

Nghiên cứu

DOI: 10.59715/pntjimp.3.3.8

## Kết quả sớm điều trị viêm tụy hoại tử bằng can thiệp dẫn lưu qua da

Huỳnh Thanh Long<sup>1,2</sup>, Võ Văn Hùng<sup>3</sup>, Nguyễn Hoàng Vân<sup>4</sup>, Nguyễn Mạnh Khiêm<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bộ môn Ngoại, Khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Khoa Ngoại Gan - Mật - Tụy, Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>4</sup>Khoa Ngoại, Bệnh viện 7A, Thành phố Hồ Chí Minh

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Viêm tụy hoại tử (VTHT) là thể lâm sàng diễn tiến nặng đe dọa tử vong của viêm tụy cấp (VTC). Quan niệm điều trị VTHT hiện nay đã có nhiều thay đổi, thường là phải bảo tồn tối đa. Điều trị VTHT bằng can thiệp dẫn lưu qua da (DLQD) dần được áp dụng tại các trung tâm lớn.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VTHT được điều trị bằng DLQD và đánh giá kết quả sớm của kỹ thuật can thiệp DLQD.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp (TH) đã được chẩn đoán là VTHT đã được điều trị bằng DLQD tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 10/2019 đến tháng 09/2022.

**Kết quả:** Có 36 trường hợp VTHT đã được điều trị bằng DLQD thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với các đặc điểm: 26 bệnh nhân nam (72,22%) và 10 bệnh nhân nữ (27,78%); trung bình 46,31 ± 14,01 tuổi. Triệu chứng kèm theo nôn nhiều và sốt chiếm 58,33%. Amylase máu trung bình là 528,89 ± 528,87 U/L. Thang điểm Balthazar: Grade E chiếm 93,75%, Grade D chiếm 6,25%. Chỉ định can thiệp điều trị dẫn lưu ổ tụy dịch chiếm tỷ lệ cao nhất 26 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 72,22%. Thời gian thủ thuật trung bình là 46,31 ± 14,01 phút, nhanh nhất là 15 phút chậm nhất là 60 phút. 1 bệnh nhân có tai biến xảy ra trong thủ thuật (2,78%). 2 bệnh nhân có biến chứng tắc dẫn lưu, nhiễm khuẩn tăng (5,56%). 3 bệnh nhân đã được chỉ định phẫu thuật chiếm 8,33%. Tỷ lệ điều trị thành công bằng can thiệp DLQD của nghiên cứu là 75%.

**Kết luận:** Can thiệp DLQD là một kỹ thuật an toàn, có thể tiến hành trên các nhóm bệnh nhân VTHT thể nặng cho kết quả cải thiện rõ rệt về lâm sàng và tiên lượng. DLQD là kỹ thuật đơn giản với thời gian thủ thuật ngắn, ít tai biến biến chứng, tỷ lệ thành công về kỹ thuật cao.

**Từ khóa:** Viêm tụy cấp, Viêm tụy hoại tử, Dẫn lưu qua da.

### Abstract

#### Results of early treatment of necrotizing pancreatitis by percutaneous drainage intervention

**Background:** Necrotizing pancreatitis is a severe, death-threatening clinical form of acute pancreatitis. The current concept of treatment for necrotizing pancreatitis has changed. Treatment of necrotizing pancreatitis with percutaneous drainage intervention is gradually being applied at large centers.

**Objective:** This study describes the clinical and paraclinical characteristics of necrotizing pancreatitis treated with percutaneous drainage and evaluate the early results of percutaneous drainage intervention technique.

Ngày nhận bài:

24/4/2024

Ngày phân biện:

24/5/2024

Ngày đăng bài:

20/7/2024

Tác giả liên hệ:

Huỳnh Thanh Long

Email: bs.huynhlong

1967@gmail.com

ĐT: 0913662056

**Subjects and methods:** Retrospective descriptive study of cases diagnosed with necrotizing pancreatitis that were treated with percutaneous drainage at Binh Dan Hospital from October 2019 to September 2022.

**Results:** There were 36 cases of necrotizing pancreatitis treated with percutaneous drainage that met the sampling criteria with the following characteristics: 26 male patients (72.22%) and 10 female patients (27.78%); Average age:  $46.31 \pm 14.01$  years old. Symptoms include vomiting and fever, accounted for 58.33%. The average blood amylase was  $528.89 \pm 528.87$  U/L. Balthazar scale: Grade E accounted for 93.75%, Grade D accounted for 6.25%. Indications for percutaneous drainage of seroma accounted for the highest rate of 26 patients, accounting for 72.22%. The average procedure time was  $46.31 \pm 14.01$  minutes, the fastest was 15 minutes and the slowest was 60 minutes. 1 patient had an adverse event during the procedure (2.78%). 2 patients had complications of drainage obstruction and increased infection (5.56%). 3 patients were scheduled for surgery, accounting for 8.33%. The study's successful treatment rate with percutaneous drainage intervention was 75%.

**Conclusion:** Percutaneous drainage intervention is a safe technique that can be performed on groups of patients with severe necrotizing pancreatitis, resulting in marked clinical and prognostic improvement. Percutaneous drainage is a simple technique with short procedure time, few complications, and high technical success rate..

