

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC- ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN

NGUYỄN VIỆT HÙNG

**NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ PROTEIN PHẢN ỨNG C,
LACTATEDEHYDROGENASE VÀ HEMATOCRIT
CỦA BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP**

Chuyên ngành: Nội khoa

Mã số: 60 72 20

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học: PGS.TS. NGUYỄN VĂN TỰ

THÁI NGUYÊN - 2008

Lời cảm ơn!

Để hoàn thành luận văn này, tôi đã nhận được sự giúp đỡ tận tình của các thầy cô và các anh chị cùng bạn bè đồng nghiệp. Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới:

Ban Giám hiệu và Khoa Sau Đại học, các thầy giáo, cô giáo Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên đã hết lòng dạy dỗ và chỉ bảo cho tôi hoàn thành chương trình cao học. Các thầy cô là những tấm gương sáng về đạo đức, lòng say mê khoa học để tôi luôn phấn đấu học tập.

Tôi xin bày tỏ tình cảm và lòng biết ơn sâu sắc tới Phó giáo sư, Tiến sỹ Nguyễn Văn Tư, người thầy đã trực tiếp dạy dỗ, hướng dẫn cho tôi học tập, nghiên cứu thực hiện luận văn này.

Tôi xin dành sự biết ơn chân thành đối với Phó giáo sư, Tiến sỹ Trịnh Hồng Sơn, người thầy đã giúp đỡ tôi trong thời gian tôi đi lâm sàng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Tôi xin gửi lời cảm ơn tới Ban giám đốc và phòng Kế hoạch tổng hợp, các bác sỹ, nhân viên Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Thư viện trường Đại học Y Hà Nội và các bạn bè đồng nghiệp, cùng toàn thể học viên Lớp cao học khoá 10 thân yêu đã động viên và giúp đỡ tôi hoàn thành luận văn này.

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Sở Y tế Thái Nguyên, cơ quan đã tạo điều kiện cho tôi được tham dự kỳ thi và theo học chương trình cao học, trân trọng cảm ơn Thanh tra Bộ Y tế, cơ quan đã tạo điều kiện về thời gian để tôi tiếp tục hoàn thành chương trình cao học tại trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn tới những người thân trong gia đình đã động viên, chia sẻ cùng tôi những khó khăn trong cuộc sống để tôi hoàn thành chương trình cao học này.

Thái Nguyên, ngày 15 tháng 11 năm 2008
Nguyễn Việt Hùng

<u>MUC LUC</u>	<u>TRANG</u>
<u>Đặt vấn đề</u>	<u>1</u>
<u>Chương 1: Tổng quan</u>	<u>3</u>
1.1. Bệnh viêm tụy cấp	3
1.2. Vài nét về lịch sử bệnh viêm tụy cấp	3
1.3. Nguyên nhân gây viêm tụy cấp	6
1.4. Cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp	6
1.5. Tổn thương giải phẫu bệnh lý	8
1.6. Triệu chứng viêm tụy cấp	8
1.7. Các biến chứng của viêm tụy cấp	13
1.8. Tiên lượng trong viêm tụy cấp	15
1.9. Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit trong đánh giá mức độ nặng nhẹ viêm tụy cấp	19
<u>Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu</u>	
2.1. Đối tượng nghiên cứu	22
2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu	23
2.3. Phương pháp nghiên cứu	23
<u>Chương 3: Kết quả nghiên cứu</u>	
3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	27
3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	29
3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	32
3.4. Một số biến chứng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	33
3.5. Diễn biến của Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu	35
3.6. Xác định sự thay đổi nồng độ Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit của nhóm bệnh nhân nghiên cứu với mức độ nặng nhẹ viêm tụy cấp theo phân loại Atlanta	36

Chương 4: Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	38
4.2. Một số triệu chứng lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	40
4.3. Một số triệu chứng cận lâm sàng chính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	44
4.4. Một số biến chứng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	46
4.5. Thay đổi nồng độ Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit trong huyết thanh nhóm bệnh nhân nghiên cứu	47
4.6. Đối chiếu sự thay đổi nồng độ Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit trong huyết thanh nhóm bệnh nhân nghiên cứu với phân loại Atlanta	50

Kết luận

5.1. Nhận xét một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	53
5.2. Thay đổi các chỉ số Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu và đối chiếu sự thay đổi nồng độ Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit theo các phân độ nặng nhẹ của Atlanta.	54

Khuyến nghị

Tài liệu tham khảo	57
Bệnh án nghiên cứu	65
Danh sách bệnh nhân	66

Danh mục bảng trong luận văn	Trang
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới	27
Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân viêm tụy cấp theo thành phần dân tộc	28
Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân viêm tụy cấp theo nghề nghiệp	28
Bảng 3.4. Nguyên nhân gây viêm tụy cấp	29
Bảng 3.5. Thời gian nhập viện từ khi mắc bệnh đến lúc nhập viện	29
Bảng 3.6. Một số triệu chứng lâm sàng chính	30
Bảng 3.7. So sánh một số đặc điểm lâm sàng ở hai nhóm nặng và nhẹ theo phân loại Atlanta	31
Bảng 3.8. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	32
Biểu đồ 3.1. Một số biến chứng tại chỗ của viêm tụy cấp	33
Biểu đồ 3.2. Một số biến chứng toàn thân của viêm tụy cấp	34
Bảng 3.9. Nồng độ CRP trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu	35
Bảng 3.10. Nồng độ LDH trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu	35
Bảng 3.11. Hematocrit trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu	36
Bảng 3.12. Nồng độ CRP (mg/l) ở các nhóm nặng nhẹ theo phân loại của Atlanta	36
Bảng 3.13. Nồng độ LDH (U/l) ở các nhóm nặng nhẹ theo phân loại của Atlanta	37
Bảng 3.14. Hematocrit (%) ở các nhóm nặng nhẹ theo phân loại của Atlanta	37

CÁC CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUẬN VĂN

APACHE	Acute physiology and Chronic health evaluation (đánh giá sinh lý và sức khỏe trong viêm cấp tính và mãn tính)
BMI	Body Mass Index (chỉ số khối cơ thể)
CLVT	Cắt lớp vi tính
CRP	C-reactive protein (Protein phản ứng C)
Cs	Cộng sự
ERCP	Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (chụp mật tụy ngược dòng)
IL	Interleukin
LDH	Lactatedehydrogenase
PaO ₂	Áp lực riêng phần của oxy trong máu động mạch
VTCHT	Viêm tụy cấp hoại tử
VTC	Viêm tụy cấp

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là bệnh thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới, đây là vấn đề đã và đang thu hút được sự quan tâm của nhiều nhà khoa học không chỉ bởi tỷ lệ mắc bệnh mà còn do diễn biến phức tạp và những biến chứng nặng nề của bệnh.

Mỗi năm, theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, tần suất mắc bệnh khoảng 25-50 trường hợp /100.000 dân, do hai nguyên nhân chính là sỏi mật và sử dụng rượu [53], [60]. Ở Châu Âu, bệnh thuộc loại hay gặp, tần suất mắc bệnh khoảng 22/100.000 dân, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (nam: 60%, nữ: 40%), tuổi trung bình là 54 tuổi [18]. Tại Mỹ, theo thống kê hàng năm, có khoảng 185.000 trường hợp VTC với tỷ lệ tử vong khoảng 10% [47].

Ở Việt Nam, chưa có thống kê nào cho biết rõ tần số mắc trong nhân dân, nhưng qua một số nghiên cứu và thống kê gần đây cho thấy tỷ lệ mắc bệnh VTC ngày càng gia tăng. Trong 3 năm 1991-1993 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức Hà Nội đã có 288 trường hợp VTC [13], theo thống kê sơ bộ của chúng tôi trong 2 năm 2006-2007 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức số bệnh nhân VTC đã tăng lên 312 trường hợp.

Diễn biến của VTC rất phức tạp, khó tiên lượng, trong thể nhẹ (phù tụy), tụy có thể bị phù nề, khoảng 85% hồi phục hoàn toàn không để lại di chứng, thể nặng có thể gây tử vong từ 5 - 15 % [14]. Vì vậy, việc đánh giá được mức độ VTC càng sớm càng cần thiết, đồng thời giúp thầy thuốc theo dõi tiến triển của bệnh để lựa chọn giải pháp điều trị tối ưu và giúp cải thiện kết quả điều trị.

