

Tỷ lệ tai biến chung cho mẹ và con ở nhóm đẻ mổ (1,79%) cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo (0%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Nhóm trọng lượng thai 3700 - <4000g có tỷ lệ tai biến cao nhất (5,3%), cao hơn nhóm  $\geq 4000$  g (4,55%) và nhóm 3500 - <3700g (3,14%). Điều này có thể do nhóm thai có trọng lượng 3700 - <4000g nằm ở ranh giới, nên thái độ xử trí chưa có sự thống nhất, dẫn đến những biến cố xảy ra trong theo dõi chuyển dạ. Tuy nhiên, cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn để kết luận và đưa ra khuyến cáo.

### KẾT LUẬN

Quá trình nghiên cứu kết quả xử trí thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương ghi nhận tỷ lệ mổ đẻ (49,78%) và đẻ đường âm đạo (50,22%) gần tương đương nhau. Tỷ lệ mổ đẻ và mổ đẻ chủ động tăng dần theo trọng lượng thai.

Tỷ lệ tai biến trong nhóm mổ đẻ là 5,8 % và đẻ đường âm đạo là 2,21%. Trong đó có 3 trường hợp băng huyết sau sinh, 2 trường hợp suy hô hấp, 2 trường hợp hạ đường huyết sau sinh.

### KIẾN NGHỊ

Theo dõi lượng máu mất trong cuộc mổ lấy thai để chẩn đoán sớm những trường hợp băng huyết sau sinh.

Tăng cường quản lý thai nghén để giảm tai biến gây ra bởi thai to và giảm tỷ lệ mổ lấy thai.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản".
2. **Alsammani M. A., Ahmed S. R.** (2012). "Fetal and maternal outcomes in pregnancies complicated with fetal macrosomia", *N Am J Med Sci*, 4 (6), 283 - 6.
3. **Wang C., Yang H. X.** (2016). "Diagnosis, prevention and management of gestational diabetes mellitus", *Chronic Dis Transl Med*, 2 (4), 199 - 203.
4. **Nguyễn Minh Thiện và cs** (2019). "Nghiên cứu kết quả xử trí thai to tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Y học thực hành*, 11(2), 266 - 70.
5. **Turkmen.S., Johansson.S., Dahmoun.M.**(2015). "Foetal Macrosomia and Foetal-Maternal Outcomes at Birth", *Journal of Pregnancy*, 2018, 4790136.
6. **Bonnet M. P., Basso O., Bouvier-Colle M. H., et al.** (2013). "Postpartum haemorrhage in Canada and France: a population-based comparison", *PLoS One*, 8 (6), e66882.
7. **Schaefer-Graf U. M., Pawliczak J., Passow D., et al.** (2005). "Birth weight and parental BMI predict overweight in children from mothers with gestational diabetes", *Diabetes Care*, 28 (7), 1745 - 50.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA Ổ TỤ DỊCH TRONG VIÊM TỤY CẤP

**ĐẶNG HỒNG NHÂN,  
DƯƠNG CÔNG THÀNH, TRẦN NGỌC ÁNH**  
*Trường Đại học Y Hà Nội*

### TÓM TẮT

Ổ tụ dịch là biến chứng thường gặp nhất trong viêm tụy cấp với tỷ lệ 30% - 50%<sup>[1]</sup>.

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ổ tụ dịch trong viêm tụy cấp và một số yếu tố liên quan đến hình thành ổ tụ dịch.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả cắt ngang trên 117 bệnh nhân viêm tụy cấp có ổ tụ dịch theo phân loại Atlanta 2012<sup>[2]</sup> tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 6 năm 2021.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $42,0 \pm 10,6$ . Nam/nữ 8/1. Rượu là nguyên nhân gặp chủ yếu 60%,  $p < 0,01$ . Đau bụng gặp ở 100% người bệnh, 83,5% có VAS  $\geq 4$ . VAS tại thời điểm nhập viện ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D ( $5,2 \pm 1,3$  so với  $4,6 \pm 1,2$ ,  $p < 0,01$ ). Chướng bụng, sốt, suy tạng ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D, tỷ lệ lần lượt là 91,1% so với 75,9%; 48,2% so với 29,5%; 16,1% so với 4,9% ( $p < 0,05$ ). Calci máu ở nhóm grade E thấp hơn có ý nghĩa nhóm grade D ( $2,0 \pm 0,3$  so với  $2,2 \pm 0,1$  mmol/l,  $p < 0,01$ ). LDH máu ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D ( $281,3 \pm 255,8$  so với  $186,6 \pm 96,7$  IU/L,  $p < 0,05$ ). Điểm SIRS  $\geq 2$  và điểm HAPS  $> 0$  xuất hiện với tỷ lệ cao (73,3% và 84,5%). Điểm SIRS  $\geq 2$  xuất hiện ở nhóm grade