**Keywords:** Acute pancreatitis, Necrotizing pancreatitis, Percutaneous drainage.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh tổn thương viêm cấp tính nhu mô tuyến tụy. Viêm tụy hoại tử (VTHT) là thể lâm sàng diễn tiến nặng đe dọa tử vong của VTC, đặc trưng bởi hoại tử mô tụy và/ hoặc hoại tử mô quanh tụy, chiếm khoảng 20-40% các trường hợp viêm tụy cấp. Có khoảng 5-10% bệnh nhân VTHT sẽ tiến triển hoại tử mô tụy hoặc mô quanh tụy hoặc cả hai. Bệnh nhân VTHT có thời gian nằm viện kéo dài với nguy cơ tử vong cao do biến chứng tại chỗ và toàn thân [1,2].

Quan niệm điều trị VTHT hiện nay đã có nhiều thay đổi, thường là phải bảo tồn tối đa. Hoại tử tụy có thể được chẩn đoán rõ ràng qua chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng. Quan niệm điều trị VTHT hiện nay đã có nhiều thay đổi, thường là phải bảo tồn tối đa. Hiện nay ưu tiên điều trị VTHT theo từng bước. Những quan điểm điều trị này có thể tổng hợp như sau: Thứ nhất, thời điểm can thiệp phẫu thuật thay đổi từ mổ rất sớm trong giai đoạn đầu của bệnh sang thời điểm 3 đến 4 tuần sau ngày khởi phát bệnh. Thứ hai, chỉ định cắt lọc mô hoại tử thay đổi từ hoại tử vô trùng sang hoại tử nhiễm khuẩn. Thứ ba, ưu tiên điều trị theo từng bước. Đầu tiên là dẫn lưu mô hoại tử qua da hoặc qua nội soi tiêu hóa, kế đến là phẫu thuật [3].

Tại Việt Nam, điều trị VTHT bằng can thiệp dẫn lưu qua da (DLQD) cũng đã được nhiều tác giả báo cáo, nhưng phần lớn phân tích ở qui mô trường hợp ca lâm sàng. Các nghiên cứu hệ thống trên nhóm bệnh nhân này còn nhiều hạn chế. Đặc biệt là nghiên cứu của can thiệp dẫn lưu qua da trong điều trị viêm tụy hoại tử vẫn chưa được nhiều trung tâm báo cáo. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VTHT được điều trị bằng DLQD và đánh giá kết quả sớm của kỹ thuật can thiệp DLQD.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp (TH) đã được chẩn đoán là VTHT đã được điều trị bằng DLQD tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 10/2019 đến tháng 09/2022 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.

### *Tiêu chuẩn chọn bệnh*

- Tất cả các BN được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 [3]: dựa vào 2 trong 3 tiêu chuẩn:

(1) đau bụng kiểu VTC (khởi phát cấp tính vùng thượng vị, kiểu đau liên tục, mức độ nhiều và thường lan ra sau lưng)

(2) lipase máu (hoặc amylase máu) tăng hơn 3 lần giá trị trên của trị số bình thường

(3) hình ảnh VTC trên CLVT có cân quang, cộng hưởng từ, hoặc siêu âm.

- Thể hoại tử tụy được căn cứ vào 1 trong 2 tiêu chuẩn:

+ Kết quả CLVT có ghi nhận tụy hoại tử tụy gồm hoại tử chủ mô tụy, hoại tử mô quanh tụy hay kết hợp cả 2. Hoại tử tụy được xác định bằng khảo sát hình ảnh CLVT có cân quang. Trên CLVT có cân quang, hoại tử tụy được xác định là vùng mô tụy không bắt thuốc cân quang. Trong nghiên cứu sẽ tiến hành đánh giá tất cả các lần chụp CLVT nếu có những chỉ tiêu về viêm tụy hoại tử sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu.

+ Trong trường hợp phẫu thuật có ghi nhận tụy hoại tử.

- Được chỉ định dẫn lưu ổ hoại tử và ổ tụ dịch tụy qua da (DLQD) để điều trị.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Chúng tôi loại trừ những hồ sơ VTHT bị thiếu thông tin xác định tình trạng hoại tử của tụy như mất tờ kết quả đọc CLVT, hồ sơ có nhiều tập nhưng bị mất 1 tập, thiếu và thất lạc thông tin. Không đủ cung cấp các dữ kiện nghiên cứu.

### **2.2. Phương pháp tiến hành**

**2.2.1. Cỡ mẫu:** Nghiên cứu không tính cỡ mẫu. Lấy toàn bộ các bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

Chúng tôi sử dụng các phương án sau đây để xác lập danh sách BN cần tìm: sử dụng từ khóa viêm tụy cấp hoặc viêm tụy hoại tử để tìm trong cơ sở dữ liệu của phần mềm quản lý BN tại bệnh viện.

Theo hồ sơ bệnh án chúng tôi tìm những trường hợp có chỉ định can thiệp DLQD.

Đánh giá các kết quả chẩn đoán CLVT trong suốt quá trình nằm viện hoặc biên bản phẫu thuật để loại trừ những trường hợp viêm tụy cấp không ghi nhận tình trạng hoại tử mô tụy trên CLVT hoặc biên bản phẫu thuật nếu bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật.

Hồi cứu qua hồ sơ cũ của các đối tượng nghiên cứu và lập bệnh án nghiên cứu.

