

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH TẠNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP

Võ Thị Lương Trân<sup>1</sup>, Bùi Hữu Hoàng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Ở bệnh nhân viêm tụy cấp (VTC), huyết khối tĩnh mạch (HKTM) tạng là một biến chứng không thường gặp nhưng có thể đưa đến những hậu quả nặng nề. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của HKTM tạng ở bệnh nhân VTC.

**Đối tượng - phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 223 bệnh nhân được chẩn đoán VTC tại Chợ Rẫy từ 9/2019 đến 06/2020. HKTM tạng được xác định bằng CT scan bụng có bơm thuốc cản quang. Chúng tôi ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, diễn tiến và kết cục của bệnh nhân ở hai nhóm có và không có HKTM tạng.

**Kết quả:** Trong 223 bệnh nhân VTC tham gia nghiên cứu, 38 bệnh nhân (17%) có biến chứng HKTM tạng, trong đó HKTM lách chiếm tỉ lệ 55,3%, HKTM lách kèm HKTM cửa 21,1%, HKTM lách kèm HKTM mạc treo 7,9%, huyết khối cả 3 tĩnh mạch lách, cửa và mạc treo 2,6%. Tuổi trung bình là 42,5. Tỉ lệ nam/nữ là 3,7/1. Triệu chứng thường gặp trong nhóm có HKTM tạng là đau bụng (100%) và nôn ói (63,2%). Không có sự khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng giữa hai nhóm có và không có HKTM tạng. Hai yếu tố nguy cơ của HKTM tạng ở bệnh nhân VTC đã được xác định, đó là: hút thuốc lá (TSC: 3,36, KTC 95%: 1,21 - 9,33,  $p=0,02$ ) và hoại tử vùng đuôi tụy (TSC: 7,13, KTC 95%: 2,57 - 19,80,  $p=0,00$ ).

**Kết luận:** Tỉ lệ bệnh nhân VTC có biến chứng HKTM tạng là 17%. Không có sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng cũng như cận lâm sàng giữa 2 nhóm có và không có HKTM tạng. Hai yếu tố nguy cơ của HKTM tạng ở bệnh nhân VTC là hút thuốc lá và hoại tử vùng đuôi tụy.

**Từ khóa:** viêm tụy cấp, huyết khối tĩnh mạch tạng

## ABSTRACT

### CLINICAL, BIOCHEMICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF SPLANCHNIC VEIN THROMBOSIS IN ACUTE PANCREATITIS PATIENTS

Vo Thi Luong Tran, Bui Huu Hoang

\* Ho Chi Minh City Journal of Medicine \* Vol. 25 - No. 2 - 2021: 87 - 93

**Objectives:** Splanchnic vein thrombosis (SVT) is considered rare but important complication in patients with acute pancreatitis (AP). The aim of this study was to investigate clinical, biochemical characteristics and risk factors of splanchnic vein thrombosis in acute pancreatitis patients.

**Method:** This cross – sectional study was carried out at Cho Ray hospital between September 2019 and June 2020, in which 223 patients with acute pancreatitis were recruited. SVT diagnosis was confirmed by contrast - enhanced computed tomography. Various clinical and biochemical characteristics, including clinical outcome measures such as mortality, organ failure and length of hospital stay were also compared between AP patients with and without SVT.

**Results:** Of the 223 patients admitted with acute pancreatitis, 38 patients (17%) developed SVT. Most common vessel involved was isolated splenic vein (55.3%), followed by splenic vein along with portal vein (21.1%), splenic vein and superior mesenteric vein (7.9%), splenic vein along with portal vein and superior

<sup>1</sup>Bộ môn Nội, Khoa Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BS. Võ Thị Lương Trân      ĐT: 0903 308 303      Email: vtluongtran@yahooo.com

mesenteric vein (2.6%). The mean age was 42.5 years. Male/female ratio was 3.7/1. Most common symptoms in patients with SVT were abdominal pain (100%) and vomiting (63.2%). There was no significant difference of clinical and biochemical characteristics between the groups with or without SVT. Independent risk factors of SVT were smoking (OR: 3.36, 95% CI: 1.21 – 9.33,  $p=0.02$ ) and necrosis located in the pancreas tail (OR: 7.13, 95% CI: 2.57 – 19.80,  $p=0.00$ ).