Chịu trách nhiệm: Đặng Hồng Nhân

Email: dnhnm@gmail.com

Ngày nhận: 19/5/2021

Ngày phản biện: 27/6/2021

Ngày duyệt bài: 10/7/2021

E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D (89,1% so với 59,0%,  $p < 0,01$ ).

**Kết luận:** Rượu là nguyên nhân gặp chủ yếu của ổ tụ dịch. Giảm calci máu và SIRS  $\geq 2$  có ý nghĩa dự đoán sự xuất hiện nhiều ổ tụ dịch trong nghiên cứu của chúng tôi.

**Từ khóa:** Viêm tụy cấp, ổ tụ dịch.

#### SUMMARY

#### STUDYING CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE PERIPANCREATIC FLUID COLLECTIONS IN ACUTE PANCREATITIS

Acute peripancreatic fluid collections is the most frequent complication of acute pancreatitis, 30% - 50%<sup>[1]</sup>.

**Objectives:** To investigate the clinical and subclinical characteristics of acute peripancreatic fluid collections in acute pancreatitis and some factors related to the formation of acute peripancreatic fluid collections.

**Subjects and methods:** A retrospective cross-sectional study of 117 patients diagnosed with acute pancreatitis with acute peripancreatic fluid collections according to the 2012 revised Atlanta classification<sup>[2]</sup> at Hanoi Medical University Hospital from August 2018 to June 2021.

**Results:** Average age is 42 years old. Male/Female 8/1. The proportion of alcoholic etiology (60%) in patients with acute peripancreatic fluid collections was significantly higher compared to other etiologies ( $p < 0.01$ ). Abdominal pain was found in 100% of patients. 83.5% of patients had VAS score  $\geq 4$ . The level of pain according to VAS scale on admission in grade E was significantly higher, compared in grade D ( $5.2 \pm 1.3$  vs.  $4.6 \pm 1.2$ ,  $p < 0.01$ ). Abdominal distention, fever, organ failure in grade E were significantly higher than in grade D, respectively 91.1% vs. 75.9%, 48.2% vs 29.5%, 16.1% vs 4.9%,  $p < 0.05$ . Serum calcium levels in grade E was significantly lower than in grade D ( $2.0 \pm 0.3$  vs  $2.2 \pm 0.1$  mmol/l,  $p < 0.01$ ). LDH was significantly higher in grade E, compared to grade D,  $281.3 \pm 255.8$  vs  $186.6 \pm 96.7$  IU/L,  $p < 0.05$ . SIRS score  $\geq 2$  and HAPS  $> 0$  had high rates of 73.3% and 84.5%, respectively. SIRS score  $\geq 2$  in grade E was significantly higher than in grade D (89.1% vs 59.0%,  $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** Alcohol was the most common etiology. Hypocalcemia and SIRS score  $\geq 2$  correlated significantly with the occurrence of more acute peripancreatic fluid collections.