### **2.2.3. Các biến số chính**

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới tính, lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng (đau bụng, sốt, vàng da, ói, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân SIRS), tiền sử bệnh (phẫu thuật, bệnh lý nội - ngoại khoa), phân loại VTC của hội đồng thuận Atlanta 2012

- Đặc điểm cận lâm sàng: Bạch cầu (K/ul), Neutrophil (%), Amylase (U/L), chụp cắt lớp vi tính (MSCT) có cân quang (hình ảnh tụy, ổ hoại tử, dịch quanh tụy, dịch ổ bụng để phân loại VTC có tụ dịch tụy cấp, VTHT có tụ dịch hoại tử cấp, VTHT tụ dịch hoại tử thành hóa; điểm CTSI trên CLVT:  $\geq 6$  điểm là VTC nặng; phân độ Balthazar trên CLVT).

- Biến chứng sau dẫn lưu: là biến nhị giá, có 2 giá trị là có và không. Ghi nhận là có khi trong thời gian hậu phẫu BN có các biến chứng sau: tắc dẫn lưu, rò tụy, chảy máu, nhiễm khuẩn tiến triển không cải thiện lâm sàng. Nếu không có biến chứng thì ghi nhận là không.

- Kết quả can thiệp dẫn lưu tụy hoại tử ra da: biến định danh; ghi nhận thành công khi đáp ứng đủ các tiêu chí đánh giá hiệu quả can thiệp nếu không là không thành công, bao gồm:

+ Không ghi nhận các tai biến biến chứng trong quá trình làm thủ thuật.

+ BN giảm hoặc hết biểu hiện SIRS, đánh giá lại các chỉ số Ranson, BISAP so với trước can thiệp có cải thiện (cải thiện về lâm sàng cụ thể (giảm sốt, giảm các dấu hiệu, triệu chứng tại chỗ, cải thiện tình trạng suy cơ quan, CRP trở về bình thường...)

+ Đánh giá kết quả trên kết quả chụp CLVT hoặc siêu âm so sánh với trước can thiệp thấy sự suy giảm của tổn thương

+ Không phải điều trị phẫu thuật

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

## **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 09 năm 2022, tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi thu thập được 36 trường hợp VTHT đã được điều trị bằng DLQD.

### **3.1. Đặc điểm lâm sàng**

**3.1.1. Tuổi và giới tính:** Số lượng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có 26 nam, chiếm tỷ lệ 72,22. Chỉ có 10 BN nữ chiếm tỷ lệ 27,78%. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,6/1.

**Bảng 3.1.** Độ tuổi trung bình theo giới tính (n = 36)

Giới tính	Tuổi				P
	n	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	
Nam	26	43,23 ± 12,00	24	70	< 0,05 (phép kiểm t)
Nữ	10	54,30 ± 16,28	30	82	
Tổng	36	46,31 ± 14,01	24	82	

**3.1.2. Triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 3.2.** Đặc điểm lâm sàng

Lý do vào viện và hoàn cảnh khởi phát		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Đau bụng	21	58,33
	Đau bụng, nôn ói nhiều	15	41,67
Hoàn cảnh khởi phát	Sau ăn	4	11,11
	Tự nhiên	32	88,89
Triệu chứng lâm sàng		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Tính chất đau bụng: âm ỉ liên tục và	lan ra sau lưng	5	13,89
	có lúc quặn cơn	10	27,78
	tăng dần	21	58,33
Triệu chứng kèm theo	Nôn nhiều	21	58,33
	Sốt	21	58,33
	Khó thở	2	5,56
	Vàng da	2	5,56

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**

**3.2.1. Kết quả xét nghiệm tại thời điểm nhập viện**

**Bảng 3.3.** Kết quả các xét nghiệm sinh hóa máu

Chỉ số	n	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Amylase	36	528,89 ± 528,87	23	1751
Đường huyết	36	9,62 ± 6,33	4,1	35,7
SGOT	28	61,89 ± 57,77	13	219
Triglycerid	20	9,18 ± 18,58	0,9	79,6
Urê	36	6,56 ± 5,04	1,5	20,1
Creatinine	36	102,11 ± 72,18	44	325
Bạch cầu	36	17,07 ± 4,35	8,17	25,60
Bạch cầu trung tính	36	81,88 ± 7,45	64,2	91,7
Hematocrite	36	40,69 ± 8,76	26,0	55,6

3.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

**Bảng 3.4.** Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

Kết quả chụp cắt lớp vi tính		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Vị trí ổ hoại tử, ổ dịch	Lan tỏa	17	47,22
	Vùng đầu tụy	4	11,11
	Vùng thân tụy	9	25
	Vùng đuôi tụy	10	27,78
Mức độ tổn thương	Có mô tả	14	38,89
	10% - 30%	6	16,67
	50%	6	16,67
	> 50%	10	28,78
Thang điểm CTSI	6 - 8 điểm	10	27,78
	8 - 10 điểm	26	72,22
Thang điểm Balthazar	D	6	16,67
	E	30	93,75

**Bảng 3.5.** Kết quả siêu âm và chụp cắt lớp vi tính tại thời điểm can thiệp

Khảo sát		Thời điểm can thiệp			Tổng n (%)
		Trong 48 giờ đầu n=16	Trong tuần đầu n=15	Sau 1 tuần n=5	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Siêu âm	Thấy tụy	10 (62,5)	5 (30,33)	2 (40)	17 (47,22)
	Ổ hoại tử	9 (56,25)	6 (40)	0	15 (41,67)
	Dịch ổ bụng	14 (87,5)	13 (86,67)	5 (100)	32(88,89)
Cắt lớp vi tính	Dịch quanh tụy	14 (87,5)	13 (86,67)	4 (80)	21 (58,33)
	Hoại tử thành hóa	7 (43,75)	5 (30,3)	0	12 (33,33)
	Nghi nhiễm khuẩn	6 (37,5)	1 (6,67)	3 (60)	10 (27,78)
	Dịch ổ bụng	16 (100)	15 (100)	5 (100)	36 (100)