Các phương pháp đánh giá mức độ nặng nhẹ của VTC như Imrie [39] và Apache II [29], Ranson [37], [48] đã được sử dụng rộng rãi trong một thời gian dài. Tuy nhiên, những phương pháp đánh giá nêu trên đã dần bộc lộ những hạn chế như cần nhiều chỉ số phức tạp, thường chỉ có ở bệnh viện của các nước phát

triển, có đầy đủ các phương tiện, trang bị xét nghiệm hiện đại, không phù hợp với các nước đang phát triển, khó áp dụng cho tất cả các bệnh nhân VTC. Thang điểm Balthazar dựa trên kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có giá trị tốt trong chẩn đoán VTC, đặc biệt là các biến chứng tại chỗ. Tuy nhiên, CLVT đòi hỏi các bệnh viện phải có trang bị kỹ thuật cao, đắt tiền, bệnh nhân chịu phơi nhiễm tia X, ít giá trị chẩn đoán VTC ở giai đoạn sớm, nên phương pháp này cũng không áp dụng được cho tất cả các bệnh nhân VTC.

Cùng với các hiểu biết mới về bệnh sinh của VTC, việc ứng dụng các chỉ số sinh hoá, huyết học để tiên lượng VTC đã đạt được những kết quả khả quan, các chỉ số này dễ thực hiện, cho kết quả nhanh chóng và có thể đánh giá được mức độ nặng của VTC trước khi có suy tạng, giúp điều trị có hiệu quả hơn, đặc biệt đối với các bệnh nhân VTC thể nhẹ, ngoài ra còn giúp các thầy thuốc theo dõi được diễn biến của bệnh để có được các quyết định điều trị thích hợp. Hiện nay, có rất nhiều chỉ số sinh hoá, huyết học đã được ứng dụng để tiên lượng VTC, trong đó có các chỉ số Protein phản ứng C (CRP), Lactatedehydrogenase (LDH), Hematocrit, đây là những xét nghiệm đơn giản, dễ ứng dụng được ở các bệnh viện, chi phí thấp, cho kết quả nhanh và khá chính xác. Tuy nhiên, việc chọn phương pháp nào là hiệu quả nhất vẫn là một vấn đề đang còn nhiều tranh cãi, ở Việt Nam hiện có rất ít đề tài đi sâu nghiên cứu, phân tích, so sánh về các ứng dụng cận lâm sàng này.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm hai mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng của viêm tụy cấp.**
- 2. Xác định sự thay đổi nồng độ Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit trên bệnh nhân viêm tụy cấp và đối chiếu sự thay đổi Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit theo phân độ nặng nhẹ của Atlanta.**

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. Bệnh viêm tụy cấp

Viêm tụy cấp là quá trình viêm cấp tính ở tụy do hoạt hoá các proenzym ngay tại tụy, gây viêm tụy, tụy tự tiêu huỷ và giải phóng các enzym tiêu protid và enzym tiêu lipid vào máu, vào trong ổ bụng, quá trình này có ảnh hưởng tới các tổ chức cơ quan ở quanh tụy và xa tụy.

1.2. Tình hình bệnh viêm tụy cấp (trích từ [12],[13]).

1.3. Nguyên nhân viêm tụy cấp

1.4. Cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp

1.5. Tổn thương giải phẫu bệnh lý : có 2 thể

- Thể phù nề: tương ứng trên lâm sàng là thể nhẹ, tổn thương có thể ở một phần hoặc toàn bộ tụy. Tụy to hơn nhưng còn giữ được hình dáng và cấu trúc bình thường do bị phù nề, xung huyết mạnh, các tế bào biểu mô có thể bị thoái hóa nhẹ, các nang tuyến chưa bị phá vỡ, đôi khi thấy nhồi máu nhỏ, thậm chí hoại tử mỡ kín đáo, sự phù nề có thể lan rộng ra các tổ chức xung quanh.

- Thể hoại tử chảy máu: trên lâm sàng thường tương ứng là thể nặng, một phần hoặc toàn bộ tụy bị hoại tử. Tụy to, bờ không đều, mật độ không đều, có những ổ hoại tử màu đen xám. Hoại tử có thể lan ra tới các tạng lân cận: lách, đại tràng, khoang sau phúc mạc, dạ dày, tá tràng, đi kèm với các hoại tử có thể chảy máu; chảy máu tại tụy, trong ổ bụng hoặc cơ quan khác các nang tuyến bị phá vỡ, trong lòng chứa đầy máu, nhưng các tiểu đảo Langerhans thường vẫn còn nguyên vẹn. Các mao mạch bị hoại tử kèm theo với có thể hoại tử mỡ với những đám hoại tử vết nền đường kính vài mm. Tổ chức tụy hoại tử càng nhiều, bệnh càng nặng, chảy máu lại càng làm cho bệnh nặng hơn.

1.6. Triệu chứng VTC

1.6.1. Triệu chứng lâm sàng [5], [14]

- Triệu chứng toàn thân

+ Shock: thường gặp trong VTC thể hoại tử, bệnh nhân có biểu hiện người lạnh giá, vã mồ hôi lạnh, nhợt nhạt, trả lời chậm, mạch nhanh, huyết áp thấp hoặc huyết áp kẹt. Đa số bệnh nhân VTC thể phù toàn trạng không thay đổi.

+ Sốt: ngoại trừ VTC do sỏi ống mật chủ, nói chung trong VTC bệnh nhân thường không sốt, một số ít sốt nhẹ. Nếu sau 1- 2 tuần bệnh nhân sốt cao kéo dài hoặc giao động, thường do các ổ nhiễm trùng tại tụy hoặc quanh tụy.

- Triệu chứng cơ năng

+ Đau bụng: bệnh thường khởi phát bằng triệu chứng đau bụng, đau vùng trên rốn, có khi lan rộng đến vùng dưới sườn phải hoặc trái, xuyên ra sau lưng, đau thường đột ngột ngày càng tăng dần. Trong trường hợp VTC do rượu, thường bệnh khởi phát sau khi uống rượu, bia.

+ Nôn bí trung đại tiện: kèm theo đau bụng bệnh nhân thường buồn nôn hoặc nôn. Lúc đầu nôn ra thức ăn, sau đó nôn ra dịch dạ dày, có khi lẫn cả mật vàng đắng. Bệnh nhân có thể không đánh hơi, không đi ngoài.

- Triệu chứng thực thể

+ Bụng chướng: bụng chướng đều, có khi chướng vùng trên rốn nhiều hơn, gõ trong, không có dấu hiệu quai ruột nổi, rắn bò như trong tắc ruột cơ học.

+ Phản ứng thành bụng: phản ứng thành bụng ở vùng thượng vị, có khi rất mạnh như co cứng thành bụng, làm chẩn đoán nhầm với thủng dạ dày, nhưng

cũng có khi khám rất khó vì bệnh nhân béo, thành bụng dày, có khi có cảm ứng phúc mạc (VTC thể hoại tử).

+ Khối vùng trên rốn: một số trường hợp sờ thấy một khối vùng trên rốn, căng đau ranh giới không rõ ràng, có khi lan ra dưới 2 sườn.

+ Điểm sườn lưng đau: phần lớn bệnh nhân có điểm sườn lưng đau, có thể đau một bên phải, trái hoặc cả hai bên, ấn tay vào giữa xương sườn XII và khối cơ lưng bệnh nhân đau.

+ Tràn dịch đa màng: dịch màng phổi (hội chứng 3 giảm ở đáy phổi), dịch màng bụng (bụng chướng, gõ đục vùng thấp, dấu hiệu sóng vỗ).

+ Vết bầm tím dưới da: mảng tím ở mạng sườn (dấu hiệu Grey-Turner) hoặc quanh rốn (dấu hiệu Cullen).

1.6.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Định lượng Amylase máu

Amylase do tuyến nước bọt tiết ra chiếm 60%, tụy bài tiết 40%, giá trị bình thường $\leq 220\text{U}/37^\circ\text{C} /\text{l}$, 85% VTC có tăng Amylase. Amylase máu tăng cao trong VTC do ngấm qua khe kẽ cạnh tuyến rồi vào máu, bình thường enzym này được bài tiết vào ống tiêu hóa và không bị hấp thu.

