

7. Zeng, G., O. Traxer, W. Zhong, P. Osther, M. S. Pearle, G. M. Preminger, G. Mazzon, C. Seitz, P. Geavlete, C. Fiori, K. R. Ghani, B. H. Chew, K. A. Git, F. C. Vicentini, A. Papatsoris, M. Brehmer, J. L. Martinez, J. Cheng, F. Cheng, X. Gao, N. Gadzhiev, A. Pietropaolo, S. Proietti, Z. Ye, K. Sarica (2023), "International Alliance of Urolithiasis guideline on retrograde intrarenal surgery", *BJU Int*, 131(2), tr. 153-164.
8. Zheng, J., Y. Wang, B. Chen, H. Wang, R. Liu, B. Duan, J. Xing (2020), "Risk factors for ureteroscopic lithotripsy: a case-control study and analysis of 385 cases of holmium laser ureterolithotripsy", *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 15(1), tr. 185-191.
9. Kadihasanoglu, Mustafa, Ugur Yucetas, Mehmet Gokhan Culha, Erkan Erkan, Mahmut Gokhan %J *J Coll Physicians Surg Pak Toktas* (2017), "Effect of stone composition on the outcomes of semi-rigid ureteroscopy using holmium: yttrium-aluminum-garnet laser or pneumatic lithotripsy", 27(4), tr. 227-231.
10. Ordon, Michael, Sero Andonian, Brian Blew, Trevor Schuler, Ben Chew, Kenneth T %J *Canadian Urological Association Journal Pace* (2015), "CUA Guideline: Management of ureteral calculi", 9(11-12), tr. E837.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP NẶNG ĐƯỢC DẪN LƯU Ổ TỤ DỊCH Ổ BỤNG QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Vũ Tiến Hoàng¹, Trần Hữu Thông², Nguyễn Anh Tuấn²,
Đặng Tuấn Dũng², Nguyễn Thành³, Lê Thị Lâm¹, Nguyễn Tuấn Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có ổ tụ dịch ổ bụng được dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn siêu âm. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 48 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Thu thập và phân tích các thông số: đặc điểm bệnh nhân, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân có các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng điển hình của viêm tụy cấp mức độ nặng. Các thông số như PH máu thấp, Interleukin 6, Procalcitonin máu, thang điểm APACHE II, SOFA cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm tử vong, thất bại. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi củng cố thêm bằng chứng về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ biến chứng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Tuy nhiên, cần nghiên cứu trên quy mô lớn hơn để xác định giá trị chính xác của các xét nghiệm tiên lượng. Các xét nghiệm interleukin 6, procalcitonin, lactat máu và điểm APACHE II nên được thực hiện thường quy ở bệnh nhân viêm tụy cấp để đánh giá nguy cơ biến chứng và tiên lượng.

Từ khóa: Viêm tụy cấp nặng; Dẫn lưu ổ tụ dịch qua da dưới hướng dẫn siêu âm

SUMMARY

OUTCOMES OF ULTRASOUND-GUIDED PERCUTANEOUS DRAINAGE OF ABDOMINAL FLUID COLLECTIONS IN

¹Đại học Y Hà Nội phân hiệu Thanh Hoá

²Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai

³Trung tâm Cấp cứu 115

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024

PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with severe acute pancreatitis who underwent ultrasound-guided percutaneous drainage of intra-abdominal fluid collections. **Methods:** A cross-sectional study of 48 patients with severe acute pancreatitis was conducted. Parameters including patient demographics, clinical manifestations, and laboratory tests were collected and analyzed. **Results:** Most patients exhibited typical clinical and paraclinical features of severe acute pancreatitis. Parameters such as low blood pH, elevated Interleukin 6, Procalcitonin, APACHE II and SOFA scores were statistically significantly higher in the mortality/failure group. **Conclusions:** Our study provides further evidence on the clinical features and risk factors for complications in patients with acute pancreatitis. However, larger studies are required to determine the prognostic accuracy of laboratory tests. Interleukin 6, procalcitonin, lactate and APACHE II score should be routinely performed in patients with acute pancreatitis to assess risks of complications and prognosis. **Keywords:** Severe acute pancreatitis; Ultrasound-guided percutaneous drainage of intra-abdominal fluid collections