### 3.3. Kết quả điều trị

#### 3.3.1. Thời điểm can thiệp dẫn lưu

**Bảng 3.6.** Thời điểm can thiệp dẫn lưu

Thời điểm can thiệp	n	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Trong 48 giờ đầu	16	4,81 ± 4,02	2,00	18,00
Trong tuần đầu	15	9,40 ± 8,24	4,00	36,00
Sau 1 tuần	5	10,40 ± 2,07	9,00	14,00
Tổng	36	7,50 ± 6,38	2,00	36,00

#### 3.3.2. Nguyên nhân và chỉ định can thiệp dẫn lưu qua da

**Bảng 3.7.** Nguyên nhân và chỉ định can thiệp dẫn lưu qua da

Nguyên nhân chỉ định	Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Nghi ngờ nhiễm khuẩn theo đánh giá lâm sàng	23	63,89
Suy cơ quan điều trị nội khoa không cải thiện	14	38,89
Chỉ định	Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Dẫn lưu dịch ổ bụng	7	19,44
Dẫn lưu nang giả tụy	2	5,56
Dẫn lưu ổ tụy dịch	26	72,22
Dẫn lưu ổ hoại tử	1	2,78

#### 3.3.3. Kết quả trong quá trình can thiệp dẫn lưu qua da

Số lượng dẫn lưu sử dụng mỗi lần chọc chủ yếu là 1 dẫn lưu 29 TH chiếm (80,56%). 2 dẫn lưu 6 TH (16,67%), có 1 TH sử dụng 3 dẫn lưu.

Kích thước dẫn lưu thường từ 10-14Fr.

**Bảng 3.8.** Đường chọc dẫn lưu qua da

Đường chọc	Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
Sau phúc mạc qua cửa sổ trên thận và cực dưới lách	17	47,22
Bên trái qua phúc mạc	8	22,22
Trực tiếp qua thành bụng vào ổ hoại tử-ổ dịch	11	30,56

**Bảng 3.9.** Thời gian thủ thuật

Đường chọc	Thời gian thủ thuật (phút)				p
	n	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	
Sau phúc mạc	17	37,94 ± 12,00	30	60	> 0,05
Qua phúc mạc	8	26,88 ± 5,94	15	30	
Qua thành bụng	11	34,55 ± 12,943	15	60	
Tổng	36	46,31 ± 14,01	15	60	

Tai biến xảy ra trong thủ thuật 1 TH ( 2,78%).

Biến chứng có 2 TH tắc tắc dẫn lưu, nhiễm khuẩn tăng (5,56%).

**3.3.4. Kết quả sau can thiệp dẫn lưu qua da**

Hội chứng viêm toàn thân SIRS sau can thiệp cải thiện đến 97,22% trong đó: cải thiện tốt 31 BN chiếm 86,11% và 4 BN cải thiện chậm chiếm 11,11%. Chỉ 1 Bệnh nhân không cải thiện.

**Bảng 3.10.** So sánh kết quả xét nghiệm giữa trước và sau can thiệp

Chỉ số trước can thiệp sau can thiệp	n	So sánh sự khác biệt				p
		$\bar{x}$	SD	95% CI		
				Thấp nhất	Cao nhất	
<b>Xét nghiệm máu</b>						
Bạch cầu	36	4,94	10,86	1,26	8,61	0,010
Hồng cầu	36	0,78	1,10	0,41	1,16	0,001
Hematocrite	36	5,67	9,41	2,49	8,86	0,001
Urê	17	1,13	3,03	-0,43	2,69	0,144
Creatinine	17	52,06	60,83	20,79	83,33	0,003
<b>Siêu âm</b>						
Đầu tụy	14	0,143	3,11	-1,65	1,94	0,866
Thân tụy	14	-1,36	4,72	-4,08	1,37	0,301
Đuôi tụy	8	0,86	2,10	-0,88	2,63	0,277
Ổ hoại tử- ổ dịch	6	19,96	12,57	6,72	33,11	0,012
<b>Cắt lớp vi tính</b>						
Đầu tụy	22	1,86	6,24	-0,90	4,63	0,176
Thân tụy	19	-0,05	7,37	-3,60	3,50	0,976
Đuôi tụy	17	-1,00	7,20	-4,70	2,70	0,575
Ổ hoại tử - ổ dịch	14	22,57	20,18	10,92	34,22	0,001

**Bảng 3.11.** Kết quả thành công can thiệp dẫn lưu qua da

Kết quả		Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
<b>Điều trị phẫu thuật</b>	Không	33	91,67
	Phẫu thuật	3	8,33
<b>Phương pháp phẫu thuật</b>			
Phẫu thuật nội soi ống mềm lấy hoại tử		1	2,78
Phẫu thuật nội soi hông lưng + cắt túi mật		1	2,78
Phẫu thuật nội soi hông lưng lấy hoại tử biến chứng rò chuyên mổ mở		1	2,78
<b>Kết quả điều trị chung</b>	Bệnh nặng xin về	3	8,33
	Ổn định xuất viện	33	91,67
	Tử vong	0	0

Kết quả	Số ca (n=36)	Tỷ lệ (%)
<i>Lý do xin về</i>	3	
Bệnh nặng gia đình đồng ý xin về	1	2,78
Bệnh đáp ứng chậm gia đình xin về	1	2,78
Gia đình không đồng ý điều trị tiếp	1	2,78
Tai biến + Biến chứng	3	8,33
Kết quả thành công can thiệp dẫn lưu qua da	27	75

