

- của bệnh nhân Parkinson bằng thang điểm SF-36, PDQ-39. Thesis. ĐHY; 2020. Accessed May 6, 2023. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/1178>
4. **Gibb WR, Lees AJ.** The relevance of the Lewy body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1988;51(6):745-752. doi:10.1136/jnnp.51.6.745
  5. **InterRAI | Improving Health Care Across The Globe. interRAI.** Accessed February 25, 2023. <https://interrai.org/>
  6. **Park HJ, Sohng KY, Kim S.** Validation of the Korean version of the 39-Item Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39). *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2014; 8(1):67-74. doi:10.1016/j.anr.2014.02.004
  7. **Nguyễn Thủy L.** Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Parkinson bằng thang điểm SF-36, PDQ-39. Thesis. ĐHY; 2020. Accessed May 6, 2023. <http://dulieuso.hmu.edu.vn/handle/hmu/1178>
  8. **Jin X, Wang L, Liu S, Zhu L, Loprinzi PD, Fan X.** The Impact of Mind-body Exercises on Motor Function, Depressive Symptoms, and Quality of Life in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 17(1):31. doi: 10.3390/ijerph17010031

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP CÓ TỔN THƯƠNG THẬN CẤP

Lê Hữu Như<sup>ong</sup><sup>1,2</sup>, Nguyễn Trung Kiên<sup>2</sup>, Lê Việt Thắng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 219 bệnh nhân viêm tụy cấp chia 2 nhóm: 51 bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp và 168 bệnh nhân viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp tại Bệnh viện Bạch Mai, từ 10/2021 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** - Có 51/219 bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp. Tỷ lệ tổn thương thận giai đoạn 1, 2 và 3 lần lượt là 47,1%; 33,3% và 19,6%. - Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới trên cả hai nhóm nghiên cứu viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp (88,2% nam so với 11,8% nữ giới) và viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp (80,4% nam so với 19,6% nữ). - Nhóm viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp có tỷ lệ chướng bụng, tần số thở, SpO<sub>2</sub>, nhiệt độ, tỷ lệ prothrombin (giây), INR cao hơn và tỷ lệ prothrombin (%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,05) so với nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp. - Sinh hóa máu: Glucose, Ure, Creatinin LDH, GOT, Bilirubin, CRP và Lactat của nhóm BN viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp có trung vị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp. - Chỉ số Albumin, điện giải Natri, Kali, Clo, CanxiTP và mức lọc cầu thận của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có tổn thương thận cấp. - Tỷ lệ bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp có pH, pCO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub> thấp hơn và pO<sub>2</sub> cao hơn nhóm BN viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,01; chỉ số P/F giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê. - Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, viêm tụy cấp Balthazar E chiếm tỷ lệ cao nhất trên cả hai nhóm nghiên cứu, sự khác biệt theo thang điểm Balthazar và điểm CTSI giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ viêm tụy cấp hoại tử không khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm. - Bảng điểm APACHE II, SOFA, IMRIE, BISAP, MARSHAL của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp. - Có 3/51 bệnh nhân nặng xin về chiếm 5,9%. **Kết luận:** Tổn thương thận cấp là biến chứng nguy hiểm của viêm tụy cấp, có lâm sàng, cận lâm sàng nặng nề và tỷ lệ tử vong cao hơn so với nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp. **Từ khóa:** Viêm tụy cấp, tổn thương thận cấp, suy thận cấp

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ACUTE KIDNEY INJURY FOLLOWING ACUTE PANCREATITIS

**Aim:** Describe clinical and paraclinical characteristics in patients with acute kidney injury following acute pancreatitis. **Methods:** Cross-sectional study of 219 patients with acute pancreatitis divided into 2 groups: 51 patients with acute kidney injury following acute pancreatitis (AP-AKI) and 168 patients acute pancreatitis without acute kidney injury (AP-non-AKI). **Result:** - There are 51/219 AP-AKI. The rate of financial intervention in stages 1, 2 and 3 is 47.1%; 33.3% and 19.6%. Men accounted for a higher proportion than women in both the study groups of AP-AKI (88.2% men vs. 11.8% of women) and AP non AKI (80.4% of men vs. 19.6% women). - The AP-AKI had higher rates of abdominal distension, respiratory rate, SpO<sub>2</sub>, temperature, prothrombin rate (seconds), INR and lower prothrombin rate (%) with statistical significance (p<0.05) compared to the group of AP non AKI. Blood biochemistry: Glucose, Urea, Creatinine LDH, GOT, Bilirubin, CRP and Lactate of the group of AP-AKI had a statistically significant