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một bệnh lý cấp tính nguy hiểm, đe dọa tính mạng người bệnh. Theo thống kê, tỷ lệ tử vong do viêm tụy cấp vẫn còn cao, khoảng 10-30%¹. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp là do sốc nhiễm trùng, suy đa tạng. Sốc nhiễm trùng xảy ra do sự giải phóng các chất trung gian viêm như cytokine, histamin, bradykinin... dẫn đến tăng tính thấm thành mạch, rối loạn tuần hoàn và suy

chức năng các cơ quan². Một trong những nguyên nhân quan trọng dẫn đến tình trạng sốc nhiễm trùng là sự tích tụ dịch ổ bụng do hoại tử mô tế bào trong quá trình viêm tụy cấp³

Các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ tụ dịch ổ bụng ở bệnh nhân viêm tụy cấp khoảng 40-60%⁴. Sự xuất hiện của dịch ổ bụng sẽ làm tăng áp lực ổ bụng, ảnh hưởng lên chức năng cơ quan như hô hấp, lưu thông máu. Ngoài ra, dịch tụ cũng là môi trường thuận lợi cho các vi sinh vật phát triển, gây nhiễm trùng huyết và nặng thêm tình trạng viêm⁵. Do đó, việc nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp có tụ dịch ổ bụng là rất cần thiết, giúp làm sáng tỏ những ảnh hưởng của dịch tụ đến diễn biến bệnh. Tuy nhiên, các công trình nghiên cứu về vấn đề này còn hạn chế. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có ổ tụ dịch ổ bụng. Kết quả nghiên cứu hy vọng sẽ góp phần làm sáng tỏ hơn về đặc điểm bệnh lý của nhóm bệnh nhân này, từ đó có thể đưa ra các chiến lược điều trị phù hợp hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân viêm tụy cấp nặng thỏa mãn tiêu chuẩn chọn và loại trừ trong nghiên cứu. Dữ liệu bệnh nhân nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu từ tháng 5/2022 – 5/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân cần có đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu dưới đây:

- Tuổi ≥ 18 tuổi
- Chẩn đoán viêm tụy cấp nặng theo tiêu chuẩn của Atlanta 2012⁶. Cụ thể:
 - + Đau bụng với tính chất cấp tính, dai dẳng và dữ dội, thường lan ra sau lưng.
 - + Tăng lipase (amylase) huyết thanh ít nhất gấp 3 lần giới hạn bình thường.
 - + Hình ảnh đặc trưng của viêm tụy trên phim chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang (CECT) hoặc trên phim chụp cộng hưởng từ (MRI) hoặc siêu âm ổ bụng
- Được dẫn lưu ổ tụ dịch qua da dưới hướng dẫn siêu âm

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân cần có một trong các tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu dưới đây:

- Thiếu thông tin hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế, địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Địa điểm. Đây là nghiên cứu mô tả hồi cứu tại bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng (05/2022 tới 05/2023).

Nội dung/chỉ số nghiên cứu. Dữ liệu cho mỗi bệnh nhân nghiên cứu được thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất giống nhau và bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử và bệnh lý nền, nguyên nhân gây viêm tụy cấp nặng

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

2.3. Xử lý số liệu: - Thống kê mô tả bằng tần số, tỷ lệ %, trung vị.

- So sánh các nhóm bằng, chi-square.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng bảo vệ đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua trước khi tiến hành thu thập số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $45,2 \pm 16,5$ tuổi, tỷ lệ nam giới mắc VTC chiếm (81.25%), gấp 4.3 lần so với nữ giới (18.75%). Đa số bệnh nhân VTC là ở độ tuổi trẻ dưới 40 tuổi chiếm 52,1%, tiếp theo là nhóm trung niên từ 40-65 tuổi chiếm 35,4%.