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm lâm sàng

###### 4.1.1. Tuổi và giới tính

Trong những năm gần đây nhiều nghiên cứu trong nước của các tác giả cũng trên địa bàn Tp Hồ Chí Minh, như của tác giả Đặng Trường Thái (2020) [4] thống kê về các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân VTHT, với 130 bệnh nhân hồi cứu điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy, kết quả ghi nhận độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 43 tuổi, với tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng về cơ cấu tuổi và giới so với nghiên cứu của tác giả, mặc dù số lượng nghiên cứu ít hơn. Trong tổng số 36 bệnh nhân có viêm tụy cấp thể hoại tử (VTHT) chúng tôi nghiên cứu, có 26 bệnh nhân (BN) nam, chiếm tỷ lệ 72,22. Chỉ có 10 BN nữ chiếm tỷ lệ 27,78%. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,6/1. Với độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 46,31 tuổi nhỏ nhất là 24, lớn nhất là 82 tuổi. Giá trị tuổi trung bình của nam là 43,23 thấp hơn độ tuổi của nữ là 54,3 với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ .

###### 4.1.2. Triệu chứng lâm sàng

Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng chiếm 21 BN chiếm 58,33%. Hoặc đau bụng kèm nôn ói nhiều. Với hoàn cảnh khởi phát đau đều diễn ra tự nhiên không rõ yếu tố nguyên nhân chiếm tỷ lệ 88,89%. Chỉ có 4 BN đau rơi vào thời điểm sau ăn chiếm 11,11%.

Đau bụng là triệu chứng luôn được đề cập đến trong VTMCDS, đây là lý do đầu tiên và cũng là lý Biểu hiện đau bụng là đau âm ỉ liên tục trong đó đau tính chất tăng dần lên 21 BN chiếm tỷ lệ 58,33%. Có 10 BN có biểu hiện đau quặn cơn chiếm 27,28%. Chỉ có 5 trường hợp

lan ra sau lưng chiếm 13,89%. Đau bụng không chỉ là triệu chứng thường gặp nhất và hầu như gặp ở tất cả các trường hợp VTC trong đó có viêm tụy hoại tử. Ngoài ra đó cũng là nguyên nhân chính khiến người bệnh phải đến khám bệnh hoặc nhập viện để điều trị. Tính chất cơn đau điển hình của VTC đã được mô tả rất cơ bản trong y văn. Tuy nhiên trên thực tế điều trị rất ít khi tiếp nhận 1 BN hoàn toàn có cơn đau bụng điển hình của viêm tụy. Nó phụ thuộc nhiều vào chủ quan của người bệnh, nguyên nhân gây bệnh, đã có điều trị trước đó chưa. Dẫn đến khi nghiên cứu thống kê phân tích tính chất cơn đau bụng có nhiều nhận định không hoàn toàn phù hợp nhau giữa các nghiên cứu.

##### 4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

###### 4.2.1. Kết quả xét nghiệm

Các chỉ số sinh hóa máu thể hiện Amylase máu trung bình trong máu tăng cao: Amylase máu trung bình  $528,89 \pm 528,87$  cao nhất 1751 U/l, phù hợp với chẩn đoán bệnh lý viêm tụy cấp. Các chỉ số sinh hóa khác đều nằm trong giá trị ngưỡng bình thường khi so sánh giá tham chiếu tại Bệnh viện. Việc xét nghiệm các men tụy trong huyết thanh được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán VTC. Trong bệnh cảnh VTC nồng độ amylase trong huyết thanh thường tăng trong vòng 6-24 giờ, đạt cực đại trong khoảng 48 giờ và giảm mức bình thường hoặc gần mức bình thường trong vòng từ 3-7 ngày tiếp theo.

Trong nghiên cứu này khi chúng tôi xây dựng chỉ tiêu chẩn đoán có thiết kế chẩn đoán dựa trên khi đáp ứng 2 trong 3 tiêu chuẩn để chẩn đoán VTHT tuy nhiên vì đây là nghiên cứu hồi cứu cho nên không thể lúc nào cũng lấy

đầy đủ các chỉ tiêu mong muốn nhất. Thực tế thu thập qua hồ sơ bệnh án 36 trường hợp trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào được tiến hành xét nghiệm Lipase để phục vụ chẩn đoán ban đầu. Theo chúng tôi trong thực hành lâm sàng, khi đã có đủ 2 cơ sở để chẩn đoán là lâm sàng và hình ảnh chắc chắn viêm tụy thì không nhất thiết phải bổ sung men tụy để khẳng định đó là điều đúng và được nhiều tác giả nghiên cứu ủng hộ điều này. Như tác giả Đặng Trường Thái cũng gặp các tính huống tương tự khi nghiên cứu ở Bệnh viện Chợ rẫy [4].

Giá trị trung bình xét nghiệm công thức máu bạch cầu và bạch cầu trung tính tăng ở ngưỡng cao. Bạch cầu có giá trị trung bình  $17,07 \pm 4,35$  (K/dl) thấp nhất là 8,17 và cao nhất 25,60. Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trung bình  $81,88 \pm 7,45$  % thấp nhất 64,2 % và cao nhất 91,7 %. Số lượng bạch cầu của tác giả Đặng Trường Thái (2020) [4] tại Bệnh viện Chợ rẫy nhóm 130 BN VTHT có 24,7% có số lượng bạch cầu tăng trên 30 K/uL, và bạch cầu bình thường 26,9%, giá trị trung bình 15 K/uL (11-20,2).

