

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA DẪN LƯU Ổ DỊCH QUA DA TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY CẤP NẶNG

Evaluation the results of percutaneous drainage in the treatment of severe acute pancreatitis

Đào Duy Tùng, Vũ Đăng Lưu**, Phạm Mạnh Cường**,
Trần Văn Lượng**, Nguyễn Thị Thu Hằng***

SUMMARY

Objectives: Evaluating the result and complications of percutaneous drainage under the guidance of imaging in the treatment of severe acute pancreatitis.

Subjects and methods: A total of 51 patients diagnosed with severe acute pancreatitis at Bach Mai hospital from 7/2021 to 7/2022 were treated by percutaneous drainage.

Results: 51 patients included 41 men and 10 women, with the age from 27 to 72 years old, the success rate of drainage technique is 97,3%, the mortality rate of patients in the study is 7,8% and there were no cases of complications after drainage. Clinical and laboratory symptoms were significantly reduced compared with pre-drainage.

Conclusions: Percutaneous drainage under the radiology guidance with ascite, inflammatory fluid in acute pancreatitis is a safe technique with a high success rate.

Keywords: *severe acute pancreatitis, percutaneous drainage*

* Bác sĩ Nội trú
Chẩn Đoán Hình ảnh K45

** Bác sĩ Trung tâm điện quang,
Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp nặng được định nghĩa là viêm tụy cấp có suy đa tạng kéo dài ≥ 48 h, có thể suy một hoặc đa tạng. Trong viêm tụy cấp nặng, bên cạnh suy đa tạng, các ổ tụ dịch viêm tụy thường xuất hiện trong 30-50% bệnh nhân và hình thành chủ yếu từ sự rò của ống tụy trong viêm tụy hoại tử [1]. Do đó các ổ tụ dịch này có chứa nhiều proteinase của tụy, lipase, các cytokin tiền viêm là các chất có độc tính cao, gây hoại tử nhu mô tụy và quanh tụy, làm tăng giải phóng các chất trung gian viêm, tạo vòng xoáy bệnh lý. Khi các chất này được hấp thụ qua phúc mạc vào máu hậu quả dẫn tới hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS), hội chứng suy đa tạng, cùng với đó dịch tự do ổ bụng và ổ dịch viêm tụy cũng làm tăng áp lực ổ bụng có thể dẫn tới hội chứng khoang bụng (ACS) làm tăng tỷ lệ tử vong [2].

Điều trị các ổ tụ dịch trong viêm tụy cấp còn nhiều tranh cãi. Phần lớn ổ dịch có khả năng tự khỏi và không cần can thiệp, do đó một số tác giả cho rằng điều trị bảo tồn đối với các ổ tụ dịch vô khuẩn tốt hơn việc dẫn lưu các ổ tụ dịch vì nguy cơ nhiễm khuẩn vào ổ dịch và các vấn đề về ống sonde dẫn lưu như tắc sonde, tuột sonde dẫn lưu... [3]. Tuy nhiên, nhiễm trùng và hoại tử quanh tụy vẫn có thể xảy ra ở 20-40% trường hợp viêm tụy cấp nặng [4]. Theo Zerem [3] việc dẫn lưu, chăm sóc dẫn lưu hàng ngày đúng kỹ thuật sẽ không làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng thứ phát sau dẫn lưu. Bên cạnh đó, một số tác giả cho rằng việc loại bỏ các chất trong dịch viêm tụy như lipase, proteinase các chất trung gian tiền viêm sẽ làm giảm hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS), giảm suy đa tạng [3] [5]. Ngoài ra dẫn lưu các ổ tụ dịch viêm tụy cũng góp phần làm giảm việc tăng áp lực ổ bụng, làm giảm nguy cơ tiến triển của hội chứng khoang bụng (ACS), qua đó làm giảm tỷ lệ tử vong [6].

Trước đây, trong trường hợp cần dẫn lưu ổ dịch tụy thì phẫu thuật đặt ống dẫn lưu kèm lấy bỏ nhu mô tụy hoại tử là phương pháp chủ yếu điều trị các ổ dịch tụy bị nhiễm trùng. Tuy nhiên phương pháp này có tỷ lệ tử vong từ 12-49% [7]. Gần đây một số kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, như dẫn lưu qua da ngày càng phổ biến với nhiều ưu điểm như: không cần gây mê, dễ thực hiện, thay đổi

sonde dễ dàng, phá vách trong ổ dịch, người bệnh lớn tuổi chịu đựng tốt hơn so với phẫu thuật. Đặc biệt cùng với việc ra đời của nhiều kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp XQ số hoá xoá nền (Fluoroscopy)... làm cho việc dẫn lưu trở nên dễ tiếp cận và an toàn hơn.