**Keywords:** acute pancreatitis, acute peripancreatic fluid collections (APFC).

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là quá trình viêm cấp tính của nhu mô tụy trong đó 80 – 85% trường hợp là viêm tụy cấp thể nhẹ, khoảng 20% là viêm tụy

cấp thể trung bình và nặng<sup>[3]</sup>. Ổ tụ dịch quanh tụy cấp tính (APFC – acute peripancreatitis fluid collection) là biến chứng tại chỗ thường gặp nhất (30-50%), xuất hiện trong 4 tuần đầu kể từ khi khởi phát bệnh. APFC hình thành do sự tích tụ dịch viêm quanh tụy và chưa hình thành vỏ xơ bao quanh gặp trong viêm tụy cấp thể nhẹ, không có sự hoại tử nhu mô tụy<sup>[2]</sup>. Phần lớn APFC vô trùng thường tự thoái triển trong vài tuần đầu (50%) không cần can thiệp, tỷ lệ bội nhiễm vi khuẩn hay phát triển thành nang giả tụy là 9,6% theo một số nghiên cứu<sup>[1]</sup>. Tỷ lệ biến chứng tại chỗ khác trong viêm tụy cấp có APFC chiếm 12,3% trong khi biến chứng tại chỗ không xuất hiện ở bệnh nhân không có APFC<sup>[4]</sup>. Số lượng ổ tụ dịch có mối tương quan với mức độ nặng của viêm tụy cấp, thời gian nằm viện cũng như tỷ lệ tử vong của bệnh nhân<sup>[5]</sup>. Trong một số nghiên cứu, tuổi, CRP (48h) và rượu là yếu tố nguy cơ hình thành ổ tụ dịch, LDH máu cao là một yếu tố nguy cơ hình thành nang giả tụy<sup>[6]</sup>. Tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên về lâm sàng và các yếu tố nguy cơ hình thành ổ tụ dịch < 4 tuần và xa hơn nữa hình thành nang giả tụy sau 4 tuần không có nhiều. Mục tiêu của nghiên cứu hồi cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ổ tụ dịch trong viêm tụy cấp và một số yếu tố liên quan đến hình thành ổ tụ dịch, từ đó giúp cho các bác sĩ lâm sàng có thể tiên lượng chính xác hơn các biến chứng của viêm tụy cấp và những bệnh nhân nào có nguy cơ xuất hiện biến chứng.

#### ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi đánh giá các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp mã ICD K85 có ổ tụ dịch tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2018 đến tháng 6/2021 với cỡ mẫu thuận tiện N = 117.

##### 1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán VTC theo Atlanta 2012 khi có 2 trong 3 triệu chứng, trong đó triệu chứng lâm sàng là bắt buộc bao gồm:

Lâm sàng: đau bụng vùng thượng vị đột ngột

Xét nghiệm: amylase và/hoặc lipasa máu tăng cao trên 3 lần

Chẩn đoán hình ảnh: có hình ảnh của viêm tụy cấp điển hình trên siêu âm bụng hoặc cắt lớp vi tính bụng.

Có ổ tụ dịch phát hiện qua CT bụng

##### 1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân viêm tụy cấp hoại tử, viêm tụy cấp không có ổ tụ dịch. Bệnh nhân có cổ trướng, ổ tụ dịch tự do không phải do viêm tụy cấp.

#### 2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang hồi cứu

Tiêu chuẩn chẩn đoán ổ tụ dịch: APFC dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng: hình ảnh ổ chứa dịch mật độ đồng nhất, tỷ trọng thấp từ 0 – 30 HU, không có vỏ xơ bao quanh, không tăng quang sau tiêm thuốc cản quang và xuất hiện trong vòng 4 tuần kể từ khi xuất hiện triệu chứng bệnh [6]

Phân độ ổ tụ dịch trên CT theo điểm Balthazar [6]

Đánh giá suy tạng trong VTC theo Marshall. Chẩn đoán suy tạng khi có tối thiểu 1 trong 3 thông số: Suy hô hấp chỉ số PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300, suy tuần hoàn huyết áp tâm thu < 90 mmHg, suy thận creatinin máu > 170 μmol/l.

HAPS dựa vào 3 thông số: Không có phản ứng thành bụng và/hoặc cảm ứng phúc mạc; Creatinin < 2mg/dl (176.8 μmol/l); Hematocrit < 43% ở nam và <39,6 % ở nữ

SIRS: khi có hai hoặc nhiều tiêu chuẩn sau: Nhiệt độ > 38 °C hoặc < 36 °C; Tần số tim > 90 lần /phút; Tần số thở > 20 lần /phút hoặc PaCO<sub>2</sub> < 32mmHg; Bạch cầu > 12 x 10<sup>9</sup>/l hoặc < 4 x 10<sup>9</sup>/l hoặc > 10% bạch cầu non (dạng band).

