

TĂNG ÁP LỰC Ổ BỤNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TUY CẤP NẶNG

Lâm Tuấn Tú¹, Phan Thị Xuân², Nguyễn Bá Duy², Hồ Thị Thi², Lê Ngọc Toàn², Nguyễn Văn Hải²,
Nguyễn Đức Trung², Kha Thanh Tuấn², Phùng Thị Thanh Trúc², Lê Thị Hồng Thắm², Lưu Thị Mai Ca²,
Nguyễn Thị Hoàng Yến², Trần Đình Phùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng áp lực ổ bụng thường gặp ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, tăng áp lực ổ bụng xảy ra do quá trình viêm ở tụy, do dịch bàng, liệt ruột, và hồi sức dịch. Tăng áp lực ổ bụng làm tăng biến chứng và tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tỉ lệ, mức độ tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng và tỉ lệ tử vong theo mức độ tăng áp lực ổ bụng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, chọn các bệnh nhân viêm tụy cấp nặng ≥ 18 tuổi, điều trị tại khoa Hồi Sức Cấp Cứu (HSCC) bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2018 đến tháng 4/2020, có đo và theo dõi áp lực ổ bụng. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính như suy tim độ III, IV, ung thư giai đoạn cuối, Lupus ban đỏ hệ thống, suy thận mạn, xơ gan. Chẩn đoán viêm tụy cấp và mức độ nặng của viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012, chẩn đoán tăng áp lực ổ bụng và mức độ tăng áp lực ổ bụng theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Thế giới về hội chứng chèn ép ổ bụng năm 2013.

Kết quả: Từ tháng 1/2018 đến tháng 4/2020 có tất cả 68 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng được điều trị tại khoa Hồi Sức Cấp Cứu, bệnh viện Chợ Rẫy, 53 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ sống cho đến lúc xuất viện là 79,2% (42/53). Nguyên nhân gây viêm tụy cấp do rượu 49% và do tăng triglyceride 41,5%, do sỏi mật 3,8%, chấn thương 1,9%. Điểm APACHE II ngày nhập HSCC có trung vị là 14 (8 – 18) và điểm CTSI có trung vị là 6 (6 – 10). 100% bệnh nhân viêm tụy cấp nặng có tăng áp lực ổ bụng. Ngày đầu nhập khoa HSCC 17% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ I, 37,8% độ II, 22,6% độ III, và 22,6% độ IV. Theo dõi mỗi ngày cho thấy tỉ lệ bệnh nhân bị hội chứng chèn ép ổ bụng tăng từ 22,6% vào ngày 1 điều trị tại HSCC lên cao nhất 34% vào ngày 2, sau đó giảm dần đến ngày 7 còn 2,3%. Tỉ lệ tử vong tăng theo mức độ tăng áp lực ổ bụng, tỉ lệ tử vong 0% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ I, 15% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ II, 25% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ III, 50% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ IV, $p=0,037$.

Kết luận: 100% bệnh nhân viêm tụy cấp nặng điều trị tại khoa HSCC có tăng áp lực ổ bụng. Ngày đầu nhập khoa HSCC 17% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ I, 37,8% độ II, 22,6% độ III, và 22,6% độ IV. Tỉ lệ tử vong tăng theo mức độ tăng áp lực ổ bụng.

Từ khóa: viêm tụy cấp nặng, tăng áp lực ổ bụng

ABSTRACT

INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Lam Tuan Tu, Phan Thi Xuan, Nguyen Ba Duy, Ho Thi Thi, Le Ngoc Toan, Nguyen Van Hai,
Nguyen Duc Trung, Kha Thanh Tuan, Phung Thi Thanh Truc, Le Thi Hong Tham, Luu Thi Mai Ca,
Nguyen Thi Hoang Yen, Tran Dinh Phung

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 – No. 1 - 2021: 07 - 12

¹Bệnh viện Lê Lợi, Vũng Tàu

Tác giả liên lạc: BS. Phan Thị Xuân

²Khoa Hồi Sức Cấp Cứu, bệnh viện Chợ Rẫy

ĐT: 0902571699

Email: phanthixuan@gmail.com

Background: The incidence of intra-abdominal hypertension in patients with severe acute pancreatitis is high. It is caused by the inflammatory process in the pancreas as well as ascites, ileus, and aggravated by fluid resuscitation. Morbidity and mortality is consistently higher in patients with intra-abdominal hypertension.

Objectives: Studied the incidence of intra-abdominal hypertension and the effect of intra-abdominal hypertension on mortality in patients with severe acute pancreatitis.