- Định lượng Lipase máu

Lipase máu chỉ có nguồn gốc từ tụy nên tính đặc hiệu cao hơn Amylase (94 - 96%), Lipase máu tăng song song với Amylase nhưng thường bắt đầu tăng sau 12 - 24 giờ, kể từ lúc bệnh khởi phát và đời sống bán hủy dài 48 giờ, nên xét nghiệm muộn khi Amylase máu đã giảm, Lipase máu vẫn còn cao. Lipase phải tăng cao gấp 3 lần giá trị bình thường cao nhất (250U/L) mới có giá trị chẩn đoán. Nên định lượng hai enzym này riêng rẽ tùy theo bệnh nhân đến sớm hay muộn. Hạn chế của phương pháp định lượng Lipase máu là khá phức tạp, nên thực tế ít được áp dụng.

- Định lượng Trypsinogen niệu typ II bằng giấy

Nên làm để loại trừ VTC vì có giá trị dự báo âm tính trong 99% các trường hợp, xét nghiệm này ít giá trị trong tiên lượng mức độ nặng nhẹ của VTC.

- Một số enzym khác

Trypsinogen, Trypsilestase, PhospholipaseA₂... ít có giá trị chẩn đoán xác định, giá thành đắt, không cần thiết làm.

- Các chỉ số đo lường mức độ của phản ứng viêm [10], [12].

+ Một số Cytokines:

+ CRP:

+ Yếu tố hoại tử khối (TNF α):

- Các chỉ số huyết học và sinh hóa khác

+ Tăng: bạch cầu, Hematocrit, LDH, đường, SGOP và SGPT, Bilirubin, Phosphatase kiềm, Triglycerid máu.

+ Giảm: Canxi, Magne, Albumin máu.

Không có một xét nghiệm huyết học hoặc sinh hoá đơn độc nào có thể chẩn đoán VTC khi có suy thận.

- Các phương pháp thăm dò hình thái [12], [13].

+ Chụp x quang bụng kinh điển:

+ Siêu âm bụng:

+ Chụp cắt lớp vi tính tụy:

+ Chụp cộng hưởng từ:

+ Siêu âm nội soi:

+ Soi ổ bụng:

- Một số xét nghiệm sinh hóa, huyết học:

1.7. Các biến chứng của VTC

VTC trong quá trình diễn biến có thể nặng thêm và có biến chứng [12].

- Biến chứng toàn thân:

+ Suy hô hấp: $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ đòi hỏi liệu pháp oxy quá 24 giờ hoặc phải thở máy.

+ Suy tuần hoàn: HA tâm thu $< 80 \text{ mmHg}$ kéo dài hơn 15 phút.

+ Suy thận: Creatinin huyết thanh $> 120 \mu\text{mol/l}$ sau khi bù đủ dịch và không có suy thận từ trước.

+ Xuất huyết tiêu hóa: nôn ra máu, ỉa phân đen, dịch dạ dày qua sonde có lẫn máu.

- Các biến chứng tại chỗ

+ Giả nang

+ Chảy máu trong ổ bụng

+ Hoại tử tụy

+ Áp xe tụy

+ Biến chứng khác

1.8. Tiên lượng trong VTC

Trước một bệnh nhân VTC, việc tiên lượng rất quan trọng và rất khó, bởi VTC xảy ra đột ngột, diễn biến nhanh, khó lường trước, đặc biệt trong VTC nặng tiên lượng rất xấu. Có nhiều cách khác nhau để tiên lượng VTC [10], [17].

1.8.1. Dấu hiệu toàn thân

VTC được coi là nặng khi có các dấu hiệu sau [25], [45], [51]:

- Huyết áp tối đa < 90 mmHg
- Suy hô hấp: $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$
- Suy thận: Creatinin huyết thanh > 120 $\mu\text{mol/l}$
- Nhiễm khuẩn: sốt > 38°C , bạch cầu máu > 20 G/l

1.8.2. Dựa vào xét nghiệm sinh học: Có rất nhiều phương pháp được đưa ra để tiên lượng, nhưng chưa có phương pháp nào tỏ ra tối ưu.

*** Phương pháp đánh giá dựa theo tiêu chuẩn Ranson [13], [44]**

*** Phương pháp đánh giá dựa theo tiêu chuẩn của Glasgow (Imrie)[13]**

*** Phương pháp đánh giá dựa theo tiêu chuẩn APACHE II**

1.8.3. Phương pháp đánh giá dựa theo thang điểm của Balthazar [6].

1.8.4. Phân độ nặng nhẹ VTC dựa theo tiêu chuẩn của Hội nghị Tiêu hóa thế giới tại Atlanta Hoa Kỳ 1992 [12], [13]

- VTC thể nhẹ:

- ☐ Bụng chướng nhẹ hoặc vừa
- ☐ Mạch, huyết áp bình thường
- ☐ Không khó thở
- ☐ Không có tràn dịch đa màng
- ☐ Không có biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân

- VTC thể nặng, có biến chứng VTC hoại tử, biến chứng toàn thân:

- ☐ Suy hô hấp cấp, mạch nhanh hoặc trụy mạch, huyết áp tụt
- ☐ Tràn dịch đa màng, cổ trướng
- ☐ Suy thận cấp
- ☐ Bụng chướng căng, cảm ứng phúc mạc toàn ổ bụng

- Hoặc lâm sàng là VTC thể nhẹ nhưng quá trình diễn biến trở nên nặng, xuất hiện các dấu hiệu mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, khó thở, cảm ứng phúc mạc toàn ổ bụng, xuất hiện các biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân.

Kể từ năm 1992 đến nay, do có nhiều ưu điểm và dễ áp dụng trên lâm sàng nên nhiều nghiên cứu đã lấy tiêu chuẩn phân loại Atlanta làm cơ sở nhận xét đánh giá mức độ nặng trên bệnh nhân VTC. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chọn tiêu chuẩn phân loại Atlanta. Vì hiện nay, đây chính là tiêu chuẩn vàng quốc tế để đánh giá mức độ viêm tụy.

1.9. CRP, LDH, Hematocrit trong đánh giá mức độ nặng nhẹ của VTC

1.9.1. CRP trong đánh giá mức độ nặng nhẹ của VTC

- *Nguồn gốc, bản chất và chức năng của CRP.*
- *Ý nghĩa của sự thay đổi nồng độ CRP*
- *Ứng dụng định lượng CRP trong lâm sàng.*

1.9.2. Nguồn gốc, bản chất và ứng dụng của LDH

1.9.3. Bản chất Hematocrit và ứng dụng trên lâm sàng

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 75 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VTC và điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, không phân biệt tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp, địa phương.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân đến viện trong vòng 72h kể từ khi xuất hiện đau bụng, bệnh nhân được chẩn đoán VTC dựa trên các tiêu chuẩn của Hội nghị Tiêu hoá thế giới tại Atlanta năm 1992.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nhóm nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 11 năm 2007 đến 30 tháng 6 năm 2008 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức Hà Nội

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả và phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng của bệnh nhân VTC.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu có chủ đích, chọn toàn bộ bệnh nhân điều trị nội trú được chẩn đoán xác định VTC. Số bệnh nhân nghiên cứu ấn định 75 bệnh nhân.

2.3.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: phân bố theo tuổi, giới ...