BISAP: Điểm BISAP ≥ 3 được xem là VTC nặng. Các thông số gồm: BUN > 25 mg/dl; rối loạn tri giác (thang hôn mê Glasgow < 15 điểm); hội chứng đáp ứng viêm toàn thân; tuổi > 60; tràn dịch màng phổi.

JSS: Điểm JSS ≥ 3 được xem là viêm tụy cấp nặng. Các thông số gồm: BE ≤ -3 mEq/ml hoặc sốc (huyết áp tâm thu ≤ 80 mmHg); PaO<sub>2</sub> ≤ 60 mmHg (khí trời) hoặc suy hô hấp (cần hỗ trợ thở máy); ure máu ≥ 6,67 mmol/l hoặc Cre máu ≥ 187 μmol/l hoặc thiếu niệu (lượng nước tiểu hàng ngày ≤ 400ml ngay cả khi hồi sức truyền dịch); LDH > 2 lần giới hạn bình thường (> 450 UI); số lượng tiểu cầu (PLT) ≤ 100.000/mm<sup>3</sup>; huyết thanh Ca ≤ 7,5 mg% (≤1,875 mmol/l); CRPhs ≥ 15 mg/dl; số lượng tiêu chí SIRS ≥ 3; tuổi ≥ 70.

**3. Xử lý và phân tích số liệu** bằng phần mềm SPSS 22.0

#### 4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

#### KẾT QUẢ

Từ tháng 8/2018 đến tháng 06/2021 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 117 bệnh nhân viêm tụy cấp có ổ tụ dịch

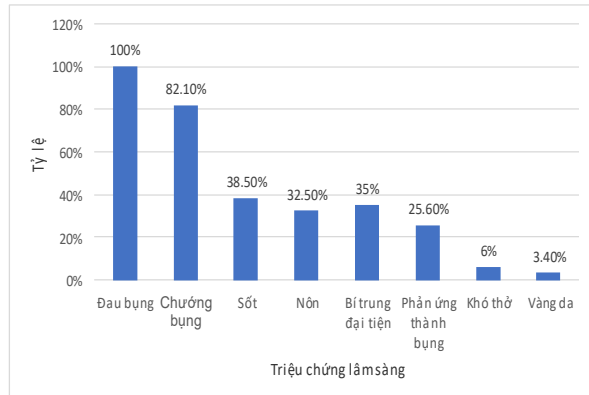
#### 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: 42,0 ± 10,6 năm.

Nam chiếm tỷ lệ cao 88,9%. Tỷ lệ nam/nữ là 8/1.

Rượu là nguyên nhân thường gặp nhất gây

viêm tụy cấp có ổ tụ dịch chiếm 60% (70/117) (p<0,01), nguyên nhân khác: Tăng triglycerid 14%, sỏi mật 2%.



**Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy cấp có ổ tụ dịch**

Nhận xét: Đau bụng và chướng bụng xuất hiện với tỷ lệ cao lần lượt là 100% và 82,1%, triệu chứng khác: Sốt 38,5%, phản ứng thành bụng 25,6%. Mức độ đau từ trung bình đến nhiều (VAS ≥ 4) chiếm tỷ lệ cao 83,5% (86/103).