Method: A retrospective descriptive study enrolled adult patients with severe acute pancreatitis admitted to ICU Cho Ray hospital, Viet Nam from January 2018 to April 2020 who were measured intra-abdominal pressure during the first week of ICU stay. Exclusion criteria were patients with heart failure NYHA class III–IV, end-stage cancers, systemic lupus erythematosus, end-stage kidney disease, cirrhosis. Severe acute pancreatitis was defined according to the 2012 revision of the Atlanta classification and definitions. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome were defined according to the criteria described by the 2013 consensus definition of the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome.

Results: A total of 53 patients were included. The survival rate was 79.2% (42/53). The etiology of acute pancreatitis was alcohol intake (49%), hyperlipemia (41.5%), biliary tract (3.8%), trauma (1.9%). Median APACHE II score was 14 (8 – 18), median CTSI score was 6 (6 – 10). On the first day of admission to the ICU, all patients (100%) had intra-abdominal hypertension, of these patients, 17% had grade I, 37.8% had grade II, 22.6% had grade III, và 22.6% had grade IV. Abdominal compartment syndrome developed in 22.6% of the patients on the first day of admission to the ICU, highest 34% on the second day, then decreasing during the next days, 2,3% on the seventh day. There was a direct significant relationship between graded intra-abdominal hypertension and the mortality rate, the patients with grade I had no mortality, mortality rate was 15% for grade II, 25% for grade III, 50% for grade IV, $p=0.037$.

Conclusion: All patients (100%) with severe acute pancreatitis had intra-abdominal hypertension. On the first day of admission to the ICU, 17% had grade I intra-abdominal hypertension, 37.8% had grade II, 22.6% had grade III, and 22.6% had grade IV. There was a direct significant relationship between graded intra-abdominal hypertension and the mortality rate.

Keywords: severe acute pancreatitis, intra-abdominal hypertension

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực ổ bụng xảy ra ở 60 – 80 % bệnh nhân (BN) viêm tụy cấp nặng tùy theo dân số nghiên cứu⁽¹⁾. Tăng áp lực ổ bụng xảy ra do quá trình viêm ở tụy, do dịch báng, liệt ruột, và hồi sức dịch. Tăng áp lực ổ bụng làm tăng biến chứng và tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, vì thế việc theo dõi áp lực ổ bụng và can thiệp nhằm giảm áp lực ổ bụng là một trong những mục tiêu điều trị ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. Tại Việt Nam hiện có ít nghiên cứu về tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng.

Mục tiêu

Khảo sát tỉ lệ, mức độ tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng và tỉ lệ tử vong

theo mức độ tăng áp lực ổ bụng.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các bệnh nhân viêm tụy cấp nặng ≥ 18 tuổi, điều trị tại khoa Hồi Sức Cấp Cứu (HSCC) bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2018 đến tháng 4/2020, có đo và theo dõi áp lực ổ bụng.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính như suy tim độ III, IV; ung thư giai đoạn cuối; Lupus ban đỏ hệ thống; suy thận mạn; xơ gan.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Phương pháp thực hiện

Lọc trên hệ thống quản lý bệnh viện các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp điều trị tại khoa HSCC bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2018 đến tháng 4/2020. Đọc hồ sơ bệnh án, chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ. Thu thập số liệu theo bảng thu thập số liệu.

Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Chẩn đoán viêm tụy cấp và mức độ nặng của viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012⁽²⁾. Chẩn đoán tăng áp lực ổ bụng và mức độ tăng áp lực ổ bụng theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Thế giới về hội chứng chèn ép ổ bụng năm 2013⁽³⁾: tăng áp lực ổ bụng khi áp lực ổ bụng ≥ 12 mmHg kéo dài hoặc lập đi lập lại; về mức độ tăng áp lực ổ bụng, độ I khi áp lực ổ bụng 12-15 mmHg, độ II khi áp lực ổ bụng 16-20 mmHg, độ III khi áp lực ổ bụng 21-25 mmHg, độ IV khi áp lực ổ bụng > 25 mmHg; hội chứng chèn ép ổ bụng khi áp lực ổ bụng > 20 mmHg kèm với rối loạn chức năng cơ quan mới xuất hiện.