Tỷ lệ tử vong của viêm tụy cấp nặng là thay đổi tùy nghiên cứu, tại bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng năm 2004 là 29% (khi dẫn lưu qua da chưa là một kỹ thuật thường xuyên sử dụng trong viêm tụy cấp nặng) và năm 2016 giảm xuống còn 16,6% [8], [9]. Theo Nguyễn Huyền Châu [10] tỷ lệ tử vong của bệnh nhân viêm tụy cấp nặng ở bệnh viện Chợ Rẫy là 24%. Tỷ lệ tử vong trong viêm tụy cấp nặng có thể lên tới 31,3% như trong nghiên cứu của L. Compañy và cộng sự [11].

Trong phác đồ điều trị viêm tụy cấp ở bệnh viện Bạch Mai, việc dẫn lưu sớm, triệt để dịch và các ổ dịch viêm, ưu tiên các kỹ thuật dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh (CĐHA), được thực hiện rộng rãi. Tuy nhiên chưa có công trình nghiên cứu nào công bố kết quả của phương pháp này. Vì vậy đề tài: "Đánh giá kết quả của dẫn lưu ổ dịch qua da trong điều trị viêm tụy cấp nặng" được tiến hành với mục tiêu: Đánh giá kết quả, tai biến của kỹ thuật dẫn lưu ổ tụ dịch qua da dưới hướng dẫn CĐHA trong điều trị viêm tụy cấp nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 51 bệnh nhân viêm tụy cấp nặng được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai, từ thời điểm tháng 7/2021 đến tháng 7/2022. Tất cả các bệnh nhân đều được chụp CLVT/ siêu âm trước khi tiến hành dẫn lưu dịch/dịch viêm qua da dưới hướng dẫn CĐHA.

2. Kỹ thuật dẫn lưu

- Các bệnh nhân trong nghiên cứu được dẫn lưu bằng phương pháp Seldinger [12] hoặc "Trocar" [13] tùy từng trường hợp ổ dịch, loại sonde dẫn lưu và kinh nghiệm của bác sĩ can thiệp:

+ Kỹ thuật Seldinger: Ban đầu ổ tụ dịch được tiếp cận bằng kim 18G, sau đó **chèn** guide wire dẫn đường, tiếp đó nong tạo đường hầm, cuối cùng là chèn sonde dẫn lưu vào ổ dịch. Kỹ thuật được áp dụng với các ổ dịch nhỏ nằm sâu, khó tiếp cận, rủi ro cao.

+ Kỹ thuật "Trocac": Sử dụng ống sonde Pigtail đồng trục tích hợp sẵn: kim chọc, catheter và sonde dẫn lưu "đuôi lợn". Khi dẫn lưu, tiến hành chọc ống sonde qua da vào ổ dịch, khi đầu sonde đã vào ổ dịch, thì rút kim chọc ở lõi ống sonde ra, sau đó giữ catheter và đẩy sonde vào để đầu sonde cuộn trong ổ dịch. Kỹ thuật được áp dụng với các ổ tụ dịch lớn, dễ tiếp cận.

- Kích thước sonde: Nghiên cứu sử dụng các sonde Pigtail có kích thước 8F, 10F, 12F, 14F và catheter nọc máu 2 nòng 12F.

- Phương tiện hướng dẫn dẫn lưu:

+ Hầu hết ổ tụ dịch được dẫn lưu dưới **hướng dẫn** siêu âm (hình 1).