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Giới		
Nam	39	81.25
Nữ	9	18.75
Tuổi		
Dưới 40 tuổi	25	52.1
Từ 40-> 65 tuổi	17	35.4
Trên 65 tuổi	6	12.5
Tuổi trung bình (X \pm SD)	45.2 \pm 16.5	
Tiền sử bệnh, bệnh lý nền		
Viêm tụy cấp, n (%)	16	33.3
Sỏi đường mật, n (%)	3	6.3
Rối loạn lipid máu, n (%)	12	25
Đái tháo đường, n (%)	1	2.1
Bệnh thận mạn, n (%)	0	0
Tăng huyết áp, suy tim, n (%)	7	14.6
Lạm dụng rượu, n (%)	23	47.9
Nguyên nhân		
Do rượu	19	39.6
Do tăng triglycerid	26	54.3
Do sỏi	2	4.3
Do nguyên nhân khác	1	2.1
Không rõ nguyên nhân	8	16.7

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- **Đặc điểm lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân đều có biểu hiện đau thượng vị, với 97.9% có biểu hiện của cơn đau bụng điển hình. 100% bệnh nhân chướng bụng do liệt ruột hoặc tích tụ dịch ổ bụng.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

Triệu chứng	Tổng (n=48)	Thành công (n=40)	Thất bại (n=8)	p
Đau bụng điển hình (n,%)	47(97.9)	39(81.2)	8(16.7)	0.833
Cường độ đau (n,%)				
- Đau ít	2(4.3)	2(4.3)	0	0.689
- Đau nhiều	17(37.0)	15(32.6)	2(4.3)	0.616
- Đau dữ dội	27(58.7)	22(47.8)	5(10.9)	0.616
Nôn	43(89.6)	37(77.1)	6(12.5)	0.189
Chướng bụng	48 (100)	40(83.3)	8(16.7)	1.00
Dịch ổ bụng (n,%)	48(100)	40 (83.3)	8(16.7)	1.00
Phản ứng TB (n,%)	1(2.1)	0	1(2.1)	0.167
Sốt (n,%)	24 (50%)	21 (43.8)	3(6.2)	0.350
Khó thở (n,%)	46(95.8)	38(79.2)	8(16.7)	0.691
Vàng da (n,%)	5(10.4)	4(8.3)	1(2.1)	0.616
Mạch (n,%)				
- Từ 100l/p trở lên	43(89.6)	36(75)	7(14.6)	0.616
- Dưới 100l/p	5(10.4)	4(8.3)	1(2.1)	0.616
Huyết áp trung bình (n,%)				
- Từ 65mmhg trở lên	44(91.7)	38(79.2)	6(12.5)	0.124
- Dưới 65mmhg	4(8.3)	2(4.2)	2(4.2)	0.124
- Sử dụng vận mạch (n,%)	14(29.2)	10(20.8)	4(8.3)	0.160

Bảng 3. Đặc điểm tăng áp lực ổ bụng

Áp lực ổ bụng	n	%
Độ I (12-15mmHg)	2	4.2
Độ II (15-20mmHg)	22	45.8
Độ III (20-25mmHg)	18	37.5
Độ IV(>25mmHg)	6	12.5

- **Đặc điểm cận lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân có tăng amylase >3 lần với giá trị ngưỡng, trung bình

350±149U/L (bảng 4)

Trong nghiên cứu của chúng tôi quan sát: 93.7% bệnh nhân có trên 2 ổ tụ dịch. Theo phân loại Balthazar đánh giá tổn thương tụy Balthazar E chiếm 100%, hoại tử tụy khoảng 75%, trong đó hoại tử tụy dưới 30 % chiếm tỷ lệ 35.4%, hoại tử 30-50% chiếm tỷ lệ 33.3%, hoại tử > 50% chiếm tỷ lệ 6.3%. Khí xuất hiện trên phim CT là 16.7% (bảng 5).