Dụng cụ và phương pháp đo áp lực ổ bụng

Sử dụng bộ kit đo áp lực ổ bụng UnoMeter Abdo-Pressure của hãng ConvaTec, Australia. Đo áp lực ổ bụng theo khuyến cáo của Hiệp hội Thế giới về hội chứng chèn ép ổ bụng năm 2013⁽³⁾: đo áp lực ổ bụng qua bàng quang, sử dụng hệ thống kín, vô trùng, kết nối với ống thông tiểu và túi dẫn lưu nước tiểu. Các bước đo áp lực ổ bụng như sau: mức zero là đường rạch giữa ở gai chậu trước trên, bệnh nhân nằm ngửa, tư thế đầu bằng, dẫn lưu hết nước tiểu trong bàng quang, bơm 25 ml nước muối vô trùng vào bàng quang, áp lực bàng quang bằng áp lực ổ bụng, chọn độ cao cột nước ở mức thấp nhất, tương ứng với thì thở ra, đơn vị cmH₂O, quy đổi ra đơn vị mmHg.

Thống kê

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

Các biến số định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (tứ phân vị 25% - 75%).

Các trung bình được so sánh bằng phép kiểm student *t*, các trung vị được so sánh bằng phép kiểm Mann-Whitney *U*.

Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ %, được so sánh bằng phép kiểm Chi bình phương.

Y đức

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM, số 129/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 26/02/2020.

KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2018 đến tháng 4/2020 có tất cả 68 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng được điều trị tại khoa Hồi Súc Cấp Cứu, bệnh viện Chợ Rẫy, 53 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ sống cho đến lúc xuất viện là 79,2% (42/53).

Các đặc điểm tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, nguyên nhân gây viêm tụy cấp, mức độ nặng của bệnh được trình bày trong *Bảng 1*. Nguyên nhân gây viêm tụy cấp chủ yếu do rượu (49%) và do tăng triglyceride (41,5%).

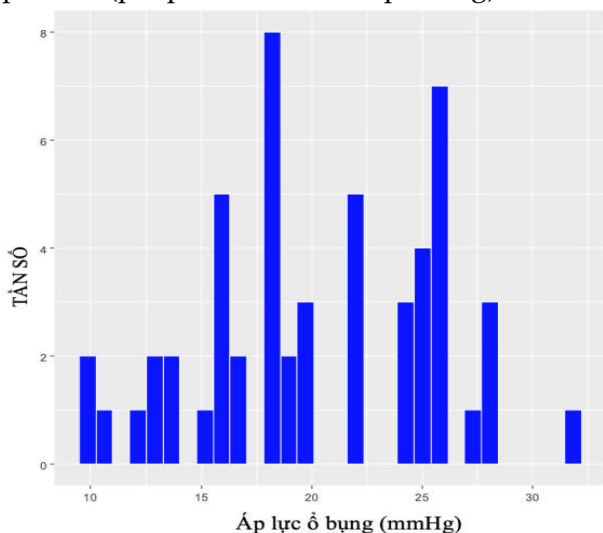
Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm (N = 53)	Giá trị
Tuổi, năm, TV (TPV 25 -75%)	38 (32 – 43)
Giới nam, n (%)	46 (86,8)
Chỉ số khối cơ thể (BMI), kg/m ² da, TV (TPV 25 -75%)	25,7 (22,6 – 28)
Nguyên nhân viêm tụy cấp:	
Do rượu, n (%)	26 (49,0)
Do tăng triglyceride, n (%)	22 (41,5)
Do sỏi đường mật, n (%)	2 (3,8)
Chấn thương, n (%)	1 (1,9)
Không rõ nguyên nhân, n (%)	2 (3,8)
Amylase máu, IU/L, TV (TPV 25 -75%)	550 (236 – 810)
Lipase máu, IU/L, TV (TPV 25 -75%)	884,5 (370,2 – 1875,8)
Triglyceride/máu, mg/dL, TV (TPV 25 -75%) ở nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu (n=22)	1787 (608,5 – 3510)
Điểm CTST lúc nhập HSCC, TV (TPV 25 -75%)	6 (6 – 10)

Đặc điểm (N = 53)	Giá trị
Điểm APACHE lúc nhập HSCC, TV (TPV 25-75%)	14 (8 – 18)
Điểm SOFA lúc nhập HSCC, TV (TPV 25 -75%)	7 (4 – 10)

TV (TPV 25 -75%): trung vị, tứ phân vị; CT5I: CT severity index

Phân bố giá trị áp lực ổ bụng ngày nhập khoa HSCC được trình bày ở Hình 1, tất cả bệnh nhân viêm tụy cấp nặng nhập khoa HSCC đều bị tăng áp lực ổ bụng, tăng áp lực ổ bụng mức độ 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 37,8%, hội chứng chèn ép ổ bụng chiếm tỉ lệ 22,6%. Tỉ lệ các mức độ tăng áp lực ổ bụng ngày nhập khoa HSCC và tỉ lệ tử vong theo mức độ tăng áp lực ổ bụng ngày nhập khoa HSCC được trình bày trong Bảng 2, sự khác biệt về tỉ lệ tử vong giữa các mức độ tăng áp lực ổ bụng ngày nhập khoa HSCC có ý nghĩa thống kê với $p=0,037$ (phép kiểm Chi bình phương).