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 354

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hữu Như<sup>ong</sup>

Email: lehuunhuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

higher median value than the group of AP non AKI. Albumin, Sodium, Potassium, Chlorine, Calcium TP and glomerular filtration rate of the group of patients with AP-AKI were statistically significantly lower than the group AP non AKI. The group of AP-AKI had lower pH, pCO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> and higher pO<sub>2</sub> than the group of AP-non-AKI, the difference was statistically significant with p < 0.01; The P/F index between the 2 study groups did not have a statistically significant difference. - Abdominal CT scan, Balthazar E were the highest rate in both study groups, the difference according to the Balthazar scale and CTSI score between the 2 groups was statistically significant, the rate of acute necrotizing pancreatitis was not different significant between the 2 groups. The scores of APACHE II, SOFA, IMRIE, BISAP, MARSHAL of the AP-AKI were statistically significantly higher than the AP non AKI. - There were 3/51 (5.9%) had poor outcome. **Conclusion:** Acute kidney injury is a dangerous complication of acute pancreatitis.

**Keywords:** Acute pancreatitis, acute kidney injury, acute kidney failure

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy có thể gây tổn thương tại chỗ hoặc biến chứng suy đa cơ quan do hội chứng đáp ứng viêm hệ thống. Tỷ lệ mắc bệnh trên thế giới là 30-40 trên 100.000 dân mỗi năm, tỷ lệ tử vong chung là 1-5%, có thể tăng lên 7-47% ở bệnh nhân VTC nặng [1].

Trong số các biến chứng của viêm tụy cấp, tổn thương thận cấp (TTTC) là một trong những biến chứng nặng nề nhất của viêm tụy cấp tính nặng thường xuất hiện sau khi suy các tạng khác, chiếm tỷ lệ khoảng 15% ở bệnh nhân VTC chung, có thể tăng lên 69% ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp từ 25 đến 75%, đồng thời, tổn thương thận cấp kéo dài thời gian nằm viện cũng như làm tăng chi phí điều trị [2].

Hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu nào về tổn thương thận cấp ở bệnh nhân viêm tụy cấp vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 219 bệnh nhân viêm tụy cấp chia 2 nhóm: 51 bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp và 168 bệnh nhân viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện Bạch Mai, thời gian nghiên cứu: Từ 10/2021 đến tháng 6/2023.

**\*Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:** - Các BN được chẩn đoán VTC theo tiêu

chuẩn Atlanta sửa đổi năm 2012 [1]

- Có tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn KDIGO 2012.

- Tuổi ≥18

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn Atlanta 2012:* Chẩn đoán VTC khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

+ Đau thượng vị đột ngột, đau dữ dội, đau xuyên ra sau lưng kèm theo buồn nôn và nôn.

+ Sinh hóa máu: Amylase và/hoặc lipase máu tăng cao trên 3 lần so với giá trị bình thường.

+ Chụp cắt lớp vi tính cổ thuốc đối quang hoặc cộng hưởng từ hoặc siêu âm ổ bụng có hình ảnh viêm tụy cấp.

- *Chẩn đoán tổn thương thận cấp theo KDIGO 2012 [3]:* Tăng Creatinin máu ≥ 0,3 mg/dl (≥ 26,5 μmol/L) trong vòng 48 giờ; hoặc giảm mức lọc cầu thận >25% so với mức nền của bệnh nhân; hoặc thể tích nước tiểu <0,5 ml/kg/giờ trong 6 giờ

**\*Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tiền sử bệnh thận

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

**\* Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**\* Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu.**

Chọn mẫu thuận tiện

### 2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

**\* Đặc điểm chung:** Đặc điểm về tuổi, giới, BMI, tiền sử bệnh. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, độ nặng của VTC theo các thang điểm: SOFA, APACHE II, RANSON. Thời gian điều trị tại bệnh viện. Kết cục: sống hay nặng xin về, tử vong, so sánh giữa 2 nhóm.

**2.2.3. Phương pháp thu thập thông tin và xử lý số liệu.** Nhập số liệu và phân tích bằng chương trình phần mềm SPSS.

**2.2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Đề tài được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bạch Mai (số 3094/BVBM-HĐĐĐ ngày 26 tháng 11 năm 2021) thông qua cho phép lấy số liệu trên bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai.