#### 4.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

So với siêu âm bụng, gần như CLVT khảo sát được hoàn toàn tuyến tụy. Ngoài những trường hợp tổn thương không còn cấu trúc bình thường của tuyến tụy thì hầu như CLVT đều đánh giá được rất chính xác cấu trúc và kích thước tụy. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn thực hiện CLVT khi bệnh nhân vừa nhập viện trong vòng 48h đầu. Kết quả điều được lượng giá bằng các thang điểm đánh giá mức độ nặng của viêm tụy theo cách thang điểm CTSI và thang điểm Balthazar: trong nghiên cứu này có đến 32/36 TH có đánh giá chiếm 88,87%. Trong đó mức độ đánh giá thang điểm CTSI có kết quả: dưới 8 điểm và 8 điểm đều là 10 TH chiếm tỉ lệ 31,25%. Trên 8 điểm (9-10) điểm 12 TH chiếm 33,33%. Đánh giá theo thang điểm Balthazar đều chia ở các nhóm Grade D hoặc E trong đó phần lớn là Grade E 30 TH chiếm 93,75%. Chỉ có 2 trường hợp Grade D chiếm 6,25%.

Trong nghiên cứu này các kết quả chẩn đoán hình ảnh thể hiện trên cắt lớp vi tính tại các thời điểm chứng minh giá trị gợi ý cho chỉ định can thiệp DLQD, là phương tiện dẫn đường hiệu

quả cho phương pháp DLQD. Quan trọng nhất là xác định ổ hoại tử trên CLVT. Tổn thương vị trí thân và đuôi tụy chiếm tỉ lệ 25% đến 38,89%. Mức độ tổn thương ghi nhận ở 14 trường hợp chiếm 38,89%. Trong đó 5 TH tổn thương từ 10-30% tuyến và 50% tuyến chiếm 35,71%. 4 TH tổn thương trên 50% chiếm 28,58%. 8 TH ổ hoại tử đã thành hóa, 12 TH nghi nhiễm khuẩn. Những số liệu này có lẽ do phương pháp chọn bệnh đã có chẩn đoán VTHT để can thiệp của nghiên cứu nên kết quả của chúng tôi khá cao về tỷ lệ tổn thương trên chẩn đoán của CLVT. So với các nghiên cứu khác trong nước như báo cáo của tác giả Đỗ Đức Cường, ghi nhận tỷ lệ VTHT trên bệnh nhân VTC là 47,5% và bệnh nhân hoại tử tụy <30% có tỷ lệ cao nhất chiếm 19/29BN (65,5%) [5]. Hay nghiên cứu của Đặng Trường Thái (2020) tỷ lệ hoại tử <30% chiếm 29,4%, 30-50% chiếm 15,1%, hoại tử > 50 chiếm 15,9% [4].

### 4.3. Kết quả điều trị

#### 4.3.1. Thời điểm can thiệp

Trong điều trị VTHT nói chung thời điểm can thiệp ngoại khoa các mức độ còn nhiều tranh cãi chưa thống nhất giữa các hướng dẫn thực hành tại nhiều quốc gia. Gần đây các quan điểm tiếp cận xâm lấn tối thiểu đã thay đổi nhiều quan điểm trong điều trị. Hiện nay, can thiệp DLQD với lợi thế thủ thuật nhẹ nhàng, thực hiện ngay tại giường bệnh, vừa có khả năng dẫn lưu dịch trong những trường hợp nghi ngờ, vừa có thể lấy mẫu bệnh phẩm để giúp chẩn đoán chính xác tình trạng nhiễm khuẩn, giảm được đáng kể tỷ lệ bệnh nhân phải phẫu thuật lấy mô hoại tử về sau. Trong đề tài này chúng tôi phần lớn chỉ định dẫn lưu sớm cho bệnh nhân ngay sau nhập viện. Có chẩn đoán VTHT qua chụp cắt lớp vi tính và có các biểu hiện nhiễm khuẩn, hoặc nghi ngờ nhiễm trùng trên lâm sàng và cận lâm sàng. Cụ thể thời gian can thiệp tính từ lúc nhập viện đến khi thực hiện can thiệp DLQD. Qua bảng 3.6. ta thấy, thời điểm can thiệp trung bình  $7,50 \pm 6,38$  ngày tính từ thời điểm khởi phát bệnh. Phân nhóm thời điểm có kết quả: tại thời điểm nhập viện trong 48 giờ đầu 16 bệnh nhân chiếm 44,44%, 15 BN can thiệp trong tuần đầu chiếm 41,67%, và chỉ

5 BN can thiệp vào tuần thứ 2 chiếm 13,89%. Các kết quả thu được về thời điểm can thiệp của chúng tôi cũng tương đương với một số kết quả nghiên cứu can thiệp DLQD của các tác giả ngoài nước như Bruennler và cộng sự (2008) với 80 BN chẩn đoán VTHT được chỉ định dẫn lưu vào thời điểm trung bình 3,5 ngày sau nhập viện (1-40 ngày) [6].