- Đặc điểm về tiền sử bệnh, chú ý một số yếu tố thuận lợi gây viêm tụy cấp:

- Các chỉ tiêu về lâm sàng:

** Triệu chứng cơ năng:*

** Triệu chứng toàn thân:*

** Triệu chứng thực thể:*

- Các chỉ tiêu về cận lâm sàng:

2.3.4. Công cụ nghiên cứu

** Bệnh án nghiên cứu*

** Kỹ thuật xét nghiệm sinh hoá, huyết học*

2.3.5. Phương pháp thu thập số liệu

2.3.6. Xử lý số liệu

Kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học, phần mềm SPSS 10.0.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới

Độ tuổi	Nam		Nữ		Tổng cộng	
	n	%	n	%	n	%
< 15	0	0	1	4,5	1	1,3
15 - 24	3	5,7	5	22,7	8	10,7
25 - 34	17	32,1	4	18,2	21	28,0
35 - 44	19	35,8	2	9,1	21	28,0
45 - 54	6	11,3	4	18,2	10	13,3
55 - 64	3	5,7	3	13,6	6	8,0
65 - 75	4	8,4	3	13,6	7	9,4
> 75	1	4,5	0	0	1	1,3
Tổng số	53	70,7	22	29,3	75	100

Nhận xét:

Trong 75 bệnh nhân, có 53 nam chiếm 70,7% và 22 nữ chiếm 29,3%, tỷ lệ nam/nữ = 2,4, phân loại tuổi theo tiêu chuẩn của Ranson, Imrie, APACHE II có 8 bệnh nhân ≥ 55 tuổi. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu $46,4 \pm 15,0$. Tuổi nhỏ nhất là 14 và tuổi lớn nhất là 80. Độ tuổi hay gặp nhất là 25 đến 44 chiếm 56%, tuổi <15 ít gặp chỉ chiếm 1,3%.

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thành phần dân tộc

Dân tộc	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Kinh	48	64,0
Tày	13	17,3
Nùng	10	13,3
Khác	4	5,3
Tổng số	75	100

Nhận xét:

Trong tổng số 75 bệnh nhân VTC, dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ 64%, dân tộc Tày 17,3%, dân tộc Nùng 13,3%, các dân tộc khác chiếm 5,3%.

Bảng 3.3. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Nông dân	33	44,0
Cán bộ viên chức	32	42,7
Khác	10	13,3
Tổng số	75	100

Nhận xét:

Nông dân và cán bộ viên chức bị VTC chiếm tỷ lệ cao, nông dân 44%; cán bộ viên chức 42,7%, thành phần khác chiếm tỷ lệ thấp hơn 13,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.4. Nguyên nhân gây viêm tụy cấp

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ (%)
Rượu	32	42,7
Sỏi, giun đường mật	12	16,0
Rối loạn lipid	7	9,3
Sau ERCP	2	2,7
Sau bữa ăn	2	2,7
Không rõ nguyên nhân	20	26,6
Tổng số	75	100

Nhận xét:

Nghiện rượu là nguyên nhân hay gặp nhất, có 32 trường hợp chiếm 42,7%. Trong tổng số 75 trường hợp có 20 trường hợp (26,7%) là chưa xác định được nguyên nhân gây VTC.

Bảng 3.5. Thời gian nhập viện từ khi bắt đầu bị bệnh đến lúc nhập viện

Thời gian	n	Tỷ lệ (%)
< 24 giờ	29	38,7
24 - < 48 giờ	38	50,7
48 - < 72 giờ	8	10,6
Tổng số	75	100

Nhận xét:

Có 29 bệnh nhân vào viện trong ngày đầu của bệnh chiếm 38,7% và 38 bệnh nhân vào viện sau 2 ngày kể từ khi khởi phát bệnh chiếm 50,7%.

Bảng 3.6. Một số triệu chứng lâm sàng chính

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ (%)
Đau bụng vùng thượng vị	75	100
Bụng chướng	43	57,3
Buồn nôn và nôn	56	74,6
Sốt	18	24,0
Khó thở	3	4,0
Cảm ứng phúc mạc	18	24,0
Mảng cứng	14	18,6
Tràn dịch đa màng	4	5,3
Điểm sườn lưng đau	34	45,3
Mạch nhanh >100 lần /phút	4	5,3
Huyết áp tối đa tụt < 90mmHg	3	4,0

Nhận xét:

100% bệnh nhân có đau bụng vùng thượng vị mức độ đau từ nhẹ đến nặng, kèm theo triệu chứng ấn đau tức vùng thượng vị. Buồn nôn và nôn cũng là triệu chứng hay gặp chiếm 74,6%. Dấu hiệu huyết áp tụt ít gặp nhất chiếm 4,0%.

Bảng 3.7. So sánh một số đặc điểm lâm sàng ở hai nhóm nặng và nhẹ theo phân loại của Atlanta

Đặc điểm	Nhẹ (n = 44)		Nặng (n = 31)		P
	n	%	n	%	
Chướng bụng	28	63,7	15	48,4	> 0,05
Cảm ứng phúc mạc	16	36,3	2	6,5	> 0,05
Khó thở	0	0	3	9,6	< 0,01
Mạch nhanh > 100lần/phút	0	0	4	12,9	< 0,01
Huyết áp tối đa tụt < 90mmHg	0	0	3	9,6	< 0,01
Tràn dịch đa màng	0	0	4	12,9	< 0,01

Nhận xét:

+ Các đặc điểm lâm sàng như chướng bụng, cảm ứng phúc mạc có tỷ lệ nhóm nhẹ cao hơn nhóm nặng, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

+ Các triệu chứng khó thở, mạch nhanh >100lần/phút, huyết áp tối đa tụt, tràn dịch đa màng chiếm tỷ lệ thấp nhưng có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân nặng cao hơn so với nhóm bệnh nhân nhẹ theo phân loại của Atlanta.

+ Theo tiêu chuẩn phân loại của Atlanta trong 44 bệnh nhân VTC thể nhẹ không có bệnh nhân nào có biểu hiện khó thở, mạch và huyết áp bình thường, chụp cắt lớp hoặc siêu âm không phát hiện thấy tràn dịch đa màng.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.8. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các xét nghiệm		n	Tỷ lệ (%)
Amlase máu (U/37 °C/l)	< 220	12	16,0
	Từ 220- ≤ 700	17	22,6
	> 700	46	61,3
Bạch cầu máu /mm ³	≤ 9000	18	24,0
	Từ >9000 - 16000	45	60,0
	> 16000	12	16,0
Albumin máu < 32 g/l		24	32,0
Canxi máu < 2 mmol/l		18	24,0
Creatinin máu > 120 μmol/l		29	38,6
Ure máu > 14 mmol/l		16	21,3
Glucose máu > 6,4 mmol/l		42	56,0

Nhận xét:

+ Amylase máu: phần lớn số bệnh nhân đều có Amylase máu tăng, trong đó Amylase máu tăng gấp > 3 lần bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất (61,3%), chỉ có 12 trường hợp Amylase máu ở dưới mức bình thường (16%).

+ Trị số bạch cầu máu: bệnh nhân có bạch cầu máu tăng chiếm 76%, trong đó tăng cao mức từ > 9000 đến 16000/mm³ chiếm tỷ lệ cao nhất (60%).

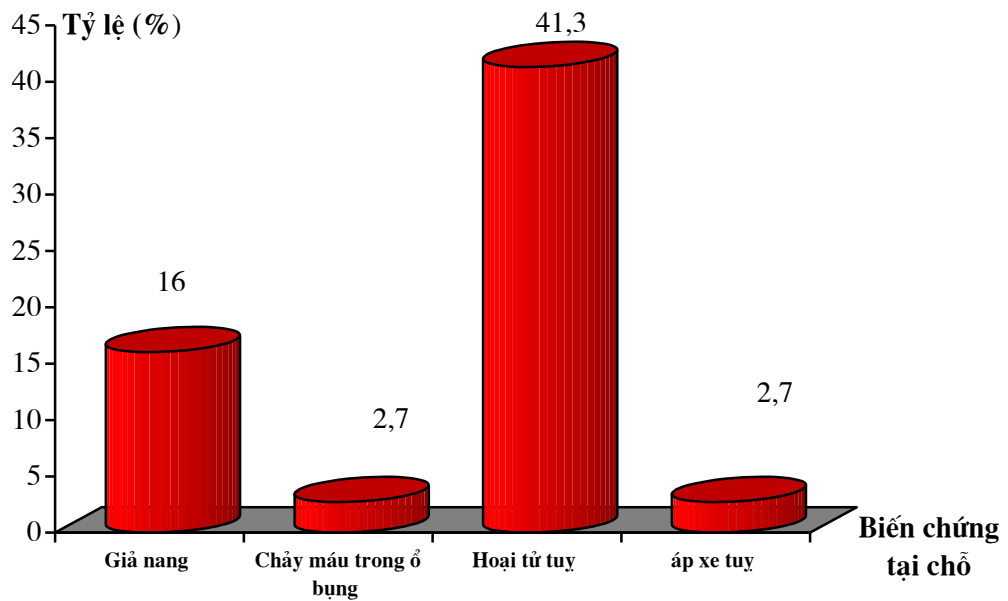
+ Bệnh nhân có Albumin máu < 32g/l chiếm 32% số bệnh nhân VTC.