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

Cận lâm sàng	Tổng (n=48)	Thất bại (n=8)	Thành công (n=40)	p
Sinh hóa				
Amylase máu, trung bình (độ lệch chuẩn)	350±149	309±89	358±157	0.406
Ure(mmol/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	10.4±5.9	11.3±5.4	10.2±6.0	0.639
Creatinin(μmol/L), trung bình độ lệch chuẩn)	195.2±161.8	200±89.7	194±173	0.928
AST(U/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	263.8±986.7	61.7±41.8	304.1±1078.4	0.532
ALT(U/L), trung bình (độ lệch chuẩn)	86.5±209.9	26.2±8.0	98.6±228.5	0.380
Bilirubin toàn phần, trung bình (độ lệch chuẩn)	25.3±29.4	21.5±21.0	26.1±30.9	0.691
Interleukin 6, trung bình (độ lệch chuẩn)	881.2±1470	2034±3278	657.9±697	0.034
Procalcitonin (ng/mL), trung bình (độ lệch chuẩn)	19.5±25.35	39.8±32.1	15.5±22.1	0.012
Khí máu				
pH máu, trung bình (độ lệch chuẩn)	7.32±0.13	7.21±0.17	7.34±0.11	0.013
PCO ₂ , trung bình (độ lệch chuẩn)	28±6	30.6±4.4	27.5±6.3	0.185
PaO ₂ , trung bình (độ lệch chuẩn)	104±51	89.2±22.5	107±55.0	0.362
HCO ₃ ⁻ , trung bình (độ lệch chuẩn)	15.3±4.8	12.9±3.6	15.8±5.0	0.119
Lactat, trung bình (độ lệch chuẩn)	3.2±1.6	4.9±1.5	2.9±1.5	0.001
Chỉ số PaO ₂ /Fio ₂ , trung bình (độ lệch chuẩn)	273±118	180.6±120.2	292±110	0.013

Huyết học				
Hemoglobin Hb (g/dL), trung bình (độ lệch chuẩn)	132±30	128±29.7	133±31.1	0.683
Số lượng bạch cầu, trung bình (độ lệch chuẩn)	12.1±6,7	12.2±5.7	12.1±7.0	0.960
Số lượng tiểu cầu, trung bình (độ lệch chuẩn)	181±82	175±77	182±84	0.815
INR, trung bình (độ lệch chuẩn)	1.7±1.5	1.8±0.6	1.6±0.25	0.825
APTT, trung bình (độ lệch chuẩn)	1.15±0.53	1.24±0.37	1.13±0.56	0.599
Fibrinogen, trung bình (độ lệch chuẩn)	4.8±1.9	3.7±1.47	5.0±2.0	0.094

Bảng 5. Đặc điểm hình ảnh ổ tụ dịch

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Số lượng ổ tụ dịch		
- 1 ổ tụ dịch	3	6.3
- Trên 1 ổ tụ dịch	45	93.7
Vị trí ổ tụ dịch		
- Quanh tụy	48	100
- Khoảng cạnh thận trái	10	20.8
- Khoảng cạnh thận phải	12.5	39.6
- Rãnh đại tràng trái	30	62.5
- Rãnh đại tràng phải	19	39.6
- Hậu cung mạc nối	6	12.5
- Mạc treo	0	0
- Dịch tự do	38	79.2