**Conclusion:** SVT occurred in 17% patients of AP. There was no significant difference of clinical and biochemical characteristics between the groups with or without SVT. Smoking and necrosis located in the pancreas tail were two independent risk factors of SVT in AP patients.

**Key words:** acute pancreatitis, splanchnic vein thrombosis

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một trong những bệnh tiêu hóa thường gặp ở khoa Cấp cứu. Nhiều khảo sát cho thấy tỉ lệ mới mắc của VTC trên thế giới dao động từ 4,9 đến 73,4 ca mỗi 100.000 dân<sup>(1)</sup>. Hầu hết các trường hợp VTC là thể nhẹ, thường hồi phục hoàn toàn không để lại biến chứng với tỉ lệ tử vong dưới 1%. Tuy nhiên, VTC cũng có thể gây ra rất nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân. Khoảng 10 – 20% các trường hợp VTC diễn tiến nặng và tỉ lệ tử vong có thể đến 25 – 30%<sup>(2)</sup>.

Trong số các biến chứng tại chỗ của VTC, huyết khối tĩnh mạch (HKTM) tạng không phải là một biến chứng thường gặp nhưng có thể đưa đến những hậu quả nặng nề như xuất huyết tiêu hóa, thiếu máu nuôi ruột non, tăng áp cửa và suy gan. Tỉ lệ mới mắc của HKTM tạng dao động từ 1 đến 24% tùy thuộc vào thiết kế nghiên cứu và phương pháp được sử dụng để phát hiện huyết khối<sup>(3)</sup>. Huyết khối thường xảy ra ở tĩnh mạch lách, tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch mạc treo tràng trên, có thể đơn độc hoặc phối hợp với nhau. Triệu chứng của HKTM tạng thường mơ hồ, có thể trùng lặp với triệu chứng của VTC và đa số các trường hợp được phát hiện tình cờ nhờ vào các xét nghiệm hình ảnh học được thực hiện khi đánh giá độ nặng và diễn tiến của VTC<sup>(4)</sup>.

Tại Việt Nam, VTC là một bệnh khá thường gặp và có khuynh hướng gia tăng trong những năm gần đây. Hiện nay, chúng tôi chưa có nhiều dữ liệu về biến chứng HKTM tạng ở bệnh nhân VTC. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để góp phần làm rõ hơn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đồng thời xác định nguy cơ xuất

hiện biến chứng HKTM tạng ở bệnh nhân VTC.

## Mục tiêu

Xác định tỉ lệ bệnh nhân VTC có biến chứng HKTM tạng.

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân VTC có biến chứng HKTM tạng.

Xác định các yếu tố nguy cơ của biến chứng HKTM tạng ở bệnh nhân VTC.

## ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Bộ nh nhân (BN) >18 tuổi, được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta cải tiến 2012.

Được chụp CT scan bụng có tiêm thuốc cản quang trong thời gian nằm viện.

### Tiêu chuẩn loại trừ

Viêm tụy mạn tính, mang thai, có bệnh tự miễn, bệnh ác tính hoặc bệnh mạn tính giai đoạn cuối (suy tim, suy thận, xơ gan...).

### Phương pháp nghiên cứu

#### Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích.

#### Cách thức tiến hành nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu (NC) được thu thập tại khoa Nội tiêu hoá bệnh viện Chợ Rẫy theo 2 phương pháp tiến cứu (trong thời gian từ tháng 3/2020 đến tháng 6/2020) và hồi cứu hồ sơ (từ tháng 9/2019 đến tháng 2/2020).

Tất cả những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ được ghi nhận những thông tin: hành chính, bệnh sử, tiền căn, khám lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, diễn tiến và kết cục.

### Một số định nghĩa

Chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta cải tiến 2012 khi có  $\geq 2$  trong 3 tiêu chuẩn sau:

- (1) Đau bụng kiểu VTC
- (2) Lipase (hoặc Amylase) máu tăng ít nhất 3 lần giới hạn trên bình thường,
- (3) Các đặc điểm trên hình ảnh học (CT scan bụng có cản quang, MRI bụng, siêu âm bụng) phù hợp VTC.

Huyết khối tĩnh mạch tạng: Chẩn đoán dựa vào kết quả chụp CT scan bụng có thuốc cản quang. Huyết khối được phát hiện qua hình ảnh khuyết ổ đầy trong lòng mạch, tĩnh mạch bị đè ép, hoặc không thể nhìn thấy tĩnh mạch mà thay vào đó là sự xuất hiện của tuần hoàn bàng hệ.