Gia đình và bệnh nhân nghiên cứu đều được nghiên cứu viên giải thích kỹ mục đích, các phương pháp tiến hành nghiên cứu, lợi ích và quyền lợi. Các gia đình đều chấp thuận và đồng ý tiến hành nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong thời gian từ tháng 10/2021 đến tháng 6/2023, tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã thu thập được 219 bệnh nhân viêm tụy cấp, chia 2 nhóm, nhóm 1: 51/219 (23,3%)

BN viêm tụy cấp (VTC) có tổn thương thận cấp (TTTC) trong đó có 45 nam (88,2%) và 6 nữ (11,8%); nhóm 2: 168/219 (76,7%) bệnh nhân viêm tụy cấp không tổn thương thận cấp trong đó có 135 nam (80,4%), 33 nữ (19,6%). Tuổi trung bình của nhóm VTC có TTTC là 47,78±14,5; của nhóm VTC không có TTTC là 45,25±12,7. Trung vị (tứ phân vị) BMI bình của nhóm VTC có TTTC là 24,35 (20,5-27,0); của nhóm không TTTC là 22,87 (20,4-24,9). Số lượng BN VTC có TTTC là 51/219 chiếm 23,3%. BN VTC có TTTC giai đoạn 1 chiếm tỷ lệ cao nhất 47,1%; giai đoạn 2 là 33,3% và giai đoạn 3 là 19,6%. Có 3/51 bệnh nhân nặng xin về chiếm 5,9%.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân VTC có TTTC**

**Bảng 3.6. So sánh triệu chứng cơ năng giữa 2 nhóm nghiên cứu (n=219)**

Đôi tượng	Có TTTC (n=51)		Không TTTC (n=168)		p
	n	%	n	%	
Lâm sàng					
Đau bụng	51	100	168	100	>0,05 <sup>a</sup>
Buồn nôn, nôn	36	70,6	101	60,1	>0,05 <sup>a</sup>
Chướng bụng	42	82,4	112	66,7	<0,05 <sup>a</sup>
Phản ứng thành bụng	16	31,4	55	32,7	>0,05 <sup>a</sup>
Sốt	7	13,7	16	9,6	>0,05 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Chi-Square test

**Bảng 3.7. So sánh chỉ số sinh tồn giữa 2 nhóm nghiên cứu (n=219)**

Chỉ số	Có TTTC (n=51)	Không TTTC (n=168)	p
Nhịp tim (ck/ph)	110,5 (90-127)	92,0 (80-108)	<0,01 <sup>d</sup>
HA trung bình (mmHg)	93,3 (82,3-110,0)	96,6 (90-107)	>0,05 <sup>d</sup>
Tần số thở (lần/phút)	20,0 (20-23)	20,0 (19-20)	<0,05 <sup>d</sup>
SpO <sub>2</sub> (%)	96,0(94-98)	97,0(96-98)	<0,05 <sup>d</sup>
Nhiệt độ (°C)	37,0 (36,7-37,0)	36,8 (36,5-37,0)	<0,05 <sup>d</sup>

<sup>d</sup> Mann-Whitney test

**Bảng 3.8. So sánh chỉ số huyết học giữa 2 nhóm nghiên cứu (n=219)**

Chỉ số	Có TTTC (n=51)	Không TTTC (n=168)	p
HC (T/l)	4,6±1,0	4,6±0,8	>0,05 <sup>e</sup>
Hb (g/l)	146,7±29,5	140,1±24,5	>0,05 <sup>e</sup>
HCT (L/l)	0,43 (0,4-0,5)	0,41 (0,37-0,45)	>0,05 <sup>d</sup>
BC (G/l)	12,02 (9,4-15,6)	12,96 (9,5-15,5)	>0,05 <sup>d</sup>
N (%)	83,70 (79,8-86,9)	81,3 (77,2-86,7)	>0,05 <sup>d</sup>

TC (G/l)	198,0 (136,5-288,5)	212,0 (178,0-284,0)	>0,05 <sup>d</sup>
Prothrombin (%)	76,6±19,2	87,0±19,9	<0,01 <sup>e</sup>
Prothrombin (giây)	14,40 (12,6-16,6)	12,80 (11,7-14,1)	<0,01 <sup>d</sup>
INR	1,20(1,1-1,3)	1,08(0,9-1,2)	<0,01 <sup>d</sup>