Bảng 6. Các giá trị tiên lượng mức độ nặng

Các giá trị tiên lượng	Tổng (n=48)	Thành công (n=40)	Thất bại (n=8)	p
CTSI (X±SD)	6.42±1.79	6.35±1.75	6.75±2.12	0.571
APACHE II (X±SD)	14.2±5.34	13.38±0.50	18.13±5.46	0.02
SOFA (X±SD)	5.46±3.25	5.08±3.28	7.38±2.45	0.067
ALOB (X±SD) (cmH2O)	28.3±5.1	28.28±5.22	28.13±4.73	0.94

IV. BÀN LUẬN

- Tỷ lệ nam/ nữ trong nhóm nghiên cứu có tỷ lệ 4.3/1. Sự khác biệt này có thể do nam giới có tỷ lệ hút thuốc, nghiện rượu cũng như các yếu tố nguy cơ khác cao hơn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Huang et al. ⁷ cũng ghi nhận tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao gấp đôi so với nữ giới.

- Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu ở độ tuổi trẻ và trung niên với độ tuổi trung bình là 45.2. Như vậy, VTC thường gặp ở người trưởng thành, thanh niên, độ tuổi lao động, ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt và công việc. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh và cs (2017), trong đó tuổi trung bình của bệnh nhân VTC là 44,6 tuổi.⁸

- Về tiền sử bệnh lý, tỷ lệ viêm tụy cấp tái phát chiếm 33,3%, rối loạn lipid máu chiếm 25% và lạm dụng rượu bia chiếm 47,9%.

- Kết quả cho thấy nguyên nhân do tăng triglycerid chiếm 54.3%, do rượu chiếm 39.6% trong các nguyên nhân dẫn đến VTC. Kết quả về nguyên nhân viêm tụy cấp tương đồng với các nghiên cứu gần đây, cho thấy xu hướng gia tăng của nguyên nhân rối loạn chuyển hóa so với trước đây⁹

Phát hiện khí trên phim chụp CLVT	8	16.7
--	---	------

3.3. Các thang điểm tiên lượng mức độ nặng của bệnh nhân khi vào viện. CTSI trung bình của toàn bộ nhóm là 6,42±1,79. Điểm APACHE II trung bình của toàn bộ nhóm là 14,2±5,34; nhóm thành công thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm thất bại (13,38±0,50 so với 18,13±5,46; p=0,02). Điểm SOFA trung bình của toàn bộ nhóm là 5,46±3,25. Áp lực ổ bụng (ALOB) trung bình của toàn bộ nhóm là 28,3±5,1 cmH2O; không có sự khác biệt giữa 2 nhóm thành công và thất bại.

- Kết quả phân tích đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp trong nghiên cứu này cho thấy, phần lớn các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng điển hình của bệnh như đau bụng, nôn, sốt, tăng nhịp tim, tăng nhịp thở, vàng da, chướng bụng, dịch ổ bụng. Tuy nhiên, khi so sánh giữa 2 nhóm bệnh nhân, nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần suất các triệu chứng lâm sàng. Điều này cho thấy, dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, chúng ta không thể dự đoán được tiên lượng điều trị của bệnh nhân viêm tụy cấp.

- Đặc điểm tăng áp lực ổ bụng ở nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp tại thời điểm nhập viện. Kết quả cho thấy, đa số bệnh nhân viêm tụy cấp có tình trạng tăng áp lực ổ bụng ở mức độ vừa và nặng. Theo Bhansali và cộng sự ¹⁰, tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân viêm tụy cấp là 66,7%, trong đó 39,4% ở mức độ vừa và 27,3% ở mức độ nặng.

- Kết quả cho thấy, một số chỉ số có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, bao gồm interleukin-6 (p=0,034), procalcitonin (p=0,012), pH máu (p=0,013), chỉ số PaO2/FiO2 (p=0,013) và lactat máu (p=0,001).

Đây đều là các chỉ số viêm quan trọng, tăng cao trong hội chứng đáp ứng viêm hệ thống ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Một nghiên cứu của Mounzer et al¹¹ cũng cho thấy interleukin-6 và procalcitonin có giá trị tiên lượng mức độ nặng và tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp.