### Phương pháp thống kê

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2016 và được xử lý bằng phần mềm thống kê Stata 16.0.

### Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 571/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 28/10/2019.

## KẾT QUẢ

Mẫu nghiên cứu bao gồm 223 BN, trong đó 38 BN có biến chứng HKTМ tạng chiếm 17%.

**Bảng 1:** Vị trí của HKTМ tạng (n=223)

| Vị trí huyết khối        | n  | %    |
|--------------------------|----|------|
| HKTМ lách                | 21 | 55,3 |
| HKTМ lách, cửa           | 8  | 21,1 |
| HKTМ lách, mạc treo      | 3  | 7,9  |
| HKTМ mạc treo            | 2  | 5,3  |
| HKTМ cửa, mạc treo       | 2  | 5,3  |
| HKTМ cửa                 | 1  | 2,6  |
| HKTМ lách, cửa, mạc treo | 1  | 2,6  |
| Tổng                     | 38 | 100  |

**Bảng 5:** Các xét nghiệm huyết học

| Đặc điểm | Nhóm NC chung<br>Trung bình (TB) $\pm$ độ lệch chuẩn (ĐLC) | HKTМ tạng                   |                                 | p     |
|----------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------|
|          |                                                            | Có (n = 38)<br>TB $\pm$ ĐLC | Không (n = 185)<br>TB $\pm$ ĐLC |       |
| WBC, G/L | 14,7 $\pm$ 6,1                                             | 13,5 $\pm$ 3,6              | 15,1 $\pm$ 6,6                  | 0,084 |
| Hgb, g/L | 155,2 $\pm$ 26,3                                           | 151,6 $\pm$ 24,4            | 167,2 $\pm$ 29,7                | 0,060 |
| Hct, %   | 45,1 $\pm$ 7,7                                             | 43,9 $\pm$ 6,9              | 43,9 $\pm$ 6,9                  | 0,066 |
| PLT, G/L | 231,9 $\pm$ 112,4                                          | 246,5 $\pm$ 114,6           | 183,7 $\pm$ 92,8                | 0,508 |

**Bảng 2:** Đặc điểm dân số học

| Đặc điểm            | Nhóm NC chung   | HKTМ tạng       |                 | p     |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------|
|                     |                 | Có (n= 38)      | Không (n=185)   |       |
| Tuổi (TB $\pm$ ĐLC) | 42,5 $\pm$ 12,2 | 42,2 $\pm$ 11,1 | 42,6 $\pm$ 12,5 | 0,865 |
| Giới n(%)           |                 |                 |                 |       |
| Nam                 | 175 (78,5)      | 35 (92,1)       | 140 (75,7)      | 0,029 |
| Nữ                  | 48 (21,5)       | 3 (7,9)         | 45 (24,3)       |       |

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn

**Bảng 3:** Triệu chứng lâm sàng

| Đặc điểm | Nhóm NV chung n (%) | HKTМ tạng   |                 | p     |
|----------|---------------------|-------------|-----------------|-------|
|          |                     | Có n=38 (%) | Không n=185 (%) |       |
| Đau bụng |                     |             |                 |       |
| Có       | 223 (100)           | 38 (100)    | 185 (100)       | -     |
| Không    | 0 (0)               | 0 (0)       | 0 (0)           |       |
| Buồn nôn |                     |             |                 |       |
| Có       | 35 (15,7)           | 4 (10,5)    | 31 (16,8)       | 0,464 |
| Không    | 188 (84,3)          | 34 (89,5)   | 154 (83,2)      |       |
| Nôn      |                     |             |                 |       |
| Có       | 113 (50,7)          | 24 (63,2)   | 89 (48,1)       | 0,110 |
| Không    | 110 (49,3)          | 14 (36,8)   | 96 (51,9)       |       |
| Sốt      |                     |             |                 |       |
| Có       | 8 (3,6)             | 2 (5,3)     | 6 (3,3)         | 0,628 |
| Không    | 214 (96,4)          | 36 (94,7)   | 178 (96,7)      |       |
| Vàng da  |                     |             |                 |       |
| Có       | 5 (2,2)             | 0 (0)       | 5 (2,7)         | 0,591 |
| Không    | 218 (97,8)          | 38 (100)    | 180 (97,3)      |       |