Bảng 1. Thay đổi lâm sàng, sinh hóa theo mức độ tụ dịch trên CT

Biến số	Tổng (N = 117)	Grade D (N = 61)	Grade E (N = 56)	p-value
Chướng bụng	82,1%	75,4%	91,1%	0,025
Sốt	38,5%	29,5%	48,2%	0,038
Phản ứng thành bụng	25,6%	19,7%	32,1%	0,123
Mức độ đau (VAS)	4,9 ± 1,3	4,6 ± 1,2	5,2 ± 1,3	0,009
CRPhs (mg/dl)	11,2 ± 11,8	9,4 ± 10,1	13,2 ± 13,2	0,147
Hct	44,6 ± 5,0	43,8±3,8	45,5±5,9	0,070
Bạch cầu (G/L)	13,6 ± 4,2	13,2 ± 4,1	14,0 ± 4,3	0,301
Calci (mmol/l)	2,1 ± 0,2	2,2 ± 0,1	2,0 ± 0,3	0,000
Ure (mmol/l)	4,2 ± 2,0	4,1 ± 1,5	4,4 ± 2,6	0,784
Creatinin (μmol/l)	70,6 ± 24,9	71,3 ± 21,3	69,8 ± 28,7	0,213
Lactat (mmol/l)	2,5 ± 1,5	2,2 ± 1,1	2,8 ± 1,7	0,069
LDH (IU/L)	236,0 ± 201,0	186,6 ± 96,7	281,3 ± 255,8	0,010
Amylase (IU/L)	565,0 ± 719,1	501,3 ± 728,4	629,9 ± 710,6	0,004

Nhận xét: Tỷ lệ sốt ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, 48,2% so với 29,5% với p < 0,05.

Tỷ lệ chướng bụng ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, 91,1% so với

75,4% với  $p < 0,05$ .

Mức độ đau ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D,  $5,2 \pm 1,3$  so với  $4,6 \pm 1,2$  điểm với  $p < 0,01$ .

Nồng độ calci máu ở nhóm grade E thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D,  $2,0 \pm 0,3$  so với  $2,2 \pm 0,1$  mmol/l,  $p < 0,01$ .

LDH máu ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D,  $281,3 \pm 255,8$  so với  $186,6 \pm 96,7$  IU/L,  $p < 0,05$ .

Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm phát hiện ổ tụ dịch ở 60,7% (71/117) trường hợp. CT phát hiện được 100% trường hợp có ổ tụ dịch.

Bảng 2. Tần suất phát hiện các ổ tụ dịch trên siêu âm và trên CT

	Siêu âm (N = 71)		CT (N = 117)	
	n	%	n	%
Vị trí ổ dịch				
Quanh tụy	55	77,5	113	96,6
Khoang cạnh thận trái	17	23,9	69	59
Khoang cạnh thận phải	12	16,9	41	35
Khoang gan thận	11	15,5	6	5,1
Vùng rốn lách	16	22,5	25	21,4
Rãnh-thành đại tràng phải	17	23,9	38	32,5
Rãnh-thành đại tràng trái	17	23,9	50	42,7
Rễ mạc treo, giữa các quai ruột	6	8,5	18	15,4
Túi cùng douglas	22	31	35	29,9
Hậu cung mạc nối	1	1,4	7	6

Nhận xét: Chẩn đoán hình ảnh phát hiện ổ tụ dịch nhiều nhất ở quanh tụy (siêu âm 77,5%, CT 96,6%) và khoang cạnh thận trái (siêu âm 23,9%, CT 59%). Dấu hiệu tràn dịch màng phổi quan sát được ở 39 trường hợp chiếm 33,3%.

Bảng 3. Biến chứng khác

Biến chứng		Tổng số (N=117)	Grade D (N=61)	Grade E (N = 56)	p-value
Tại chỗ khác	Huyết khối tĩnh mạch lách	3 (2,6%)	0	3 (2,6%)	
Suy tạng	Tổng số	12 (10,2%)	3 (4,9%)	9 (16,1%)	0,047
	Suy hô hấp	10 (8,5%)	2 (3,3%)	8 (14,3%)	
	Suy thận	2 (1,7%)	1 (1,6%)	1 (1,8%)	

Nhận xét: Biến chứng huyết khối tĩnh mạch lách chiếm 2,6% chỉ gặp ở nhóm grade E. Suy tạng xảy ra ở 10,2% đối tượng nghiên cứu: Suy hô hấp chiếm 8,5%, suy thận chiếm 1,7%. Biến chứng suy tạng gặp ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, 16,1% so với 4,9% với  $p < 0,05$ .