+ Các ổ tụ dịch nằm sâu trong ổ bụng, vị trí khó như sát hoành, gan, cạnh mạch máu lớn, thành bụng dày khó chọc ống dẫn lưu, ổ dịch nhiều vách mà còn đường tiếp cận qua siêu âm sẽ sử dụng dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm/Fluoroscopy (hình 3), ngược lại nếu ổ dịch vướng hơi nhiều không còn đường tiếp cận qua siêu âm sẽ được dẫn lưu dưới hướng dẫn CLVT (hình 2)

2. Đánh giá kết quả kỹ thuật dẫn lưu

- Thành công của kỹ thuật dẫn lưu: Sonde dẫn lưu đặt đúng vị trí (kiểm tra dưới hướng siêu âm hoặc CLVT), dịch dẫn lưu ra >50ml/24h, không gặp tai biến của dẫn lưu.

- Thất bại về kỹ thuật dẫn lưu : Sonde dẫn lưu không được đặt đúng vị trí ổ dịch, hoặc đặt đúng vị trí ổ dịch nhưng dịch dẫn lưu ra ít <50ml/24h hoặc gặp tai biến do dẫn lưu.

- Tai biến sau dẫn lưu:

+ Chảy máu sau dẫn lưu: Dịch hút ra dịch máu đông. Lâm sàng: Bệnh nhân đau bụng, triệu chứng thiếu máu cấp. Kiểm tra CLVT thấy có máu tụ trong ổ dịch.

+ Thủng ruột: Thường là đại tràng. Bệnh nhân đau nhiều sau dẫn lưu, có thể tiến triển viêm phúc mạc nếu thủng đại tràng. Kiểm tra CLVT thấy sonde đi qua ruột, khí tự do ổ bụng

- Tiêu chuẩn rút sonde dẫn lưu: khi ổ tụ dịch dẫn lưu ra <10ml/ 24h trong 3 ngày, kiểm tra lại dưới siêu âm hoặc CLVT không thấy ổ tụ dịch.

4. Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng

- Các thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân được đánh giá trong 24h trước dẫn lưu và 48-72h sau dẫn lưu:

+ Mức độ đau (Thang điểm VAS: 1-10 điểm)

+ Nhiễm trùng:

Tình trạng nhiễm trùng giảm: Bệnh nhân giảm các biểu hiện nhiễm trùng: Môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi, các xét nghiệm về tình trạng viêm, nhiễm trùng: CRP, bạch cầu, procalcitonin giảm

Tình trạng nhiễm trùng tăng lên: Bệnh nhân còn các biểu hiện nhiễm trùng, các xét nghiệm CRP, bạch cầu, procalcitonin không giảm mà còn tăng lên

+ Áp lực ổ bụng: Đo áp lực ổ bụng gián tiếp qua bàng quang, sử dụng hệ thống kín vô trùng kết nối với ống thông tiểu và túi dẫn lưu nước tiểu. Sử dụng bộ kit đo áp lực ổ bụng UnoMeter Abdo-Pressure của hãng ConvaTec, Úc. Áp lực ổ bụng thường được đo ngay trước dẫn lưu và sau dẫn lưu trong vòng 24h.

+ Thang điểm SOFA: Đánh giá 5 hệ cơ quan (hô hấp, đông máu, gan, tim mạch, thần kinh, thận), mỗi hệ có thang điểm 0-4, một hệ cơ quan có điểm ≥2 là suy hệ cơ quan đó, sau đó tính tổng 5 hệ.

- Thang điểm CTSI (CT severe index): Bệnh nhân chụp CLVT đánh giá 48-72h sau nhập viện.

- Phẫu thuật: Các bệnh nhân sau dẫn lưu không hiệu quả, tình trạng lâm sàng nặng lên được chuyển phẫu thuật cắt bỏ tụy hoại tử.

- Tử vong: Các trường hợp tử vong liên quan tới viêm tụy cấp hoặc biến chứng của viêm tụy cấp.

5. Xử lý số liệu

- Số liệu thống kê được lưu trữ và nhập liệu bằng phần mềm Excell 2013. Được xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán:

+ Giá trị trung bình, tỷ lệ phần %

+ So sánh giá trị trung bình trước và sau điều trị. Kết quả thu được có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

- Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai thực hiện trong thời gian từ tháng 07 năm 2021 đến hết tháng 07 năm 2022. Chúng tôi ghi nhận có 51 bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nặng, được dẫn lưu các ổ tụ dịch tụy, dịch tự do ổ bụng dưới hướng dẫn CĐHA

1. Kết cả nghiên cứu

a. Về đặc điểm nhóm nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là: $49,39 \pm 1,59$ tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 27 tuổi, lớn nhất là 72 tuổi. Trong đó nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40-60 tuổi với 31 bệnh nhân (53%). Tỷ lệ nam/ nữ của các bệnh nhân được nghiên cứu là 4,1 (41 nam và 10 nữ).