#### **4.3.2. Nguyên nhân và chỉ định can thiệp dẫn lưu qua da**

Nguyên nhân để chỉ định can thiệp dẫn lưu nhiều nhất là nhiễm khuẩn 23 TH chiếm tỷ lệ 63,89%. Chỉ định do suy cơ quan điều trị nội khoa không cải thiện 14 TH chiếm tỷ lệ 38,89%. Nhiều báo cáo đề nghị khi các dấu hiệu về lâm sàng hoặc nghi ngờ mạnh về hoại tử nhiễm khuẩn ở các bệnh nhân có triệu chứng đòi hỏi phải can thiệp, đó là DLQD hoặc nội soi nên được chỉ định can thiệp như nghiên cứu của Van Grinsven J và các cộng sự (2016) [7]. Để giải quyết ổ nhiễm trùng, các chỉ định can thiệp điều trị của chúng tôi có kết quả bao gồm: dẫn lưu ổ tụ dịch chiếm tỷ lệ cao nhất 26 BN chiếm tỷ lệ 72,22%. Dẫn lưu dịch ổ bụng số lượng nhiều 7 BN chiếm 19,44%. Chỉ định dẫn lưu 2 trường hợp nang giả tụy nhiễm khuẩn. Dẫn lưu ổ hoại tử nhiễm khuẩn 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 2,78%.

#### **4.3.3. Kết quả trong quá trình can thiệp dẫn lưu qua da**

Đường chọc hay hướng đi của dẫn lưu được thực hiện trong nghiên cứu ghi nhận 3 đường chính. Đường đi phía sau phúc mạc qua cửa sổ trên thận và cực dưới lách chiếm tỷ lệ chỉ định cao nhất 17 BN chiếm 47,22%. Đây là đường ít tác động trực tiếp vào tạng trong ổ bụng đặc biệt là đại tràng và ruột non. Đây cũng là đường đi trực tiếp vào mặt sau bên tụy. Đường đi qua phúc mạc hướng bên trái chỉ định cho 8 TH chiếm tỷ lệ 22,22%. Nguy cơ khi chọc đường này là tổn thương chọc vào đại tràng trái. Có thể tùy theo kích thước và vị trí tổn thương qua kiểm tra trực tiếp trong quá trình siêu âm. Đường trực tiếp qua thành bụng vào ổ hoại tử và ổ dịch, đây là những đường thường dùng cho các dịch tự do trong ổ bụng tương tự như các chỉ định dẫn lưu dịch ổ bụng thông thường. Chỉ định trong nghiên cứu cho 11 TH chiếm tỷ lệ 30,56%.

Thời gian thủ thuật trung bình là  $46,31 \pm 14,01$  phút, nhanh nhất là 15 phút chậm nhất là 60 phút. So sánh thời gian thủ thuật giữa các đường chọc dẫn lưu đường sau phúc mạc có thời gian thủ thuật chậm nhất là 37,94 phút so với chọc trực tiếp qua phúc mạc hoặc qua thành bụng. Tuy nhiên, so sánh giá trị trung bình không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Một nghiên cứu của Hui Zhang (2018) [8] về hướng dẫn can thiệp DLQD dưới sự kết hợp hình ảnh của siêu âm/CLVT tạo điều kiện DLQD trong điều trị VTHT. Thời gian can thiệp của 2 phương pháp dẫn đường của tác giả thu được đối với hướng dẫn siêu âm  $38,4 \pm 10,4$  phút; trung vị là 37 phút. Với hướng dẫn kết hợp siêu âm/CLVT là  $28,1 \pm 7,9$  phút; trung vị là 30 phút gần tương tự kết quả thời gian của chúng tôi thu được.

Tai biến xảy ra trong thủ thuật 1 TH chiếm tỷ lệ 2,78% khi dẫn lưu bằng đường đi qua phúc mạc hướng bên trái. Nguyên nhân là do bệnh nhân kích thích, không nằm yên nên trong chọc có chảy máu. Xử trí bằng kẹp dẫn lưu sau 3 giờ mở ra thấy tụ cầm máu theo dõi những ngày tiếp theo ổn định. Về biến chứng quá trình chăm sóc hậu phẫu có 2 trường hợp tắc tắc dẫn lưu, nhiễm khuẩn tăng chiếm tỷ lệ 5,56%. Đã tiến hành bơm rửa dẫn lưu 1 trường hợp, và 1 trường hợp phải thay dẫn lưu.

#### **4.3.4. Kết quả sau can thiệp dẫn lưu qua da**

Phẫu thuật tiếp theo sau DLQD cho 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 8,33%. Bệnh nhân chuyển biến nặng xin về chiếm 8,33%. Bệnh ổn định xuất viện sau điều trị trong nhóm nghiên cứu là 33 bệnh nhân chiếm 91,67%. Kết quả điều trị của nhóm nghiên cứu: trong tổng số 36 BN không ghi nhận tử vong nội viện. Có 3 trường hợp xin về do đáp ứng chậm gia đình không đồng ý điều trị tiếp. Nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân của chúng tôi có kết quả tương tự với các nghiên cứu về dẫn lưu ra da sớm của các tác giả như Liu. H tỷ lệ phẫu thuật chung trong nghiên cứu của tác giả chỉ có 3/76 BN. Tuy nhiên, có 1 BN tử vong trong nhóm bệnh này [9]. Trong báo cáo không ghi nhận các trường hợp xin về. Nhìn chung các nghiên cứu đều công nhận kết quả cải thiện tình trạng bệnh lý của VTHT, và công nhận giá trị điều trị của DLQD nhiều trường hợp không cần

phải chỉ định phẫu thuật bổ sung. Tuy nhiên, kết quả các nghiên cứu đều có tỷ lệ tử vong cao hơn nhiều lần nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ thành công theo chỉ tiêu đánh giá của nghiên cứu này là 27 BN chiếm tỷ lệ 75%. Bao gồm có cải thiện lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, không phải phẫu thuật bổ sung được chỉ định trong thời điểm nhập viện, trong thủ thuật không xuất hiện tai biến và biến chứng. Đa số các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều cho bệnh nhân ra viện sau khi có cải thiện rõ về lâm sàng, số lượng dịch dưới 30ml/ngày. Sau 2 - 4 tuần sẽ hẹn tái khám để rút dẫn lưu ngoại trú. Trên thực tế tiếp sau nghiên cứu này có 5 BN đã nhập viện để tiến hành nội soi ống mềm lấy hoại tử bổ sung. Sau đó mới rút dẫn lưu. Tuy nhiên không thuộc nội dung đánh giá về kết quả của nghiên cứu.