Bảng 4: Một số thang điểm tiên lượng viêm tụy cấp trong nhóm có ổ tụ dịch và theo mức độ tụ dịch trên CT

Biến số	Tổng số	Grade D	Grade E	p-value
CRPhs > 15 (mg/dl)	35/104 (33,7%)	18/55 (32,7%)	17/49 (34,7%)	0,832
Điểm SIRS $\geq 2$	85/116 (73,3%)	36/61 (59,0%)	49/55 (89,1)	0,000
Điểm HAPS > 0	98/116 (84,5%)	48/61 (78,7%)	50/55 (90,9%)	0,069
Điểm BISAP $\geq 3$	5/116 (4,3%)	2/61 (3,3%)	3/55 (5,5%)	0,667
Điểm JSS $\geq 3$	19/70 (27,1%)	7/31 (22,6%)	12/39 (30,8%)	0,444

Nhận xét: Điểm SIRS  $\geq 2$  và điểm HAPS > 0 chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 73,3% và 84,5%. Điểm SIRS  $\geq 2$  ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D (89,1% so với 59,0%,  $p < 0,01$ ). Các thang điểm HAPS, BISAP, JSS không có sự khác biệt giữa nhóm grade D và grade E.

Bảng 5: Hồi quy logistic (đa biến) các yếu tố liên quan đến mức độ hình thành ổ tụ dịch

Biến số	p-value	B	Exp (B)	95 % CI
Calci	0,001	- 6,61	0,001	0,000-0,063
SIRS $\geq 2$	0,026	1,34	3,819	1,177-12,392

Nhận xét: Bảng phân tích hồi quy đa biến, calci và thang điểm SIRS  $\geq 2$  tương quan có ý nghĩa với sự hình thành số lượng ổ tụ dịch ở bệnh nhân viêm tụy cấp.

Calci máu là yếu tố độc lập dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn với OR = 0,001 (KTC 95%: 0,000 – 0,063,  $p < 0,01$ ). Giảm calci máu dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn

Điểm SIRS là yếu tố độc lập dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn với OR = 3,819 (KTC 95%: 1,177 – 12,392,  $p < 0,05$ ). Điểm SIRS  $\geq 2$  dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn.

### BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát 117 người bệnh viêm tụy cấp có ổ tụ dịch, nam giới chiếm đa số 88,9%, nam/nữ là 8/1, kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của Mei Lan Cui và cộng sự, nam/nữ 2.07/1. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $42,0 \pm 10,6$ . Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Mei Lan Cui và cộng sự, tuổi trung bình ở nhóm có ổ tụ dịch là  $51,5 \pm 15,9$ <sup>[6]</sup>. Rượu là căn nguyên thường gặp nhất gây viêm tụy cấp có ổ tụ dịch (60%,  $p < 0,01$ ). Điều này có thể được giải thích bởi rượu được sử dụng ngày càng tăng hơn ở Việt Nam đặc biệt là người trẻ, chủ yếu ở nam giới. Harvey và cộng sự<sup>[8]</sup> cho rằng rượu có thể gây tổn thương phá hủy ống tụy lan tỏa thông qua

tác động trực tiếp và gián tiếp dẫn đến thoát dịch tụy ra xung quanh. Đặc biệt những bệnh nhân trẻ tuổi dễ bị tổn thương ống tụy hơn do tác động của rượu so với những bệnh nhân lớn tuổi có sự teo nhỏ tương đối của tuyến tụy.

Đau bụng xuất hiện ở 100% đối tượng nghiên cứu. Mức độ đau theo thang điểm VAS khi nhập viện là  $4.6 \pm 1.2$ , đa số thuộc mức độ đau trung bình đến nhiều (VAS  $\geq 4$ ) 83,5%. Mức độ đau ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D,  $p < 0,01$ . Chướng bụng là triệu chứng thường gặp 82,1%, xuất hiện ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D,  $p < 0,05$ . Sốt gặp với tỷ lệ 38,5%, xuất hiện ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Triệu chứng lâm sàng trên phản ánh quá trình viêm cấp tính xảy ra mạnh mẽ hơn ở nhóm có nhiều ổ tụ dịch hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết khối tĩnh mạch lách là biến chứng tại chỗ khác quan sát được ở 3 bệnh nhân (2,6%) đều thuộc phân độ grade E, biến chứng xuất huyết, thủng tạng rỗng không quan sát thấy. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lenhart và cộng sự 12,3%<sup>[4]</sup>. Sự khác biệt này có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đơn trung tâm, mô tả cắt ngang và không theo dõi tiến cứu diễn tiến của ổ tụ dịch.