+ Bệnh nhân có Canxi máu < 2 mmol/l chiếm 24% số bệnh nhân VTC.

+ Bệnh nhân có Creatinin máu >120 μmol/l chiếm 38,6% bệnh nhân VTC.

+ Các xét nghiệm khác: Ure máu tăng (21,3%), Glucose máu tăng (56%).

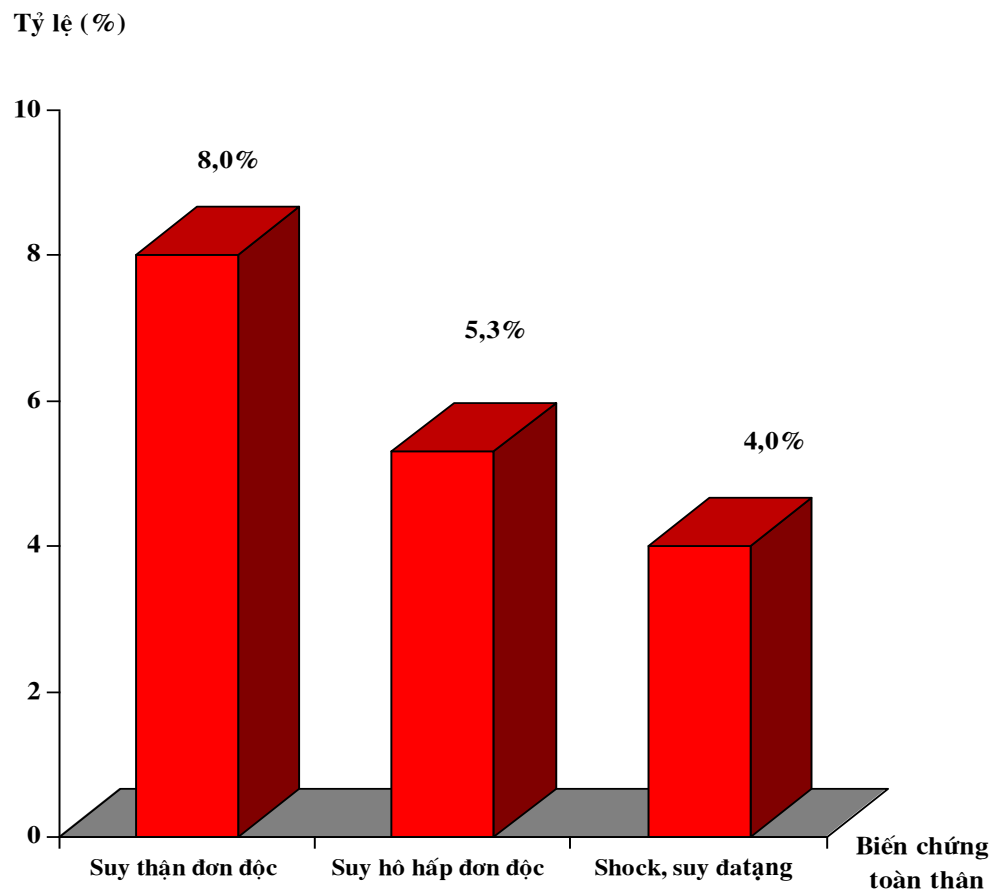
3.4. Một số biến chứng của VTC



Biểu đồ 3.1. Một số biến chứng tại chỗ của VTC

Nhận xét:

Trong số 75 bệnh nhân có 31 bệnh nhân có hoại tử tử tụy, chiếm 41,3%. Nang tụy gặp ở 12 bệnh nhân chiếm 16%, chiếm tỷ lệ thấp là chảy máu trong ổ bụng và áp xe tụy, biến chứng tại chỗ chiếm tỷ lệ 62,6%



Biểu đồ 3.2. Một số biến chứng toàn thân

Nhận xét:

Biến chứng toàn thân gặp ở 13 bệnh nhân chiếm 17,3%; trong đó có 3 bệnh nhân suy đa tạng chiếm 4%; cả ba bệnh nhân này đều có trụy tim mạch và Shock. Suy thận đơn độc có 6 bệnh nhân chiếm 8% và suy hô hấp có 4 bệnh nhân chiếm 5,3 %.

3.5. Diễn biến của CRP, LDH, Hematocrit trong huyết thanh nhóm bệnh nhân VTC

Bảng 3.9. Nồng độ CRP trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Thời điểm nghiên cứu	n	Nồng độ CRP trung bình (mg/l)	Giá trị nhỏ nhất và lớn nhất (mg/l)
Ngày 1	29	$9,4 \pm 8,9$	5,0 - 20,0
Ngày 2	38	$73,2 \pm 66,4$	14,0 - 324,0
Ngày 3	8	$153 \pm 88,1$	42,0 – 328,0

Nhận xét:

Nồng độ CRP trong huyết thanh ở đa số bệnh nhân VTC tăng rõ, vượt giới hạn bình thường. Nồng độ CRP tăng trong 3 ngày đầu và rõ nhất ngày thứ 3 là $153 \pm 88,1\text{mg/l}$.

Bảng 3.10. Nồng độ LDH trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thời điểm nghiên cứu	n	Nồng độ LDH trung bình (U/l)	Giá trị nhỏ nhất và lớn nhất (U/l)
Ngày 1	29	$298,4 \pm 40,1$	236,0 - 389,0
Ngày 2	38	$316,0 \pm 48,0$	248,0 - 494,0
Ngày 3	8	$290,0 \pm 25,7$	249,0 - 327,0

Nhận xét:

Nồng độ LDH trong huyết thanh ở đa số bệnh nhân VTC tăng rõ, có 56 bệnh nhân tăng vượt giới hạn bình thường (460U/l) chiếm 74,6%. Tăng cao nhất ngày thứ hai của bệnh $316,7 \pm 48,03 \text{ U/l}$ sau đó có xu hướng giảm rõ ngày thứ ba của bệnh $290,0 \pm 25,75 \text{ U/l}$.

Bảng 3.11. Hematocrit trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thời điểm nghiên cứu	n	Hematocrit trung bình (%)	Giá trị nhỏ nhất và lớn nhất (%)
Ngày 1	29	40,3 ± 4,12	33,6 - 52,4
Ngày 2	38	41,8 ± 39,3	21,0 - 75,0
Ngày 3	8	38,7 ± 3,5	33,7 - 43,0

Nhận xét:

Hematocrit ở bệnh nhân VTC tăng cao nhất ngày thứ 2 sau đó lại giảm vào ngày thứ 3.

3.6. Xác định sự thay đổi nồng độ CRP, LDH, Hematocrit trong huyết thanh của bệnh nhân VTC theo phân loại của Atlanta

Bảng 3.12. Nồng độ CRP (mg/l) ở các nhóm nặng nhẹ theo phân loại của Atlanta

Atlanta	Nặng		Nhẹ		P
Thời gian	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Ngày 1	10	10,7 ± 10,0	19	6,6 ± 0,6	< 0,01
Ngày 2	18	256,0 ± 62,2	20	86,0 ± 53,4	< 0,01
Ngày 3	3	242,0 ± 88,1	5	84,0 ± 48,2	< 0,01

Nhận xét:

Nồng độ CRP ở nhóm nặng cao hơn nhóm nhẹ vào các thời điểm ngày 1, ngày 2 và ngày 3, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.13. Nồng độ LDH (U/l) ở các nhóm nặng nhẹ theo phân loại của Atlanta

Atlanta Thời gian	Nặng		Nhẹ		P
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Ngày 1	10	302,6 \pm 31,1	19	296,0 \pm 44,6	> 0,05
Ngày 2	18	321,0 \pm 64,5	20	298,0 \pm 23,5	< 0,05
Ngày 3	3	298,0 \pm 15,0	5	256,0 \pm 29,0	< 0,05