<sup>e</sup> student T test, <sup>d</sup> Mann\_Whitney U test

**Bảng 3.9. So sánh chỉ số sinh hóa giữa hai nhóm nghiên cứu (n=219)**

Chỉ số	Có TTTC (n=51)	Không TTTC (n=168)	p
Glucose (mmol/l)	10,3 (6,5-12,9)	8,1 (6,8-10,1)	<0,01 <sup>d</sup>
Ure (mmol/l)	9,6 (5,8-16,6)	3,8 (3,1-5,4)	<0,01 <sup>d</sup>
Creatinin (μmol/l)	150,0 (126,0-305,5)	54,0 (44,0-69,0)	<0,01 <sup>d</sup>
LDH (g/l)	668,5 (405,0-915,0)	286,0 (215,0-429,0)	<0,01 <sup>d</sup>
GOT (g/l)	69,6 (37,1-164,5)	27,0 (19,1-61,7)	<0,01 <sup>d</sup>
GPT (g/l)	29,8 (20,0-83,5)	19,35 (15,0-52,6)	>0,05 <sup>d</sup>
Bilirubin TP máu (μmol/l)	25,4 (15,6-44,1)	26,7 (11,7-27,7)	>0,05 <sup>d</sup>
Amylase máu (g/l)	489,9 (143,9-944,0)	272,2 (110,0-760,7)	>0,05 <sup>d</sup>
Albumin (g/l)	30,9±5,3	35,1±5,9	<0,01 <sup>e</sup>
Triglycerid (mmol/l)	8,8 (2,6-12,6)	4,6 (1,4-27,3)	>0,05 <sup>d</sup>
Natri (mmol/l)	135,0 (131,5-138,5)	136,0 (132,0-140,0)	>0,05 <sup>d</sup>
Kali (mmol/l)	3,9±0,7	3,7±0,5	<0,01 <sup>e</sup>
Clo (mmol/l)	95,1±6,8	99,7 ±5,5	<0,05 <sup>e</sup>
Canxi Tp (mmol/l)	1,6 (1,4-2,0)	2,1 (1,9-2,3)	<0,01 <sup>e</sup>
CRP (mg/l)	30,1 (18,8-33,8)	18,4 (3,7-29,2)	<0,05 <sup>d</sup>
Lactat (g/l)	2,1(1,5-3,9)	1,8(1,2-3,4)	<0,05 <sup>d</sup>
MLCT(ml/ph)	46,9±40,8	132,8±52,6	<0,01 <sup>e</sup>

<sup>e</sup> student T test, <sup>d</sup> Mann\_Whitney U test

**Bảng 3.10. So sánh chỉ số khí máu giữa hai nhóm nghiên cứu (n=219)**

Chỉ số	Có TTTC (n=51)	Không TTTC (n=168)	p
pH	7,37(7,3-7,4)	7,42(7,4-7,45)	<0,01 <sup>d</sup>
pCO <sub>2</sub>	28,8±7,2	33,0±4,8	<0,01 <sup>e</sup>
pO <sub>2</sub>	81,9(69,7-98,6)	89,7(75,3-97,3)	<0,01 <sup>d</sup>
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	17,6±5,9	22,1±4,0	<0,01 <sup>e</sup>
P/F	373,4±102,8	397,9±111,9	>0,05 <sup>e</sup>

<sup>d</sup> Mann\_Whitney U test, <sup>e</sup> student T test

**Bảng 3.11. So sánh kết quả chụp CLVT ổ bụng giữa hai nhóm nghiên cứu (n=219)**

Đôi tượng		Có TTTC (n=49)		Không TTTC (n=166)		p
		n	%	n	%	
Phân loại Balthazar	C	3	6,1	22	13,3	<0,05 <sup>a</sup>
	D	8	16,3	54	32,5	
	E	38	77,6	90,0	54,2	
VTC	Phù nề	35	67,3	126	75,4	>0,05 <sup>a</sup>
	Hoại tử	16	32,7	41	24,6	
Tràn dịch ổ bụng		35	68,6	90	54,2	<0,05 <sup>a</sup>
Tràn dịch màng phổi		35	68,6	64	38,6	<0,01 <sup>a</sup>
CTSI		4 (4,0-6,0)		4 (3,0-4,0)		<0,05 <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Chi-Square test, <sup>d</sup> Mann-Whitney U test