Hình 1: Phân bố áp lực ổ bụng lúc nhập khoa HSCC

Bảng 2: Tỷ lệ bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng lúc nhập khoa HSCC

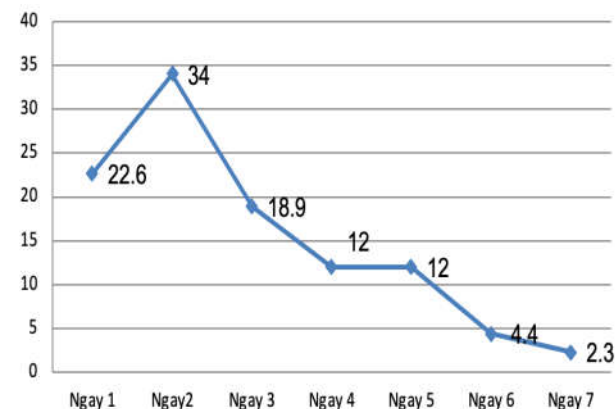
Phân độ	Tần số, n (%) N = 53	Tỉ lệ tử vong* (%)
Không tăng (áp lực ổ bụng < 12 mmHg)	0 (0)	
Độ I (áp lực ổ bụng 12 – 15 mmHg)	9 (17)	0
Độ II (áp lực ổ bụng 16 – 20 mmHg)	20 (37,8)	15
Độ III (áp lực ổ bụng 21 – 25 mmHg)	12 (22,6)	25

Độ IV (áp lực ổ bụng > 25 mmHg)	12 (22,6)	50
---------------------------------	-----------	----

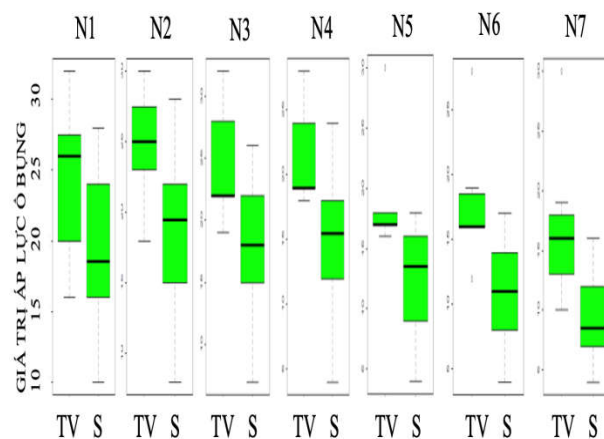
* sử dụng phép kiểm Chi bình phương, $p=0,037$

Tỉ lệ bệnh nhân xuất hiện hội chứng chèn ép ổ bụng trong tuần đầu điều trị tại khoa HSCC được trình bày ở Hình 2. Hội chứng chèn ép ổ bụng xảy ra cao nhất vào ngày thứ 2 sau nhập khoa HSCC chiếm 34% số bệnh nhân trong nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân bị hội chứng chèn ép ổ bụng giảm dần sau đó từ ngày thứ 3 sau nhập khoa HSCC và thấp nhất ở ngày thứ 7 là 2,3%.

Diễn tiến áp lực ổ bụng giữa 2 nhóm sống và tử vong được trình bày ở Hình 3.



Hình 2: Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện hội chứng chèn ép ổ bụng trong tuần đầu điều trị tại HSCC



Hình 3: Diễn tiến áp lực ổ bụng ở 2 nhóm sống và tử vong trong tuần đầu điều trị tại HSCC

N: ngày, TV: tử vong, S: sống, $p < 0,05$ khi so sánh trung vị của 2 nhóm sống và tử vong từng ngày bằng phép kiểm Mann-Whitney U

Các biện pháp điều trị và kết cục của bệnh

nhân trong nghiên cứu được trình bày trong *Bảng 3*. Điều trị thay thế thận ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng ngoài do tổn thương thận cấp còn mục đích giảm nồng độ hoá chất trung gian viêm và giảm áp lực ổ bụng. Thay huyết tương được thực hiện ở bệnh nhân có nồng độ Triglyceride máu ≥ 1.000 mg/dL.