**Bảng 4:** Nguyên nhân (NN) của VTC

| Nguyên nhân       | Nhóm NC chung n (%) | HKTМ tạng   |                 | p      |
|-------------------|---------------------|-------------|-----------------|--------|
|                   |                     | Có n=38 (%) | Không n=185 (%) |        |
| Rượu              | 105 (47,1)          | 27 (71,1)   | 78 (42,1)       | 0,0153 |
| Sỏi mật           | 17 (7,6)            | 0 (0)       | 17 (9,2)        |        |
| Tăng Triglyceride | 78 (35,0)           | 7 (18,4)    | 71 (38,4)       |        |
| Hẹp Oddi          | 3 (1,3)             | 0 (0)       | 3 (1,6)         |        |
| Không rõ NN       | 20 (9,0)            | 4 (10,5)    | 16 (8,7)        |        |
| Tổng              | 223 (100)           | 38 (100)    | 185 (100)       |        |

| Đặc điểm        | Nhóm NC chung<br>Trung bình (TB) ± độ<br>lệch chuẩn (ĐLC) | HKTM tạng               |                             | p     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------|
|                 |                                                           | Có (n = 38)<br>TB ± ĐLC | Không (n = 185)<br>TB ± ĐLC |       |
| PT, giây        | 17,3 ± 5,8                                                | 16,9 ± 4,8              | 18,4 ± 8,6                  | 0,033 |
| INR             | 1,3 ± 0,5                                                 | 1,3 ± 0,4               | 1,3 ± 0,7                   | 0,612 |
| APTT, giây      | 35,6 ± 11,9                                               | 34,1 ± 6,5              | 40,5 ± 21,5                 | 0,006 |
| Fibrinogen, g/L | 5,5 ± 2,0                                                 | 5,7 ± 1,9               | 4,9 ± 2,0                   | 0,575 |

**Bảng 6:** Các xét nghiệm sinh hóa

| Đặc điểm            | Nhóm NC chung<br>Trung bình ± độ lệch chuẩn | HKTM tạng            |                          | p     |
|---------------------|---------------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------|
|                     |                                             | Có (n = 38) TB ± ĐLC | Không (n = 185) TB ± ĐLC |       |
| BUN, mg/dL          | 16,8 ± 10,1                                 | 16,8 ± 10,4          | 16,9 ± 9,3               | 0,189 |
| Creatinin, mg/dL    | 1,1 ± 0,7                                   | 1,1 ± 0,8            | 1,1 ± 0,5                | 0,486 |
| Glucose, mg/dL      | 174,7 ± 95,9                                | 169,6 ± 93,9         | 191,8 ± 104,5            | 0,358 |
| AST, U/L            | 44,5 (29,9)                                 | 48,5 (35,1)          | 43,5 (26,5)              | 0,112 |
| ALT, U/L            | 38,5 (5,8)                                  | 39,5 (15,1)          | 38,5 (5,8)               | 0,940 |
| CRP, mg/L           | 217,9 (21,5)                                | 282,2 (72,3)         | 209,3 (21,5)             | 0,098 |
| Albumin, g/L        | 3,3 ± 0,5                                   | 3,3 ± 0,5            | 3,3 ± 0,7                | 0,235 |
| Triglyceride, mg/dl | 414 (53,6)                                  | 333 (90,1)           | 468 (53,5)               | 0,155 |

**Bảng 7:** Phân độ nặng của VTC

| Đặc điểm      | Nhóm NC chung n(%) | HKTM tạng   |                 | p    |
|---------------|--------------------|-------------|-----------------|------|
|               |                    | Có n=38 (%) | Không n=185 (%) |      |
| Mức độ VTC    |                    |             |                 | 0,42 |
| VTC nhẹ       | 8 (3,6)            | 0 (0)       | 8 (4,3)         |      |
| VTC TB - nặng | 194 (87)           | 34 (89,5)   | 160 (86,5)      |      |
| VTC nặng      | 21 (9,4)           | 4 (10,5)    | 17 (9,2)        |      |