Biến chứng toàn thân trong nhóm nghiên cứu xảy ra ở 12 trường hợp (10,2%) gặp chủ yếu là suy hô hấp 10 trường hợp (8,5%) và suy thận 2 trường hợp (1,7%). Biến chứng toàn thân gặp trong nhóm grade E cao hơn đáng kể so với nhóm grade D,  $p = 0,047$ . Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Yan Luo và cộng sự<sup>[5]</sup>.

Siêu âm phát hiện được ổ tụ dịch ở 60,7% trường hợp. Ổ tụ dịch xuất hiện nhiều nhất ở quanh tụy và khoang cạnh thận trái. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Duy Huệ và cộng sự<sup>[9]</sup>. Hạn chế của siêu âm trong chẩn đoán ổ tụ dịch trong viêm tụy cấp là yếu tố vướng hơi trong các quai ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tràn dịch màng phổi xuất hiện 33,3% đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Trần Công Hoan (41%)<sup>[10]</sup>.

LDH máu ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D,  $p < 0,05$ . Theo Mei Lan Cui và cộng sự<sup>[6]</sup>, LDH máu cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân hình thành nang giả tụy so với nhóm có ổ tụ dịch phân giải hoàn toàn. Điều này dự báo sự hình thành nang giả tụy sau 4 tuần ở bệnh nhân viêm tụy cấp grade E có khả năng gặp nhiều hơn nhóm grade D và cần

nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này để có kế hoạch theo dõi bệnh nhân hợp lý hơn.

Đánh giá một số thang điểm dự đoán mức độ nặng của viêm tụy cấp ở nhóm có ổ tụ dịch, điểm SIRS  $\geq 2$  và điểm HAPS  $> 0$  có độ nhạy trong dự đoán ổ tụ dịch lần lượt là 73,3% và 84,5%, điểm BISAP  $\geq 3$  là 4,3%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Vinish và cộng sự<sup>[11]</sup>, điểm SIRS  $\geq 2$ , HAPS  $> 0$ , BISAP  $\geq 3$  có độ nhạy lần lượt là 78,3%, 65,2%, 69,6%. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của Vinish và cộng sự là dịch quanh tụy (gồm cả ổ tụ dịch và ổ dịch hoại tử). Điểm HAPS  $> 0$  có độ nhạy cao hơn trong dự đoán ổ tụ dịch, điểm BISAP  $\geq 3$  có độ nhạy cao hơn trong dự đoán ổ dịch hoại tử. Sự xuất hiện điểm SIRS cao hơn có ý nghĩa ở nhóm grade E ( $p < 0,01$ ) phản ánh quá trình viêm xảy ra mạnh mẽ hơn ở nhóm có nhiều ổ tụ dịch hơn.

Calci máu, điểm SIRS là yếu tố tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp đã được đưa vào nhiều bảng điểm đánh giá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, calci và điểm SIRS tương quan có ý nghĩa đến số lượng ổ tụ dịch hình thành. Sự giảm calci máu và điểm SIRS  $\geq 2$  dự đoán khả năng xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn. Vấn đề này hiện có ít nghiên cứu đề cập đến, cần nhiều nghiên cứu lớn hơn nữa.

## KẾT LUẬN

Độ tuổi của bệnh nhân viêm tụy cấp có ổ tụ dịch ngày càng trẻ hơn và rượu vẫn là nguyên nhân gặp chủ yếu. Biến chứng tại chỗ và biến chứng toàn thân xuất hiện với tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân có nhiều ổ tụ dịch hơn. Giảm calci máu và điểm SIRS  $\geq 2$  dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brun A., Agarwal N., và Pitchumoni C.S. (2011). Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*, 45(7), 614–625.
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. Dijk S.M. van, Hallensleben N.D.L., Santvoort H.C. van et al. (2017). Acute pancreatitis: recent advances through randomised trials. *Gut*, 66(11), 2024–2032.
4. Lenhart D.K. và Balthazar E.J. (2008). MDCT of acute mild (necrotizing) pancreatitis: abdominal complications and fate of fluid collections. *AJR Am J Roentgenol*, 190(3), 643–649.
5. Luo Y., Yuan C.-X., Peng Y.-L. et al. (2001). Can ultrasound predict the severity of

acute pancreatitis early by observing acute fluid collection?. *World J Gastroenterol*, 7(2), 293–295.

