm tỷ lệ 55.75%. NC tổng quan hệ thống của Mariana thấy rằng sỏi mật vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây VTC trên thế giới chiếm khoảng 42% (39-44%) mặc dù tỷ lệ có thể thay đổi do cách thiết kế NC, phương pháp chẩn đoán nguyên nhân, đặc điểm dân số khác nhau. Sự khác biệt về nguyên nhân VTC giữa NC của chúng tôi với các NC trên thế giới là do sự khác biệt về dân số, thói quen sinh hoạt và tình trạng kinh tế xã hội giữa các quốc gia. Thói quen sử dụng sản phẩm có cồn như rượu bia ở Việt Nam còn cao.

Ở nhóm VTC do rượu và tăng TG thì tỷ lệ bệnh nhân nam của chúng tôi chiếm đa số (lần lượt là 100% và 72.7%). Trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân nữ ở nhóm do sỏi mật và GCOM chiếm nhiều hơn (52.2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả NC của chúng tôi tương tự

như tác giả Võ Thị Lương Trân⁹ và các nghiên cứu trên thế giới, VTC do sỏi mật thường xảy ra ở nữ hơn nam vì tỷ lệ bệnh nhân nữ bị sỏi mật cao hơn so với nam.

Bệnh nhân có BMI bình thường (18.5-24.99) chiếm đa số ở các nhóm nguyên nhân. BMI > 25 gặp nhiều hơn ở nhóm VTC do tăng TG, có thể do thừa cân thường kết hợp với rối loạn mỡ máu. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm VTC do tăng TG có tiền sử VTC ≥ 2 lần cao hơn các nhóm còn lại. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bệnh nhân VTC do tăng TG có tiền sử đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao hơn các nhóm nguyên nhân còn lại. Kết quả NC của chúng tôi tương tự tác giả Võ Thị Lương Trân⁹. Điều này phù hợp với các NC khác khi cho thấy bệnh nhân đái tháo đường type 1 và type 2 là một trong các nguyên nhân gây tăng triglyceride máu.

Tỷ lệ biến chứng hoại tử tụy ở nhóm VTC do rượu cao hơn so với các nguyên nhân còn lại. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Các biến chứng như tụ dịch cấp tính là như nhau giữa các nhóm nguyên nhân. Biến chứng suy cơ quan kéo dài >48h và suy đa tạng ở nhóm VTC do rượu cao hơn so với các nguyên nhân còn lại. Tuy nhiên sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ nhập ICU ở bệnh nhân VTC do tăng TG cao hơn so với các nhóm khác.

Ở nghiên cứu này chúng tôi đánh giá độ nặng VTC theo Atlanta năm 2012, theo thang điểm Imrie, thang điểm CTSI. Chúng tôi thấy rằng sự khác biệt về mức độ nặng giữa các

nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Về điều trị, VTC do tăng TG có tỷ lệ bệnh nhân cần truyền >3l dịch cao hơn các nhóm nguyên nhân khác. Tuy nhiên các phương pháp hồi sức khác như: dẫn lưu ổ bụng, đặt ống nội khí quản, vận mạch, lọc máu liên tục không có sự khác biệt giữa các nhóm nguyên nhân.

Điểm hạn chế của nghiên cứu: đây là nghiên cứu hồi cứu nên có những hạn chế nhất định về theo dõi bệnh nhân lâu dài. Chúng tôi chỉ ghi nhận những biến chứng VTC xảy ra trong thời gian nằm viện. Ngoài ra NC của chúng tôi thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai, là bệnh viện tuyến trung ương, nơi tiếp nhận các trường hợp bệnh nặng nên mức độ nặng và biến chứng của VTC có thể cao hơn so với các bệnh viện khác. Vì vậy cần thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, NC đa trung tâm để đánh giá chính xác nhất

V. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp do rượu là thường gặp nhất chiếm 49.1%. Ngoài trừ một số thông số lâm sàng như: giới tính, bệnh đái tháo đường kèm theo, tỷ lệ nhập ICU cao hơn ở nhóm VTC do tăng triglyceride, thì hầu như không có sự khác biệt về các biến cố lâm sàng, mức độ nặng cũng như điều trị giữa các nhóm nguyên nhân VTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Forsmark CE, Baillie J**, AGA Institute Clinical Practice and Economics Committee, AGA Institute Governing Board. AGA Institute technical review

- on acute pancreatitis. *Gastroenterology*. 2007; 132(5):2022-2044. doi:10.1053/j.gastro.2007.03.065
2. **Cavallini G, Frulloni L, Bassi C, et al.** Prospective multicentre survey on acute pancreatitis in Italy (ProInf-AISP): results on 1005 patients. *Dig Liver Dis*. 2004;36(3):205-211. doi:10.1016/j.dld.2003.11.027
3. **Zilio MB, Eyff TF, Azeredo-Da-Silva ALF, Bersch VP, Osvaldt AB.** A systematic review and meta-analysis of the aetiology of acute pancreatitis. *HPB (Oxford)*. 2019;21(3):259-267. doi:10.1016/j.hpb.2018.08.003
4. **Sekimoto M, Takada T, Kawarada Y, et al.** JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2006; 13(1):10-24. doi:10.1007/s00534-005-1047-3
5. **Ammann RW, Muellhaupt B.** The natural history of pain in alcoholic chronic pancreatitis. *Gastroenterology*. 1999;116(5):1132-1140. doi:10.1016/S0016-5085(99)70016-8
6. **Zheng Y, Zhou Z, Li H, et al.** A multicenter study on etiology of acute pancreatitis in Beijing during 5 years. *Pancreas*. 2015;44(3):409-414. doi:10.1097/MPA.0000000000000273
7. **Agarwal N, Pitchumoni CS.** Assessment of severity in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 1991;86(10):1385-1391.
8. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al.** Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779
9. **Võ Thị Lương Trần.** So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp do tăng Triglycerid máu với viêm tụy cấp do các nguyên nhân khác. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;22(2):328-335.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THEO ĐỘI TẠI TRUNG TÂM CHẨN THƯƠNG CHÍNH HÌNH VÀ Y HỌC THỂ THAO BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY NĂM 2022

Đào Thị Kim Hạnh¹, Bé Hồng Thu², Phan Thị Dung³,
Trần Tố Anh¹, Trần Thị Hương¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên thành viên các đội chăm sóc và 208 người bệnh (NB) ≥ 18 tuổi, lưu viện nội trú 1 ngày. Trước tiên thu thập và phân tích dữ liệu định lượng. Sau đó trên cơ sở kết quả thu thập, phân tích

¹Bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Kim Hạnh

Email: hanhdtk19188@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023

dữ liệu định tính; được lồng ghép tạo thành nghiên cứu hoàn chỉnh tại trung tâm Chẩn thương chính hình và Y học thể thao – bệnh viện đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2022. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh nam giới là 58,7% và 41,3% nữ giới. Tuổi trung bình của người bệnh là 49,84 ± 17,85. Đặc điểm phẫu thuật: 100% NB mổ phiến, không có mổ cấp cứu. Phẫu thuật loại I: 68,8%; loại II: 19,3% và loại III: 12,0%. Thời gian đi buồng: Thời điểm 8h: 85,6%, còn lại 14,4% các cuộc đi buồng triển khai lúc 9h00. Bàn giao SBAR: tuân thủ ở mức đạt 74,5%, chưa đạt 25,5%. Tỷ lệ lượt bác sĩ thực hiện nhiệm vụ mức đạt 88,9%; chưa đạt 11,1%. Đội trưởng mức đạt 88,0%, chưa đạt 12,0%. Tỷ lệ người bệnh đánh giá ở mức tốt 84,6%; khá 15,4% và trung bình 0,0%. Kết quả