**Bảng 8:** Kết cục lâm sàng

| Đặc điểm                   | Nhóm NC chung | HKTM tạng |             | p     |
|----------------------------|---------------|-----------|-------------|-------|
|                            |               | Có n=38   | Không n=185 |       |
| Thời gian nằm viện         |               |           |             |       |
| Dài nhất (ngày)            | 20            | 20        | 19          |       |
| Ngắn nhất (ngày)           | 2             | 4         | 2           |       |
| Trung bình (Độ lệch chuẩn) | 8,1 (3,7)     | 9,8 (4,3) | 7,7 (3,4)   | 0,001 |
| Tử vong, n(%)              |               |           |             |       |
| Có                         | 8 (3,6)       | 1 (2,6)   | 7 (3,8)     | 1     |
| Không                      | 215 (96,4)    | 37 (97,4) | 178 (96,2)  |       |

**Bảng 9:** Hồi quy đơn biến các yếu tố liên quan HKTM tạng

| Đặc điểm          | TSC (KTC 95%)       | p    | Đặc điểm         | TSC (KTC 95%)        | p    |
|-------------------|---------------------|------|------------------|----------------------|------|
| Giới nam          | 3,75 (1,10 - 12,78) | 0,03 | Tăng TG          | 0,36 (0,15 - 0,87)   | 0,02 |
| Hút thuốc lá      | 5,69 (2,54 - 12,72) | 0,00 | Hoại tử thân tụy | 3,12 (1,49 - 6,54)   | 0,00 |
| Uống rượu/bia     | 4,68 (1,58 - 13,59) | 0,01 | Hoại tử đuôi tụy | 10,34 (4,75 - 22,53) | 0,00 |
| PT                | 1,08 (0,99 - 1,16)  | 0,05 | Điểm Balthazar   | 4,97 (1,15 - 21,52)  | 0,03 |
| APPT              | 1,05 (1,01 - 1,10)  | 0,03 | CTSI             | 4,65 (1,07 - 20,19)  | 0,04 |
| Nguyên nhân- rượu | 3,37 (1,58 - 7,19)  | 0,00 |                  |                      |      |

**Bảng 10:** Hồi quy đa biến các yếu tố liên quan HKTM tạng

| Đặc điểm          | TSC (KTC 95%)      | p    | Đặc điểm         | TSC (KTC 95%)       | p    |
|-------------------|--------------------|------|------------------|---------------------|------|
| Giới tính nam     | 1,04 (0,19 - 5,56) | 0,97 | APTT             | 0,98 (0,91 - 1,05)  | 0,55 |
| Hút thuốc lá      | 3,36 (1,21 - 9,33) | 0,02 | Hoại tử đuôi tụy | 7,13 (2,57 - 19,80) | 0,00 |
| Nguyên nhân- rượu | 2,4 (0,86 - 6,70)  | 0,10 | Điểm Balthazar   | 1,58 (0,27 - 9,34)  | 0,61 |
| PT                | 1,03 (0,88 - 1,21) | 0,69 | CTSI             | 1,13 (0,88 - 1,47)  | 0,34 |

## BÀN LUẬN

### Tỉ lệ và vị trí của HKTM tạng

Tỉ lệ HKTM tạng trong nghiên cứu của chúng tôi là 17%, tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Gonzelez năm 2011 (16%)<sup>(5)</sup> và của Ding năm 2018 (17,9%)<sup>(6)</sup>, cao hơn so với nghiên cứu trong nước của Mai Đỗ Phương Loan năm 2019 (5,7%)<sup>(7)</sup> và của Nguyễn Huyền Châu năm 2019 (12%)<sup>(8)</sup>. Chúng tôi cho rằng, sự khác biệt về mẫu nghiên cứu (VTC nhẹ hay nặng) và phương pháp hình ảnh học được sử dụng để chẩn đoán (siêu âm doppler, siêu âm qua nội soi, MRI hay chụp CT scan bụng có tiêm thuốc cản quang) là nguyên nhân gây ra sự khác biệt này. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân VTC được chụp CT scan bụng có cản quang trong thời gian nằm viện. Với độ nhạy tối thiểu là 90% của CT scan bụng trong phát hiện HKTM tạng, tỉ lệ HKTM tạng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác cùng làm ở Việt Nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tĩnh mạch lách là vị trí thường bị huyết khối nhất, chiếm tỉ lệ 55,3%, tiếp theo đó là HKTM lách kèm HKTM cửa với tỉ lệ 21,1%, HKTM lách kèm HKTM mạc treo ít gặp hơn với tỉ lệ 7,9%, huyết khối cả 3 tĩnh mạch lách, cửa và mạc treo ít gặp nhất với tỉ lệ 2,6%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của những nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Toqué L, Gonzelez HG, Ahmed SU cũng cho thấy HKTM lách là thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 36,8%, 40%, 57,6%<sup>(5,9,10)</sup>. Tĩnh mạch lách đi phía sau đuôi và thân tụy, hợp với tĩnh mạch mạc treo tràng trên tại vị trí cổ tụy để tạo thành tĩnh mạch cửa. Như vậy, có lẽ do tĩnh mạch lách có liên quan gần nhất với tụy về mặt giải phẫu nên dễ dàng bị ảnh hưởng bởi mô tụy viêm, tình trạng viêm và tình trạng tụ dịch quanh tụy.

### Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân VTC có độ tuổi trung bình là 42,5. Đặc điểm về tuổi tương đồng với các nghiên cứu khác trong

và ngoài nước về bệnh nhân VTC. Nghiên cứu của Mai Đỗ Phương Loan và Nguyễn Thị Lan Vy có độ tuổi trung bình lần lượt là 43 và 45,9<sup>(7,11)</sup>. Nghiên cứu của Zhou J thực hiện tại Trung Quốc cũng cho thấy tuổi trung bình là 46<sup>(12)</sup>. Trong nhóm bệnh nhân có HKTM tạng, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 42,2. Nghiên cứu của Zhou J tại Trung Quốc cũng cho kết quả tương tự với tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có HKTM tạng là 45<sup>(12)</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nam nhiều hơn nữ với tỉ lệ nam/nữ=3,7/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Vy (tỉ lệ nam/nữ là 4,1/1) và của Mai Đỗ Phương Loan là (tỉ lệ nam/nữ là 3,3/1)<sup>(7,11)</sup>. Các nghiên cứu trong nước cho thấy rượu là nguyên nhân gây VTC thường gặp nhất ở nước ta, điều này lý giải tại sao nam giới chiếm ưu thế trong các nghiên cứu. Trong nhóm bệnh nhân có HKTM tạng, tỉ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chiếm ưu thế với tỉ lệ 92,1%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có HKTM tạng. Tương tự, tỉ lệ bệnh nhân nam ở nhóm có HKTM tạng trong nghiên cứu của Junare tại Ấn Độ (2020) là 79,2%<sup>(13)</sup>, trong nghiên cứu của Toqué tại Pháp (2015) là 89,5%<sup>(10)</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các triệu chứng thường gặp trong nhóm có HKTM tạng là đau bụng (100%), nôn ói (63,2%). Sốt và vàng da là các triệu chứng ít gặp hơn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng giữa nhóm có và không có HKTM tạng. Đặc điểm lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả có được trong nghiên cứu của Ahmed<sup>(9)</sup>. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng cho thấy rằng triệu chứng của HKTM tạng rất âm thầm, thường trùng lặp với triệu chứng của VTC. Chính vì vậy, HKTM tạng thường được phát hiện tình cờ khi thực hiện các xét nghiệm hình ảnh học để chẩn đoán cũng như đánh giá mức độ nặng của VTC.

Gần như không có sự khác biệt của các thông số cận lâm sàng về sinh hoá và huyết học giữa hai nhóm có và không có HKTM tạng, ngoại trừ

xét nghiệm PT và APTT. Một số nghiên cứu trước đây cho rằng có tình trạng tăng đông trong VTC, và đây là một trong những cơ chế tham gia vào sự hình thành HKTМ tạng ở bệnh nhân VTC. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận giá trị PT trung bình trong nhóm nghiên cứu chung là 17,3 (giây), trong nhóm có HKTМ tạng là 16,9 (giây), giá trị APPT trung bình trong nhóm nghiên cứu chung là 35,6 (giây), trong nhóm có HKTМ tạng là 34,1 (giây). Tuy nhiên, không có sự khác biệt về trị số INR giữa nhóm có và không có HKTМ tạng. Trong nghiên cứu của Zhou, giá trị INR trung bình trong nhóm nghiên cứu chung là 1,14, trong nhóm có HKTМ tạng là 1,13. Nghiên cứu của Zhou cũng cho thấy không có sự khác biệt về giá trị PT giữa 2 nhóm có và không có HKTМ tạng<sup>(12)</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy không có sự khác biệt về nguyên nhân gây VTC, mức độ nặng của VTC cũng như tỉ lệ tử vong giữa hai nhóm có và không có HKTМ tạng. Tuy nhiên, thời gian nằm viện trung bình ở nhóm có HKTМ tạng dài hơn so với nhóm không có HKTМ tạng. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương kết quả trong nghiên cứu của của Nguyễn Thị Lan Vy (7,3 ngày)<sup>(11)</sup>, Mai Đỗ Phương Loan (7 ngày)<sup>(7)</sup>. Trong nhóm có HKTМ tạng, thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,8 ngày, ngắn hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Easler (31 ngày)<sup>(14)</sup>.