6. **Cui M.L., Kim K.H., Kim H.G.** et al. (2014). Incidence, Risk Factors and Clinical Course of Pancreatic Fluid Collections in Acute Pancreatitis. *Dig Dis Sci*, 59(5), 1055–1062.

7. **Zaheer A., Singh V.K., Qureshi R.O.** et al. (2013). The revised Atlanta classification for acute pancreatitis: updates in imaging terminology and guidelines. *Abdom Imaging*, 38(1), 125–136.

8. **Harvey M.H., Cates M.C., Reber H.A.** (1988). Possible mechanisms of acute pancreatitis induced by ethanol. *Am J Surg*, 155(1), 49–56.

9. **Nguyễn Duy Huê.** (2003). Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm tụy cấp. *TCNCTH* 25 (5).

10. **Trần Công Hoan.** (2008). Nghiên cứu giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và tiên lượng viêm tụy cấp, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

11. **Vinish D.B., Abishek V., Sujatha K.** et al. (2017). Role of bedside pancreatic scores and C-reactive protein in predicting pancreatic fluid collections and necrosis. *Indian J Gastroenterol*, 36(1), 43–49.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH 2020

**VŨ THỊ MINH PHƯƠNG**

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực của người bệnh đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 246 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

**Kết quả nghiên cứu:** Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa giữa tuổi, giới, nghề, thời gian phát hiện đái tháo đường ( $p < 0,05$ ). Có mối liên quan giữa nồng độ HbA1C gần đây nhất với mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu ( $p = 0,000$ ). Kiến thức về hoạt động thể lực có mối liên quan với mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu ( $p = 0,000$ ). Một số rào cản trong nghiên cứu có mối liên quan với mức độ hoạt động thể lực của người bệnh như tình trạng mệt mỏi với mức độ hoạt động thể lực ( $p = 0,0027$ ); người bệnh không biết hoặc không được ai tư vấn, hướng dẫn các bài tập cụ thể có liên quan đến mức độ hoạt động thể lực ( $p = 0,000$ ); vấn đề vợ hoặc chồng (hoặc người yếu, các thành viên trong gia đình) không khuyến khích, không tạo điều kiện có liên quan với mức độ hoạt động thể lực ( $p = 0,000$ ).

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Minh Phương  
Email: vuminhphuong2210@gmail.com

Ngày nhận: 18/5/2021

Ngày phản biện: 22/6/2021

Ngày duyệt bài: 13/7/2021

**Kết luận:** Một số yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian phát hiện bệnh, kiến thức về hoạt động thể lực, tình trạng mệt mỏi của người bệnh, thiếu sự hướng dẫn về các bài tập cụ thể, sự tạo điều kiện của gia đình người bệnh.

**Từ khoá:** Đái tháo đường, mức độ hoạt động thể lực.

### SUMMARY

**SOME FACTORS RELATED TO LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY OF OUTPATIENTS WITH TYP 2 DIABETES TREATED AT NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2020**

**Objectives:** To understand some factors related to level of physical activity of outpatients with type 2 diabetes at Nam Dinh General Hospital.

**Method:** A cross-sectional description of 246 type 2 diabetic patients managed by Nam Dinh General Hospital.

**Results:** The results showed that there was a relationship between age, gender, occupation, and time to detect diabetes ( $p < 0.05$ ). There was a relationship between the most recent HbA1C level and the subject's physical activity level ( $p = 0.000$ ). Knowledge of physical activity is related to the level of physical activity of the study subjects ( $p = 0.000$ ). Some barriers in the study were related to the level of physical activity of the patients such as fatigue with the level of physical activity ( $p = 0.0027$ ); the patient