Nhận xét:

Nồng độ LDH của nhóm nặng cao hơn nhóm nhẹ vào các thời điểm, ở ngày thứ nhất sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đến ngày thứ 2 và 3 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.14. Hematocrit (%) ở các nhóm nặng nhẹ theo phân loại của Atlanta

Atlanta Thời gian	Nặng		Nhẹ		P
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Ngày 1	10	41,0 \pm 3,0	19	39,0 \pm 4,5	> 0,05
Ngày 2	18	46,0 \pm 5,7	20	39,0 \pm 3,6	< 0,05
Ngày 3	3	46,7 \pm 5,0	5	38,7 \pm 2,8	< 0,05

Nhận xét:

Hematocrit ở nhóm nặng cao hơn nhóm nhẹ vào các thời điểm ngày 1, ngày 2 và ngày 3 của bệnh. Tuy nhiên, ngày 1 sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, ngày thứ 2 và 3 của bệnh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên tổng số 75 bệnh nhân, có 53 nam chiếm 70,7% và 22 nữ chiếm 29,3%, tỷ lệ nam/nữ = 2,4, phân loại tuổi theo tiêu chuẩn của Ranson, Imrie, APACHE II có 8 bệnh nhân ≥ 55 tuổi. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu $46,4 \pm 15,0$. Tuổi nhỏ nhất là 14 và tuổi lớn nhất là 80. Độ tuổi hay gặp nhất là 25 đến 44 chiếm 56%, tuổi <15 ít gặp chỉ chiếm 1,3%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiện rượu là $41,9 \pm 8,7$ thấp nhất là 27 cao nhất là 58 tuổi, các nhóm nguyên nhân khác chúng tôi không thống kê tuổi trung bình do số bệnh nhân còn ít.

Tuổi > 55 là một yếu tố tiên lượng nặng trong các thang điểm của Ranson và Imrie, APACHE II [48], [49], riêng độ tuổi > 80 là một yếu tố tiên lượng nặng độc lập trong VTC [8], [13], nhưng theo Muller [47] là tuổi > 70 , đối chiếu với phân loại Atlanta thì trong 8 bệnh nhân trên 55 tuổi có 6 bệnh nhân thuộc nhóm VTC nặng.

4.1.2. Giới tính

Trong 75 bệnh nhân, có 53 bệnh nhân nam chiếm 70,7% và 22 bệnh nhân nữ chiếm 29,3%, tỷ lệ nam/nữ = 2,4. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ cao hơn một số tác giả khác trong nước và ngoài nước như Đỗ Quang Út [12] tỷ lệ nam/nữ là 1,63; Hà Tiến Quang [9] tỷ lệ nam/nữ là 1,15; Alfonso V., [24] là 1,49. Tỷ lệ nam/nữ của chúng tôi cao hơn có thể do thói quen uống nhiều rượu bia ở nam giới, tỷ lệ bệnh nhân nghiện rượu của chúng tôi cao, thêm nữa các bệnh nhân thường đã qua tuyến dưới nên các bệnh nhân VTC có sỏi mật - nguyên nhân hay gặp ở nữ giới ít được chuyển đến với chúng tôi.

4.1.3. Thành phần dân tộc và nghề nghiệp

Trong tổng số 75 bệnh nhân VTC, dân tộc Kinh chiếm tỷ lệ cao nhất 69,3%, thấp là dân tộc Nùng 13,3%. Trong số bệnh nhân là dân tộc Nùng thì nam giới chiếm 80% và có liên quan nhiều đến tiền sử nghiện rượu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nông dân và cán bộ viên chức bị VTC chiếm tỷ lệ cao, nông dân 44%; cán bộ viên chức 42,7% một số thành phần khác chiếm tỷ lệ thấp hơn 13,3%. Không có căn cứ để cho rằng các yếu tố như cường độ lao động cao, tập quán sinh hoạt của nông dân và cán bộ viên chức ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc VTC.

4.2. Một số đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

4.2.1. Một số nguyên nhân và yếu tố thuận lợi gây VTC

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2,7% bệnh nhân VTC khởi phát sau một bữa ăn mà các đồ ăn có nguồn gốc động vật nhiều hơn bình thường. VTC khởi phát sau một bữa ăn thịnh soạn đã được nói đến từ lâu nhưng cơ chế gây bệnh vẫn chỉ là giả thuyết, tỷ lệ VTC không rõ nguyên nhân chiếm 26,7% thấp hơn các nghiên cứu của Vũ Văn Khiên, Nguyễn Thị Thắm [8], Đỗ Quang Út [12], Hoàng Thị Huyền [13], sự khác biệt có thể do cỡ mẫu, tiêu chuẩn chọn vào nhóm nghiên cứu khác nhau, đối tượng các bệnh nhân nội, ngoại khoa và những tiến bộ trong chẩn đoán VTC.

4.2.2. Thời gian từ khi bắt đầu bị bệnh đến lúc nhập viện

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân đến viện sớm đã tăng cao, nguyên nhân có thể do được chẩn đoán sớm ở tuyến dưới, do tình hình giao thông đã được cải thiện...

4.2.3. Một số triệu chứng lâm sàng chính

Trong nghiên cứu của chúng tôi đau bụng vùng trên rốn là triệu chứng lâm sàng gặp ở tất cả các bệnh nhân chiếm 100%,

Chướng bụng trong nghiên cứu của chúng tôi có 43 bệnh nhân chiếm 57,3%, thấp hơn so với kết quả của các tác giả Đỗ Quang Út (80,1%), Hà Tiến Quang (78%).

Buồn nôn và nôn gặp ở 56 bệnh nhân chiếm 74,7% các trường hợp, nôn ra thức ăn và dịch dạ dày tá tràng, nôn xong không đỡ đau.

Triệu chứng sờ thấy mảng cứng vùng thượng vị, vùng mạn sườn trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 14 trường hợp chiếm 14,6%.

Triệu chứng ấn đau điểm sườn lưng đặc biệt là bên trái chúng tôi gặp ở 34 trường hợp, chiếm 45,3% cao hơn kết quả của Đỗ Quang Út (38,6%).

Sốt chúng tôi gặp ở 18 bệnh nhân chiếm 24%, thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Quang Út (56,3%), bệnh nhân thường có biểu hiện sốt nhẹ 37,5 - 38,5 °C. Sốt cao > 39 °C gặp ở 5 bệnh nhân, chiếm 6,7%.

Mạch nhanh >100 lần/phút, chúng tôi gặp ở 4 bệnh nhân, chiếm 5,3%, thấp hơn của Hoàng Thị Huyền là 6,1%. Mạch trên 130 lần/phút gặp ở 3 bệnh nhân chiếm 4%; các bệnh nhân này đều có sốt cao, 4 bệnh nhân suy hô hấp, 6 trường hợp suy thận.

Huyết áp trong đa số các trường hợp vẫn trong giới hạn bình thường chỉ có 3 trường hợp huyết áp tối đa < 90 mmHg, đây là 3 trường hợp có shock và suy đa tạng diễn biến nặng nề, nhưng sau đó đã được điều trị tích cực, bệnh nhân ổn định dần và không có trường hợp nào tử vong.

Khó thở, tần số thở > 25 lần/phút gặp ở 3 bệnh nhân chiếm 4% trong đó có 4 bệnh nhân suy hô hấp $PaO_2 < 60\text{mmHg}$. Khó thở trong VTC có thể do suy hô

hấp thực sự hoặc chỉ là phản ứng với tình trạng đau, chướng bụng, tràn dịch màng phổi.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi không thấy có bệnh nhân nào có dấu hiệu Cullen hoặc Grey-Turner, điều này là phù hợp vì ngay cả trong trường hợp VTC thể hoại tử nặng các dấu hiệu này cũng ít gặp.