Bảng 3: Các biện pháp điều trị và kết cục

Đặc điểm (N = 53)	Giá trị
Thở máy, n (%)	40 (75,5)
Thời gian thở máy, ngày, TV (TPV 25 -75%)	4 (2 – 8)
Điều trị thay thế thận, n (%)	49 (92,5)
Thời gian điều trị thay thế thận, ngày, TV (TPV 25 -75%)	6 (4 – 7,2)
Thay huyết tương, n (%)	27 (50,9)
Chọc dẫn lưu dịch ổ bụng, n (%)	11 (20,8)
Biến chứng hoại tử tụy, n (%)	19 (35,8)
Thời gian điều trị HSCC, ngày, TV (TPV 25 -75%)	8 (5 – 13)
Thời gian nằm viện, ngày TV (TPV 25 -75%)	15 (10 – 21)
Sống, n (%)	42 (79,2)

BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi và giới của bệnh nhân trong nghiên cứu

Bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung vị là 38 tuổi, thấp hơn so với tuổi trung bình là 45,4 trong nghiên cứu về viêm tụy cấp thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai của tác giả Đào Xuân Cơ⁽⁴⁾, và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả De Waele JJ tại Bỉ, trung vị tuổi của nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp có tăng áp lực ổ bụng là 53⁽⁵⁾. Về giới tính, nam chiếm ưu thế đến 86,8%, có thể viêm tụy cấp do rượu chiếm đến 49% bệnh nhân trong nghiên cứu, tỷ lệ nam cũng chiếm ưu thế trong nghiên cứu của tác giả Đào Xuân Cơ 79,7%⁽⁴⁾, tuy nhiên nghiên cứu về viêm tụy cấp ở các bệnh viện chuyên ngoại khoa như Việt Đức với sỏi mật là nguyên nhân hàng đầu gây viêm tụy cấp thì tỉ lệ nữ giới trong nghiên cứu lên đến 72%⁽⁶⁾.

Nguyên nhân gây viêm tụy cấp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai nguyên nhân gây viêm tụy cấp hàng đầu là do rượu chiếm 49% và do tăng triglyceride 41,5%. Ở các

nước phát triển, nguyên nhân hàng đầu gây viêm tụy cấp là do sỏi mật chiếm tỉ lệ 45% và do rượu chiếm tỉ lệ 20%⁽⁷⁾. Nghiên cứu của tác giả De Waele JJ cho thấy nguyên nhân gây viêm tụy cấp có tăng áp lực ổ bụng do rượu là 38%, do sỏi mật là 33%, tăng triglyceride là 14%, chấn thương là 5%, và không rõ nguyên nhân là 10%, trong khi ở bệnh nhân viêm tụy cấp không tăng áp lực ổ bụng, do sỏi mật chiếm đến 67% và do rượu 33%⁽⁵⁾. Nghiên cứu đa trung tâm tại châu Âu của Marcos-Neira P cho thấy nguyên nhân gây viêm tụy cấp nặng do sỏi mật chiếm đến 46,5% và do rượu 21,9%⁽⁶⁾.

Mức tăng áp lực ổ bụng

Nghiên cứu của chúng tôi gồm những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng điều trị tại khoa HSCC, tỉ lệ bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng rất cao, lên đến 100%. Ngày đầu nhập HSCC 17% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ I, 37,8% độ II, 22,6% độ III, và 22,6% độ IV. Theo dõi mỗi ngày cho thấy tỉ lệ bệnh nhân bị hội chứng chèn ép ổ bụng tăng từ 22,6% vào ngày 1 lên cao nhất 34% vào ngày 2, sau đó giảm dần đến ngày 7 còn 2,3%. Nghiên cứu của tác giả Đào Xuân Cơ cũng chọn các bệnh nhân điều trị tại khoa HSCC cho thấy 31,6% bệnh nhân không tăng áp lực ổ bụng, 22,6% tăng áp lực ổ bụng độ I, 30% độ II, 10,5% độ III, 5,3% độ IV, nhóm tăng áp lực ổ bụng có APACHE II là $12,6 \pm 3,8$ và điểm CTSI là $8,5 \pm 1,93$, nhóm không tăng áp lực ổ bụng có APACHE II là $5,6 \pm 3,8$ và điểm CTSI là $4,5 \pm 1,7$ ⁽⁴⁾. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có APACHE II trung vị là 14 (8 – 18) và điểm CTSI là 6 (6 – 10), sự khác biệt về tỉ lệ có tăng áp lực ổ bụng có thể do tiêu chuẩn nhận bệnh vào HSCC của chúng tôi gồm những bệnh nhân có mức độ rối loạn chức năng cơ quan, hệ thống nặng hơn so với nghiên cứu của tác giả Đào Xuân Cơ nên 100% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng. Nghiên cứu của tác giả De Waele cho thấy nhóm bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng có trung vị điểm APACHE II là 21 (15 – 28) và nhóm bệnh nhân không tăng áp lực ổ bụng có trung vị điểm APACHE II là 10 (8 – 11)⁽⁵⁾, như vậy điểm