**Bảng 3.12. So sánh các bảng điểm giữa hai nhóm nghiên cứu (n=219)**

	Có TTTC (n=51)	Không TTTC (n=168)	p
APACHE II (điểm)	11,0(7-13)	5,0(3-7)	<0,01 <sup>d</sup>
SOFA (điểm)	3,5(1-5)	1,0(0-2,0)	<0,01 <sup>d</sup>
IMRIE (điểm)	3,0(2,0-4,0)	1,0(1,0-2,0)	<0,01 <sup>d</sup>
BISAP (điểm)	2,0(1,0-3,0)	1,0(0,0-2,0)	<0,01 <sup>d</sup>
MARSHALL (điểm)	2,0(1-4)	0,0(0-1)	<0,01 <sup>d</sup>

<sup>d</sup> Mann-Whitney U test

#### IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 10/2021 đến tháng 6/2023, tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi đã thu thập được 219 bệnh nhân viêm tụy cấp, trong đó 51 BN viêm tụy cấp (VTC) có tổn thương thận cấp (TTTC), 168 bệnh nhân viêm tụy cấp không tổn thương thận cấp.

**Đặc điểm lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau bụng gặp ở tất cả bệnh nhân sau đó buồn nôn, nôn, phản ứng thành bụng, sốt, tuy nhiên không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu, chỉ có triệu chứng chướng bụng gặp ở nhóm VTC có TTTC cao hơn nhóm không có TTTC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Theo chúng tôi, các bệnh nhân VTC có TTTC thường kèm theo suy các tạng khác và có tình trạng tăng áp lực ổ bụng cao hơn nhóm không có TTTC do vậy bụng sẽ chướng hơn. Khảo sát các chỉ số sinh tồn, nhóm bệnh nhân VTC có TTTC có các chỉ số nhịp tim, tần số thở và nhiệt độ cao hơn và chỉ số SpO<sub>2</sub> thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân VTC không có TTTC ( $p < 0,05$ ), chỉ số HA trung bình không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu, kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Phan Trung Nhân: Về đặc điểm

lâm sàng, có sự khác biệt có ý nghĩa về giá trị trung bình của nhịp tim lúc nhập viện, tỉ lệ BN có nhịp thở  $\geq 22$  lần/phút và tỉ lệ BN có huyết áp tâm thu  $\leq 100$  mmHg giữa hai nhóm BN VTC nặng và không nặng [4]. Trong nghiên cứu của tác giả Simin Wu: tần số thở, HA tối đa, HA tối thiểu huyết áp trung bình và độ bão hòa SpO<sub>2</sub> giữa 2 nhóm có khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ )[5]. Trong cơ chế bệnh sinh của VTC có TTTC, khi thận bị tổn thương, bản thân thận cũng là nguyên nhân ảnh hưởng đến chức năng của các cơ quan khác như tim mạch, hô hấp, thân nhiệt, tiêu hóa...

**Đặc điểm cận lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số hồng cầu, Hemoglobin, Hematocrit, Bạch cầu, Tiểu cầu của nhóm bệnh nhân VTC có TTTC không có sự khác biệt so với nhóm VTC không có TTTC. Trung vị các chỉ số prothrombin (giây) và INR của nhóm VTC có TTTC cao hơn ngược lại, prothrombin (%) lại thấp hơn nhóm BN VTC không có TTTC, khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với tác giả Simin Wu chỉ số BC, AST, Billirubin TP, Bicarbonate, Ure, Calci và các chỉ số đông máu INR, PT, APTT giữa 2 nhóm VTC có TTTC và không TTTC có khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), sự khác biệt các chỉ HB, HCT, ALT, Natri, Kali, Clo, Glucose máu giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ )[5].

Đối với sinh hóa máu, phần lớn các chỉ số sinh hóa máu: Glucose, Ure, Creatinin LDH, GOT, Bilirubin, CRP và Lactat của nhóm BN VTC có TTTC có trung vị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm BN VTC không TTTC. Chỉ số Albumin, điện giải Natri, Kali, Clo, CanxiTP và mức lọc cầu thận của nhóm BN VTC có TTTC thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có TTTC. Nồng độ Amylase máu, GPT và Triglycerid không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Đánh giá mức độ tổn thương tụy theo thang điểm Balthazar, trong nghiên cứu của chúng tôi VTC Balthazar E chiếm tỷ lệ cao nhất trong mỗi nhóm VTC có TTTC và không TTTC lần lượt là 77,6 và 54,2 %, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu với  $p < 0,05$ . Tỷ lệ viêm tụy cấp hoại tử của nhóm VTC có TTTC cũng cao hơn nhóm không có TTTC, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, điểm CTSI của hai nhóm nghiên cứu có trung vị bằng nhau và bằng 4. VTC có biến chứng tại chỗ và biến chứng toàn thân, trong đó tỷ lệ tràn dịch màng phổi và tràn dịch ổ bụng của nhóm VTC có TTTC cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm

không TTTC. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Trần Minh Tuấn, phân độ Balthazar E, D, và C chiếm tỉ lệ lần lượt 46,30%, 40,74% và 12,96%, hoại tử tụy gặp ở 8,8% bệnh nhân [6].