4.3. Một số triệu chứng cận lâm sàng chính

- *Amylase máu:*
- *Can xi máu*
- *Bạch cầu máu:*
- *Albumin máu:*
- *Creatinin máu và Glucose máu:*

4.4. Các biến chứng của VTC

4.4.1. Một số biến chứng tại chỗ của VTC

4.4.2. Một số biến chứng toàn thân

4.5. Thay đổi nồng độ CRP, LDH, Hematocrit trong huyết thanh nhóm bệnh nhân VTC

4.5.1. Thay đổi nồng độ CRP trong huyết thanh bệnh nhân VTC

4.5.2. Thay đổi nồng độ LDH trong huyết thanh nhóm bệnh nhân nghiên cứu

4.5.3. Thay đổi Hematocrit trong huyết thanh nhóm bệnh nhân nghiên cứu

4.6. Đối chiếu sự thay đổi nồng độ CRP, LDH, Hematocrit trong huyết thanh bệnh nhân VTC theo phân loại của Atlanta

4.6.1. Nồng độ CRP (mg/l) ở các nhóm nhẹ nặng theo phân loại của Atlanta

4.6.2. Nồng độ LDH (U/l) ở các nhóm nhẹ nặng theo phân loại của Atlanta

4.6.3. Hematocrit (%) ở các nhóm nhẹ nặng theo phân loại của Atlanta

KẾT LUẬN

5.1. Nhận xét một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng VTC.

5.1.1. Lâm sàng

- Đau bụng vùng thượng vị: có 75 bệnh nhân chiếm 100%
- Bụng chướng: có 43 bệnh nhân chiếm 57,3%
- Buồn nôn và nôn: có 56 bệnh nhân chiếm: 74,7%
- Sốt: có 18 bệnh nhân chiếm 24%
- Cảm ứng phúc mạc: có 18 bệnh nhân chiếm 24%
- Mảng cứng: có 14 bệnh nhân chiếm 18,6%
- Điểm sườn lưng đau: có 34 bệnh nhân chiếm 45,3%
- Tràn dịch đa màng: có 4 bệnh nhân chiếm 5,3%
- Mạch > 100 lần/phút : có 4 bệnh nhân chiếm 5,3%

5.1.2. Cận lâm sàng:

- Số bệnh nhân có Amylase máu tăng cao > 3 lần chiếm 61,3%
- BC máu tăng > 16.000 /mm³ chiếm 16%
- Albumin máu < 32 g/l chiếm 32%
- Canxi máu < 2 mmol/l chiếm 24%
- Ure máu > 14 mmol/l chiếm 21,3%
- Creatinin máu > 120 μ mol/l chiếm 38,6%
- Glucose máu > 6,4 mmol/l chiếm 56%

5.1.3. Biến chứng VTC:

- Biến chứng tại chỗ: gặp 47 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 62,6%
- Biến chứng toàn thân: gặp 13 bệnh nhân chiếm 17,3%

5.2. Thay đổi các chỉ số Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit trên bệnh nhân VTC và đối chiếu sự thay đổi các chỉ số trên theo các phân độ nặng nhẹ của Atlanta

5.2.1. Thay đổi nồng độ CRP trong huyết thanh bệnh nhân VTC

Nồng độ CRP trong huyết thanh trong vòng 24 giờ đầu ở bệnh nhân VTC chưa tăng với nồng CRP trung bình $9,4 \pm 8,9\text{mg/l}$.

Nồng độ CRP thu được đạt đỉnh cao trong ngày thứ 3 với giá trị trung bình là $153 \pm 88,1\text{ mg/l}$ và giảm nhanh sau tuần thứ nhất ở các trường hợp nhẹ, không có biến chứng.

Nồng độ CRP nhóm bệnh nhân có hoại tử cao hơn và có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không có hoại tử trong thời gian từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 3 của bệnh.

5.2.2. Thay đổi nồng độ LDH trong huyết thanh bệnh nhân VTC

Nồng độ LDH trong huyết thanh ở đa số bệnh nhân VTC tăng rõ, đều vượt giới hạn bình thường. Tăng cao nhất ngày thứ hai của bệnh với giá trị trung bình $316,0 \pm 48,0\text{ U/l}$ sau đó nồng độ LDH có xu hướng giảm rõ vào ngày thứ ba của bệnh $290,0 \pm 25,75\text{U/l}$.

5.2.3. Thay đổi thông số Hematocrit trên bệnh nhân VTC

Chỉ số Hematocrit ở bệnh nhân VTC tăng cao nhất ngày thứ 2 sau đó lại giảm vào ngày thứ 3, thay đổi chủ yếu xảy ra ở nhóm bệnh nhân VTC nặng, có hình ảnh của hoại tử và tràn dịch khi chụp siêu âm và chụp CLVT.

5.2.4. Đối chiếu nồng độ của Protein phản ứng C, Lactatedehydrogenase, Hematocrit theo các phân độ nặng nhẹ của Atlanta

- Đối chiếu nồng độ CRP theo các phân độ nặng nhẹ của Atlanta

Nồng độ CRP huyết thanh ở nhóm VTC nặng tăng cao hơn so với nhóm nhẹ vào các thời điểm ngày thứ nhất, ngày thứ 2, ngày thứ 3. Nồng độ CRP tăng

cao nhất ở ngày thứ 2 đối với nhóm nặng là $256 \pm 62,2$ mg/l, trong khi đó nhóm nhẹ là $86 \pm 53,4$ mg/l ($P < 0,05$).

- *Đối chiếu nồng độ LDH theo phân độ nặng nhẹ của Atlanta*

Nồng độ LDH của nhóm nặng cao hơn nhóm nhẹ, sự khác biệt rõ nhất ở ngày thứ 2 và thứ 3, nồng độ LDH tăng cao nhất ở nhóm bệnh nhân nặng có biến chứng hoại tử và phù hợp với phân độ nặng nhẹ của Atlanta.

- *Đối chiếu Hematocrit theo phân độ nặng nhẹ của Atlanta*

Hematocrit ở bệnh nhân VTC tăng cao nhất vào ngày thứ 2, phù hợp với phân độ nặng nhẹ của Atlanta và thay đổi chủ yếu xảy ra ở nhóm bệnh nhân trên hình ảnh siêu âm và chụp CLVT có hình ảnh của hoại tử và tràn dịch.

KHUYẾN NGHỊ

Định lượng CRP, LDH và Hematocrit là những phương pháp đơn giản dễ thực hiện, cho kết quả nhanh, có giá trị tốt trong tiên lượng khi theo dõi tiến triển của VTC. Trên lâm sàng nếu có điều kiện nên áp dụng kết hợp các phương pháp trên để tiên lượng VTC chính xác hơn, hạn chế tử vong trong các trường hợp VTC nặng có biến chứng.

Đối với các cơ sở điều trị tuyến tính có đủ điều kiện làm được cả ba xét nghiệm CRP, LDH và Hematocrit thì nên làm CRP trước vì CRP là phương pháp đơn giản dễ thực hiện, cho kết quả nhanh, vừa có giá trị tốt trong chẩn đoán sớm VTC, vừa có giá trị trong tiên lượng mức độ VTC, còn xét nghiệm LDH và Hematocrit thường chỉ có giá trị tiên lượng mức độ VTC, khi mà VTC tiến triển đã có biến chứng như hoại tử, xuất huyết...

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

Số TT	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Số bệnh án
01	Nguyễn Minh X	50	SN 36, Đê La Thành quận Đống Đa, TP Hà Nội	24353K85
02	Nguyễn Trọng T	46	Tổ 3, khu 8, Cao Xanh TP Hạ Long, Quảng Ninh	26358K85
03	Đoàn Thị T	40	Thôn Mẫu Đoan, Kỳ Sơn, Tứ Kỳ, Hải Dương	26494K85
04	Nông Văn C	44	Thôn Khau Luông, Đức Long, Hoà An, Cao Bằng	26355K85
05	Trần Đình L	74	SN 96, Trung Hoà, Cầu Giấy, Hà Nội	26606K85
06	Nguyễn Văn V	38	SN 36, cụm 4, Xuân La, Tây Hồ, Hà Nội	26913K85
07	Nguyễn Tư H	34	Thôn Tân Lập, Đình Bảng, Từ Sơn, Bắc Ninh	25117K81
08	Nguyễn Trọng T	58	SN 8, Y Miếu, Trần Quý Cáp, Đống Đa, Hà Nội	24656K85
09	Chu Văn L	49	Đầu Cầu, Phủ Thông, Bạch Thông, Bắc Kạn	28875K85
10	Đoàn Đình B	42	Bình Cầu, Quảng Lăng, Ân Thi, Hưng Yên	27646K85
11	Mai Thị N	54	Ngõ 554, Nguyễn Văn Cừ, Long Biên, Hà Nội	26868K85
12	Lê Ngọc N	43	Bản Sai, Sao Vạc, Yên Châu, Sơn La	27355K85
13	Trần Trọng M	59	Tổ 12, Trung Thành, TP Thái Nguyên, Thái Nguyên	28349K85
14	Trần Thị H	33	Long Xuyên, Bình Giang, Hải Dương	27483K85
15	Phạm Thu H	30	161, Đại La, Hai Bà Trưng, Hà Nội	28090K85
16	Nguyễn Thị H	21	Tổ 5, Phúc Lợi, Long Biên, Hà Nội	25768K85
17	Hoàng Văn L	53	Đội 8, Lý Yên, Lý Nhân, Hà Nam	24570K85
18	Nguyễn Trọng L	39	Thôn Quảng Bồ, Quảng Phú, Lương Tài, Bắc Ninh	26030K85