APACHE II của nhóm bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng cao hơn điểm APACHE II bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng trong nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Marcos-Neira P cho thấy trên bệnh nhân viêm tụy cấp nặng 1,6% bệnh nhân không có tăng áp lực ổ bụng, 12,4% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ I, 40% độ II, 31,4% độ III, và 16,4% độ IV so với bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ trung bình 20,7% bệnh nhân không có tăng áp lực ổ bụng, 27,6% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ I, 30,2% độ II, 17,2% độ III, và 4,3% độ IV⁽⁷⁾.

Mức tăng áp lực ổ bụng và tử vong

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về trung vị mức áp lực ổ bụng mỗi ngày, trong tuần đầu điều trị tại HSCC của 2 nhóm sống và tử vong. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng tăng theo mức độ tăng áp lực ổ bụng, tỷ lệ tử vong 0% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ I, tỷ lệ tử vong lên đến 15% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ II, 25% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ III, 50% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ IV ($p=0,037$). Nghiên cứu của Marcos-Neira P cũng cho thấy tương tự, tỷ lệ tử vong 4% ở bệnh nhân không tăng áp lực ổ bụng, 20% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ I, 30,3% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ II, 40% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ III, 66% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ IV ($p<0,001$)⁽⁸⁾.

KẾT LUẬN

100% bệnh nhân viêm tụy cấp nặng điều trị tại khoa HSCC có tăng áp lực ổ bụng. Ngày đầu nhập khoa HSCC 17% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng độ I, 37,8% độ II, 22,6% độ III, và 22,6% độ IV. Theo dõi mỗi ngày cho thấy tỷ lệ bệnh

nhân bị hội chứng chèn ép ổ bụng tăng từ 22,6% vào ngày 1 lên cao nhất 34% vào ngày 2, sau đó giảm dần đến ngày 7 còn 2,3%. Tỷ lệ tử vong tăng theo mức độ tăng áp lực ổ bụng, tỷ lệ tử vong 0% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ I, 15% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ II, 25% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ III, 50% ở bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng độ IV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Waele JJ (2015). Management of Abdominal Compartment Syndrome in Acute Pancreatitis. *Pancreapedia: Exocrine Pancreas Knowledge Base*, DOI: 10.3998/panc.2015.29.
2. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, Tsotos GG, Vege SS, Group APCW (2013). Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*, 62(1):102- 111.
3. Kirkpatrick AW, Roberts DJ, De Waele J, Jaeschke R, Malbrain MLNG, De Keulenaer B, et al (2013). Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Med*, 39:1190–1206.
4. Đào Xuân Cơ (2012). Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong phân loại mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. *Luận án Tiến sĩ Y học*, Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108.
5. De Waele JJ, Hoste E, Blot SI, Decruyenaere J and Colardyn F (2005). Intra-abdominal hypertension in patients with severe acute pancreatitis. *Critical Care*, 9:R452-R457.
6. Hà Văn Quyết (2004). Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị can thiệp viêm tụy cấp do sỏi và giun tại Bệnh viện Việt Đức. *Y học Việt Nam*, 304:177 - 181.
7. Boxhoom L, Voermans RP, Bouwense SA, et al (2020). Acute pancreatitis. *Lancet*, 396:726–34.
8. Marcos-Neira P, Zubia-Olaskoaga F, López-Cuenca S, Bordejé-Laguna L, et al (2017). Relationship between intra-abdominal hypertension, outcome and the revised Atlanta and determinant-based classifications in acute pancreatitis. *BJS Open*, 1(6):175-181.

Ngày nhận bài báo: 28/11/2020

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 20/02/2021

Ngày bài báo được đăng: 10/03/2021