#### Các yếu tố nguy cơ của HKTМ tạng

Kết quả phân tích đơn biến của chúng tôi ghi nhận các yếu tố như nam giới, hút thuốc lá, uống bia rượu, PT, APPT, hoại tử thân tụy, hoại tử đuôi tụy, điểm Balthazar, điểm CTSI có liên quan với HKTМ tạng ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên sau khi phân tích hồi quy logistic loại trừ các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi nhận thấy chỉ có hút thuốc lá và hoại tử vùng đuôi tụy là yếu tố nguy cơ của HKTМ tạng.

Nghiên cứu của Li H cũng ghi nhận hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ của HKTМ tạng với TSC là 6,32, KTC 95%: 3,54 - 11,27,  $p < 0,001$ <sup>(15)</sup>.

Roch AM cũng cho thấy hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ của HKTМ tạng với  $p=0,01$ <sup>(16)</sup>. Tuy nhiên, Toqué trong phân tích đơn biến cho thấy hút thuốc lá có liên quan đến HKTМ tạng, nhưng phân tích logistic đa biến không ghi nhận mối liên quan này với  $p=0,110$ <sup>(10)</sup>. Về mặt sinh lý bệnh, thuốc lá làm gia tăng nồng độ các yếu tố đông máu, đồng thời kích hoạt hệ thống viêm trong cơ thể. Cả hai yếu tố này đều góp phần làm gia tăng nguy cơ hình thành huyết khối.

Nhiều nghiên cứu cho thấy hoại tử tụy có liên quan đến bệnh sinh của HKTМ tạng ở bệnh nhân VTC. Tình trạng hoại tử gây ra đáp ứng viêm tại chỗ, trực tiếp ảnh hưởng mạch máu kế cận, gây rối loạn chức năng vận mạch, giảm tưới máu qua các mao mạch, làm tăng nguy cơ hình thành huyết khối. Phân tích đơn biến trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí hoại tử tụy với HKTМ tạng. Trong đó, hoại tử vùng thân tụy làm tăng tỉ lệ HKTМ tạng 3,12 lần (TSC: 1,49-6,54,  $p=0,00$ ) và hoại tử đuôi tụy làm tăng tỉ lệ HKTМ tạng 10,34 lần (TSC: 4,75-22,53,  $p=0,00$ ). Sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến loại trừ các yếu tố gây nhiễu, chúng tôi nhận thấy chỉ có hoại tử vùng đuôi tụy là yếu tố nguy cơ của HKTМ tạng với TSC bằng 7,13 (KTC 95%: 2,57-19,80,  $p=0,00$ ). Theo nghiên cứu của Ding, phân tích đơn biến cũng cho thấy hoại tử vùng thân tụy làm tăng tỉ lệ HKTМ tạng 6,43 lần (TSC: 2,54-16,31,  $p=0,00$ ) và hoại tử vùng đuôi tụy làm tăng tỉ lệ HKTМ tạng 8,5 lần (TSC: 3,21-22,51,  $p=0,00$ ). Tuy nhiên, phân tích hồi quy logistic đa biến trong nghiên cứu này ghi nhận vị trí hoại tử ở thân tụy và đuôi tụy không phải là yếu tố nguy cơ độc lập của HKTМ tạng<sup>(6)</sup>.

#### Hạn chế trong nghiên cứu

Thu thập số liệu trong thời gian bệnh nhân nằm viện chưa đánh giá được nguy cơ xuất hiện HKTМ tạng trong giai đoạn trễ của bệnh. Ngoài ra, việc không thống nhất về thời điểm chụp CT bụng để chẩn đoán HKTМ tạng cũng là một yếu điểm trong nghiên cứu của chúng tôi.