Từ nghiên cứu đầu tiên đánh giá hiệu quả của DLQD trong VTHT nhiễm khuẩn được công bố từ 1998 bởi Freeny và cộng sự mô tả tỷ lệ thành công lâm sàng 47%, với suy đa cơ quan và hoại tử trung tâm trên CLVT là 2 yếu tố dự đoán đáp ứng kém với DLQD [10]. Trong một nghiên cứu gần đây về can thiệp DLQD sớm cho nhóm bệnh nhân có cả tụ dịch nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn tương tự thiết kế nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Mukund Amar và cộng sự (2020) tại Ấn độ thu về tỷ lệ thành công trong tổng số 78 BN là 53,8% trên nhóm DLQD đơn thuần, có kết hợp với phẫu thuật cắt bỏ hoại tử sau phúc mạc là 67,9%. Trong đó khi nhận xét về tỷ lệ thành công về kỹ thuật dẫn lưu hay tác giả gọi là thành công về cải thiện lâm sàng là 76,3% [11]. Kết quả này tương tự như nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được.

## V. KẾT LUẬN

Viêm tụy hoại tử là thể lâm sàng diễn tiến nặng đe dọa tử vong của VTC. CLVT là công cụ cần thiết để chẩn đoán VTHT và có vai trò quan trọng trong chỉ định can thiệp DLQD. Can thiệp DLQD là một kỹ thuật an toàn, có thể tiến hành trên các nhóm bệnh nhân VTHT thể nặng để giải quyết các tình trạng ổ tụ dịch-hoại tử nhiễm khuẩn hoặc kích thước lớn, kết quả sau can thiệp bệnh nhân cải thiện rõ rệt về lâm

sàng và tiên lượng. Kỹ thuật đơn giản với thời gian thủ thuật ngắn, ít tai biến biến chứng, tỷ lệ thành công về kỹ thuật cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Copelin E, Widmer J. Management of severe acute pancreatitis in 2019. *Translational gastroenterology and hepatology*. 2022;7:16. doi:10.21037/tgh-2020-08
2. Gliem N, Ammer-Herrmenau C, Ellenrieder V, Neesse A. Management of Severe Acute Pancreatitis: An Update. *Digestion*. 2021;102(4):503-507.doi:10.1159/000506830
3. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World journal of emergency surgery : WJES*. 2019;14:27. doi:10.1186/s13017-019-0247-0
4. Đặng Trường Thái. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Viêm tụy hoại tử. Luận Văn Chuyên Khoa Cấp II. Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh; 2020.
5. Đỗ Đức Cường. Nghiên cứu vai trò của chụp cắt lớp vi tính 320 dãy trong chẩn đoán viêm tụy cấp. Luận Văn Chuyên Khoa Cấp II. Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh; 2016.
6. Bruennler T, Langgartner J, Lang S, et al. Outcome of patients with acute, necrotizing pancreatitis requiring drainage-does drainage size matter? *World journal of gastroenterology*. Feb 7 2008;14(5):725-30. doi:10.3748/wjg.14.725
7. van Grinsven J, Timmerman P, van Lienden KP, et al. Proactive Versus Standard Percutaneous Catheter Drainage for Infected Necrotizing Pancreatitis. *Pancreas*. Apr 2017;46(4):518-523.doi:10.1097/mpa.0000000000000785
8. Zhang H, Chen GY, Xiao L, et al. Ultrasonic/CT image fusion guidance facilitating percutaneous catheter drainage in treatment of acute pancreatitis complicated with infected walled-off necrosis. *Pancreatology: official journal of the International Association of Pancreatology (IAP)* [et

- al]. Sep 2018;18(6):635-641. doi:10.1016/j.pan.2018.06.004
9. Liu WH, Ren LN, Chen T, et al. Abdominal paracentesis drainage ahead of percutaneous catheter drainage benefits patients attacked by acute pancreatitis with fluid collections: a retrospective clinical cohort study. *Critical care medicine*. Jan 2015;43(1):109-19. doi:10.1097/ccm.0000000000000606
10. Freeny PC, Hauptmann E, Althaus SJ, Traverso LW, Sinanan M. Percutaneous CT-guided catheter drainage of infected acute necrotizing pancreatitis: techniques and results. *AJR American journal of roentgenology*. Apr 1998;170(4):969-75. doi:10.2214/ajr.170.4.9530046
11. Mukund A, Singla N, Bhatia V, Arora A, Patidar Y, Sarin SK. Safety and efficacy of early image-guided percutaneous interventions in acute severe necrotizing pancreatitis: A single-center retrospective study. *Indian journal of gastroenterology : official journal of the Indian Society of Gastroenterology*. Dec 2019;38(6):480-487. doi:10.1007/s12664-019-00969-0