19	Lê Bình H	42	Khu 4, Ba Đình, Bim Sơn, Thanh Hoá	25106K85
Số TT	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Số bệnh án
20	Tổng Thị C	56	Xóm 11, Xuân Thành, Xuân Trung, Nam Định	25159K85
21	Hoàng Văn L	37	Liên Minh, Thiện Công, Thiện Hoa, Thanh Hoá	25166K85
22	Nguyễn Văn H	50	Xóm Bằng, Đồng Quang, Tứ Sơn, Bắc Ninh	27215K85
23	Hoàng Thị Y H	14	Thù Lâm, Tiên Phong, Phổ Yên, Thái Nguyên	27563K85
24	Nông Văn N	47	Trại Hồng, Hợp Kỳ, Yên Thế, Bắc Giang	27274K85
25	Dương Văn G	57	Tân Phương, Tân Mỹ, Yên Dũng, Bắc Giang	28847K85
26	Hàn Ngọc A	29	Dị Sử, Mỹ Hào, Hưng Yên	28676K85
27	Lưu Kim Ph	45	Xóm 6, Ninh Hiệp, Gia Lâm, Hà Nội	29057K85
28	Trần Văn T	37	Tổ 10, Sông Hiến, thị xã Cao Bằng, tỉnh Cao Bằng	28376K85
29	Nguyễn Thị T	54	Yên Nội, Đồng Quang, Quốc Oai, Hà Tây	27781K85
30	Nguyễn Văn L	40	Xã Tiên Phong, Yên Dũng, Bắc Giang	26891K85
31	Nguyễn Thị T	76	Gia Kê, Hoà Phú, Chiêm Hoá, Tuyên Quang	27630K85
32	Nguyễn Kim P	37	Xuân Lâm, Thuận Thành, Bắc Ninh	26878K85
33	Phan Văn L	47	Tân Lộc, Lộc Hà, Hà Tĩnh	27679K85
34	Nguyễn Đạo P	63	Thôn 4, Ninh Hiệp, Gia Lâm, Hà Nội	3339K85
35	Nguyễn Văn K	72	Thôn Ngọc Sơn, Quỳnh Sơn, Yên Dũng, Bắc Giang	703K85
36	Phạm Văn C	82	Thôn Cẩm Dới, Thống Nhất, Gia Lộc, Hải Dương	19K85
37	Nguyễn Văn N	36	Hồng kỳ, Sóc Sơn, Hà Nội	182K85
38	Mai Thị H	35	Tiểu khu 26/3, Cò Nôi, Mai Sơn, Sơn La	24K85

39	Tổng Quang H	49	Thượng An, Vạn An, TP Bắc Ninh, Bắc Ninh	1356K85
40	Phan Văn S	40	Thôn Lai Xá, Kim Chung, Hoài Đức, Hà Tây	1354K85
Số TT	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Số bệnh án
41	Ngọc Văn X	39	Thôn Thượng, Long Sơn, Sơn Động, Bắc Giang	1101K85
42	Nguyễn Văn C	40	Ái Mộ, Bồ Đề, Gia Lâm, Hà Nội	1721K85
43	Lê Duy H	51	Tam Quang, Yên Phong, Bắc Ninh	708K85
44	Nguyễn Hoàng L	60	SN67, Góc Mít, Vị Xuyên, Nam Định	1900K85
45	Đinh Văn H	34	Thôn Ban, Mường Cơi, Phú Yên, Sơn La	1594K85
46	Tô Thị H	25	Nguyên Khê, Đông Anh, Hà Nội	128K85
47	Tạ Văn B	37	368B, phường Điện Biên, TX Hưng Yên, Hưng Yên	2181K85
48	Đinh Văn Q	48	SN39, Thanh Miếu, Văn Miếu, Đống Đa, Hà Nội	3165K85
49	Nguyễn Văn T	21	Tư Gia, Tân Dân, Chí Linh, Hải Dương	3687K85
50	Nguyễn Thị H	73	Phú Hậu, Khánh Thiện, Yên Khánh, Ninh Bình	4115K85
51	Phạm Văn V	72	SN 56, Trạm Trình, Lê Lợi, Sơn Tây, Hà Tây	4897K85
52	Tạ Hữu T	42	Lục Xuân, Mỹ Xuyên, Phước Thọ, Hà Tây	4886K85
53	Võ Thị T	22	SN 12, Văn Sơn, Đô Lương, Nghệ An	4020K85
54	Phạm Thị X	45	Kép 2, Hồng Giang, Lục Ngạn, Bắc Giang	3987K85
55	Phạm Thị Minh L	32	SN 36, Hà Huy Tập, TP Vinh, Nghệ An	6669K85
56	Đinh Xuân B	43	Kim Thiên, Hương Mạc, Tứ Sơn, Bắc Ninh	4419K85
57	Nguyễn Tiến Q	24	Khu 3, thị trấn Vĩnh Tường, Vĩnh Phúc	4255K85

58	Đông Văn T	54	Yên Hoà, Kim Thành, Hải Dương	5923K85
59	Nguyễn Văn G	61	Chương Xá, Toàn Thắng, Kim Động, Hưng Yên	5882K85
60	Nguyễn Hữu H	34	Minh Khai, Phủ Lý, Hà Nam	4720K85
61	Văn Đình B	75	318B1, Thanh Xuân Bắc, Thanh Xuân, Hà Nội	4271K85

Số TT	Họ và tên	Tuổi	Địa chỉ	Số bệnh án
62	Đỗ Văn D	44	Yên Hoà, Yên Thọ, Đông Triều, Quảng Ninh	6883K85
63	Dương Văn B	41	Điền Thuy, Phú Bình, Thái Nguyên	7374K85
64	Phan Thanh T	61	SN124, tổ 4, Thái Học, thị xã Yên Bái, Yên Bái	8631K85
65	Trần Hùng H	49	Xuân Khảm, Sơn Tây, Hà Tây	7570K85
66	Đặng Công N	24	Thôn Cao Đình, Tri Phương, Tiên Du, Bắc Ninh	7209K85
67	Phạm Văn C	54	SN 461, Trần Khát Chân, Hai Bà Trưng, Hà Nội	8027K85
68	Trần Mạnh T	54	Đông Yên, Quốc Oai, Hà Tây	7420K85
69	Nguyễn Công C	42	36/530, phường Thuy Khuê, quận Tây Hồ, Hà Nội	7790K85
70	Nguyễn Thị C	70	Khánh Hội, Yên khánh, Ninh Bình	8213K85
71	Nguyễn Văn M	36	Tổng Xá, Thái Thịnh, Kim Môn, Hải Dương	7067K85
72	Nguyễn Văn T	37	Đồng Việt, Yên Dũng, Bắc Giang	8258K85
73	Phạm Đức H	64	52, Lương Ngọc Quyến, Hàng Buồm, Hoàn Kiếm, Hà Nội	9176K85
74	Lê Thị V	78	Tổ 3, Phúc Lợi, Long Biên, Hà Nội	9319K85
75	Lê Ngọc H	37	SN 202, Thanh Xuân Bắc, Thanh Xuân, Hà Nội	6107K85