## KẾT LUẬN

Trong 223 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 38 bệnh nhân có biến chứng HKTM tạng. Tỷ lệ bệnh nhân VTC có biến chứng HKTM tạng là 17%, trong đó HKTM lách đơn độc chiếm tỷ lệ cao nhất (55,3%). Gần như không có sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng cũng như cận lâm sàng giữa 2 nhóm có và không có HKTM tạng. Hai yếu tố nguy cơ của HKTM tạng ở bệnh nhân VTC đã được xác định, đó là: hút thuốc lá (TSC: 3,36, KTC 95%: 1,21-9,33,  $p=0,02$ ) và hoại tử vùng đuôi tụy (TSC: 7,13, KTC 95%: 2,57-19,80,  $p=0,00$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peery AF, Dellon ES, Lund J, et al (2012). Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology*, 143(5):1179-1187.
2. Yeung YP, Lam BYK, Yip AWC (2006). APACHE system is better than Ranson system in the prediction of severity of acute pancreatitis. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*, 5(2):294-299.
3. Dörffel Y, Wruck U, Rückert R, et al (2000). Vascular complications in acute pancreatitis assessed by color duplex ultrasonography. *Pancreas*, 21(2):126-133.
4. Mendelson RM, Anderson J, Marshall M, et al (2005). Vascular complications of pancreatitis. *ANZ Journal of Surgery*, 75(12):1073-1079.
5. Gonzelez HJ, Sahay SJ, Samadi B, et al (2011). Splanchnic vein thrombosis in severe acute pancreatitis: a 2-year, single-institution experience. *HPB*, 13(12):860-864.
6. Ding L, Deng F, Yu C, et al (2018). Portosplenomesenteric vein thrombosis in patients with early-stage severe acute pancreatitis. *World Journal of Gastroenterology*, 24 (35): 4054.
7. Mai Đỗ Phương Loan (2019). Mối liên quan giữa nồng độ albumin máu và mức độ viêm tụy cấp. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
8. Nguyễn Huyền Châu (2019). Nghiên cứu giá trị phối hợp tỷ số PLR - NLR với BISAP trong tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp ở bệnh viện Chợ Rẫy. *Luận văn Chuyên khoa Cấp 2*, Trường Đại học Y Dược Huế.
9. Ahmed SU, Ahluwalia J, Varma N, et al (2018). Role of thrombophilia in splanchnic venous thrombosis in acute pancreatitis. *Annals of Gastroenterology*, 31(3):371.
10. Toqué L, Hamy A, Hamel JF, et al (2015). Predictive factors of splanchnic vein thrombosis in acute pancreatitis: A 6-year single-center experience. *Journal of Digestive Diseases*, 16(12):734-740.
11. Nguyễn Thị Lan Vy (2017). So sánh hệ thống phân loại dựa trên các yếu tố quyết định và Atlanta hiệu chỉnh trong đánh giá độ nặng viêm tụy cấp. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
12. Zhou J, Ke L, Tong Z, et al (2015). "Risk factors and outcome of splanchnic venous thrombosis in patients with necrotizing acute pancreatitis. *Thrombosis Research*, 135(1):68-72.
13. Junare PR, Udgirkar S, Nair S, et al (2020). Splanchnic Venous Thrombosis in Acute Pancreatitis: Does Anticoagulation Affect Outcome? *Gastroenterology Research*, 13(1):25.
14. Easler J, Muddana V, Furlan A, et al (2014). Portosplenomesenteric venous thrombosis in patients with acute pancreatitis is associated with pancreatic necrosis and usually has a benign course. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 12(5):854-862.
15. Li H, Yang Z, Tian F (2019). Clinical Characteristics and Risk Factors for Sinistral Portal Hypertension Associated with Moderate and Severe Acute Pancreatitis: A Seven-Year Single-Center Retrospective Study. *Medical Science Monitor*, 25:5969.
16. Roch AM, Maatman TK, Carr RA, et al (2019). Venous thromboembolism in necrotizing pancreatitis: an underappreciated risk. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 23(12):2430-2438.

Ngày nhận bài báo: 13/11/2020

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 01/02/2021

Ngày bài báo được đăng: 10/03/2020