## V. KẾT LUẬN

- Có 51/219 (23,3%) viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp. Tỷ lệ tổn thương thận giai đoạn 1, 2 và 3 lần lượt là 47,06%; 33,33% và 19,61%

- Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới trên cả hai nhóm nghiên cứu viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp (88,2% nam so với 11,8% nữ giới) và viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp (80,4% nam so với 19,6 nữ)

- Nhóm viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp có tỷ lệ chướng bụng, tần số thở, SpO<sub>2</sub>, nhiệt độ, tỷ lệ prothrombin (giây), INR cao hơn và tỷ lệ prothrombin (%) thấp hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) so với nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp.

- Sinh hóa máu: Glucose, Ure, Creatinin LDH, GOT, Bilirubin, CRP và Lactat của nhóm BN viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp có trung vị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp.

- Chỉ số Albumin, điện giải Natri, Kali, Clo, CanxiTP và mức lọc cầu thận của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có tổn thương thận cấp.

- Nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp có pH, pCO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub> thấp hơn và pO<sub>2</sub> cao hơn nhóm BN viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống

kê với  $p < 0,01$ ; chỉ số P/F giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, viêm tụy cấp Balthazar E chiếm tỷ lệ cao nhất trên cả hai nhóm nghiên cứu, sự khác biệt theo thang điểm Balthazar và điểm CTSI giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ viêm tụy cấp hoại tử không khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm.

- Bảng điểm APACHE II, SOFA, IMRIE, BISAP, MARSHAL của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp có tổn thương thận cấp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm viêm tụy cấp không có tổn thương thận cấp.

- Có 3/51 bệnh nhân nặng xin về chiếm 5,9%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P. Szatmary, T. Grammatikopoulos, W. Cai, et al. (2022), "Acute Pancreatitis: Diagnosis and Treatment", *Drugs*. 82(12): 1251-1276.
2. P. A. Banks, T. L. Bollen, C. Dervenis, et al. (2013), "Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus", *Gut*. 62(1): 102-11.
3. A. Khwaja (2012), "KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury", *Nephron Clin Pract.* 120(4): c179-84.
4. Phan Trung Nhân (2023), "Yếu tố liên quan đến viêm tụy cấp mức độ nặng ở bệnh nhân có điểm BISAP thấp", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 520(1B).
5. S. Wu, Q. Zhou, Y. Cai, et al. (2023), "Development and validation of a prediction model for the early occurrence of acute kidney injury in patients with acute pancreatitis", *Ren Fail.* 45(1): 2194436.
6. Trần Minh Tuấn, Trần Hà Hiếu, Đỗ Thanh Tùng, et al. (2023), "Giá trị của thang điểm Bisap trong tiên lượng mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp điều trị tại Bệnh viện Quân y 175", *Tạp chí Y học Quân sự*(363): 20-24.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH SAI KHỚP CÙNG ĐÒN CẤP TÍNH BẰNG NẸP MÓC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Phạm Ngọc Thăng<sup>1</sup>, Đinh Quang Duân<sup>2</sup>, Thái Ngọc Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu** đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sai khớp cùng đòn cấp tính bằng nẹp móc. **Đối tượng nghiên cứu**: 35 BN sai khớp cùng đòn độ III-V được

phẫu thuật cố định bằng nẹp móc từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2023. **Phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc. Tất cả các trường hợp được đánh giá lâm sàng và X Quang trước mổ - sau mổ và tại thời điểm theo dõi xa nhất. Đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm Constant-Murley. **Kết quả**: 35 BN sai khớp cùng đòn được cố định bằng nẹp móc (26 nam, 9 nữ) tuổi từ 25-68, tuổi trung bình là 45,43 ± 11,23 tuổi. Sai khớp cùng đòn độ V 20 trường hợp, độ III 15 trường hợp. Nắn chỉnh khớp về vị trí giải phẫu 100%. Kiểm tra xa được 26 BN. Thời gian theo dõi trung bình là 20.51 ±

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 7 - Quận khu 3

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thăng

Email: thangb1v103@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024