Nhóm điều trị thất bại cũng có độ pH máu thấp hơn, chỉ số PaO₂/FiO₂ thấp hơn và lactat máu cao hơn nhóm thành công.

- Trong số các chỉ số tiên lượng được đánh giá ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, chỉ có điểm APACHE II có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm điều trị thành công và thất bại. Điểm APACHE II trung bình ở nhóm thành công điều trị là 13,38±0,50, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm thất bại là 18,13±5,46 với p=0,02. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng điểm APACHE II cao có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng (Khanna et al.¹²). Ngược lại, các chỉ số tiên lượng khác như CTSI, SOFA và ALOB không có sự khác biệt giữa nhóm điều trị thành công và thất bại. Đây cũng là kết quả tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Mounzer et al¹¹

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi củng cố thêm bằng chứng về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ biến chứng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Tuy nhiên, cần nghiên cứu trên quy mô lớn hơn để xác định giá trị chính xác của các xét nghiệm tiên lượng.

Các xét nghiệm interleukin 6, procalcitonin, lactat máu và điểm APACHE II nên được thực

hiện thường quy ở bệnh nhân viêm tụy cấp để đánh giá nguy cơ biến chứng và tiên lượng.

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa quan trọng trong việc mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân viêm tụy cấp, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lankisch PG, Apte M, Banks PA.** Acute pancreatitis. *Lancet.* 2015;386(9988):85-96.
2. **Bhatia M, Brady M, Shokuh S, et al.** Inflammatory mediators in acute pancreatitis. *J Pathol.* 2000;190(2):117-25.
3. **van Santvoort HC, Bakker OJ, Bollen TL, et al.** A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome. *Gastroenterology.* 2011;141(4):1254-63.
4. **Stimac D, Fistic E, Milic S, et al.** Prognostic values of CT findings in acute pancreatitis. *Radiol Oncol.* 2017;51(1):19-23.
5. **Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines.** IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatol.* 2013;13(4 Suppl 2):e1-15
6. **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.
7. **Huang et al.** Clinical features and treatment of acute pancreatitis. *J Clin Med.* 2017;10(11):E765
8. **Nguyễn Thị Mỹ Hạnh và cs.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ
9. **Lankisch PG, Apte M, Banks PA.** Acute pancreatitis. *Lancet.* 2015;386(9988):85-96.
10. **Bhansali, S. K., Bhansali, S., Kochhar, R.,... Gupta, R.** (2015). Correlates of Abdominal Compartment Syndrome in Acute Severe Alcoholic Pancreatitis

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Minh Hải (81)¹, Trần Hoàng Tùng², Vũ Minh Hải

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nội khoa chấn thương sọ não trẻ em khi ra viện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang 69 trẻ dưới 16 tuổi chấn

thương sọ não điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 1 năm 2023. **Kết quả:** nhóm tuổi 1-10 gặp tỷ lệ cao nhất (81,1%). 69 bệnh nhi gồm 48 nam (69,56%), cao hơn 2 lần so với nữ 21(30,44%). Nguyên nhân do tai nạn giao thông cao nhất (49,27%), tiếp theo là do ngã (24,64%), bạo lực và các nguyên nhân khác như bị vật nặng rơi vào đầu hoặc va chạm thể thao chiếm tỷ lệ thấp hơn. Tình trạng chấn thương sọ não nhẹ khi nhập viện (85,50%). Chụp cắt lớp vi tính: máu tụ ngoài màng cứng chiếm tỷ lệ cao nhất (40,58%), máu tụ dưới màng cứng (18,84%), vỡ xương sọ (14,49%), xuất huyết dưới nhện (11,59%), dập não (5,80%), thấp nhất là chảy máu não thất (1,45%). Kết quả điều trị khi ra viện có 65,21% hồi phục hoàn toàn và

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 15.01.2024