- Về các nguyên nhân của viêm tụy cấp của các bệnh nhân được nghiên cứu, nhiều nhất là nguyên nhân do rượu (24 bệnh nhân, chiếm 47%), xếp sau lần lượt là do tăng triglycerid (14 bệnh nhân, chiếm 27%), do sỏi mật (7 bệnh nhân, chiếm 14%) và do nguyên nhân khác (6 bệnh nhân, chiếm 12%).

- Tất cả các bệnh nhân được dẫn lưu đều là viêm tụy cấp Balthazar E

- Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân, mức điểm CTSI trung bình thu được là 7,13 điểm

b. Về kết quả kỹ thuật dẫn lưu

Bảng 1. Kết quả kỹ thuật dẫn lưu

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành công	110	97,3%
Thất bại	3	2,7%
Tổng	113	100%

- Trên tổng số 51 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có 113 lần thực hiện dẫn lưu. Tỷ lệ bệnh nhân được đặt dẫn lưu thành công chiếm 110/113 bệnh nhân (97,3%) và chỉ có 2,7% đặt dẫn lưu thất bại.

- Trên tổng số 113 lần thực hiện dẫn lưu đều không gặp phải tai biến của thủ thuật dẫn lưu

- Sau điều trị, trong 51 bệnh nhân có 4 bệnh nhân tử vong viêm tụy cấp và các biến chứng của viêm tụy cấp, chiếm tỷ lệ 7,8%.

Bảng 2. Thay đổi các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng

	Trước dẫn lưu	Sau dẫn lưu	P
Đau (Vas)	$6,36 \pm 0,18$ (3-9)	$4,46 \pm 0,25$ (1-9)	$p < 0,001$
Áp lực ổ bụng	$24,25 \pm 0,82$ (16-37)	$19,30 \pm 0,70$ (10-32)	$p < 0,001$
Điểm Sofa	$5,08 \pm 0,28$ (0-11)	$4,22 \pm 0,26$ (0-11)	$p < 0,001$

- Các chỉ số về mức độ đau (Vas), áp lực ổ bụng, thang điểm SOFA đều có giá trị sau dẫn lưu giảm so với giá trị trước dẫn lưu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê các giá trị $p < 0,05$.

Bảng 3. Tình trạng nhiễm trùng sau dẫn lưu

Tình trạng nhiễm trùng sau dẫn lưu	Số lượng
Giảm	28
Không đổi hoặc tăng	6
Nhiễm trùng mới	4

- Ở các bệnh nhân có chỉ định dẫn lưu do tình trạng nhiễm trùng, tỷ lệ nhiễm trùng giảm ở 81,2% trường hợp, chỉ có 18,8% trường hợp tình trạng nhiễm trùng nặng lên.

2. Bàn luận

a. Đặc điểm chung

- Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 27 đến 72 tuổi với độ tuổi trung bình là $49,39 \pm 1,59$ tuổi. Độ tuổi trung bình này cao hơn so với độ tuổi trong một số nghiên cứu khác về dẫn lưu trong viêm

tụy cấp của Anupam K.Singh [14] và Kifayat H. Ganaie [15] lần lượt là 38.24 ± 12.55 tuổi và 43.1 ± 21.2 tuổi. Về giới tính, tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,1. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Anupam K.Singh [14] là 2,9 và nghiên cứu của Kifayat H. Ganaie [15] là 1,5.

- Về nguyên nhân gây bệnh, các nguyên nhân chủ yếu là do rượu (chiếm 47%), tăng triglycerid (chiếm 27%), sỏi mật (chiếm 12%). Các nguyên nhân này tương tự như nghiên cứu của Hồ Yên Ca [16]: rượu (chiếm 34,86%), tăng triglycerid (chiếm 21,1%), sỏi mật (chiếm 11,93%). Tuy nhiên kết quả có khác với nghiên cứu của Mahendra K Mittal [17] với các nguyên nhân chủ yếu do sỏi (chiếm 39%), do rượu (chiếm 3%), không rõ nguyên nhân (chiếm 56%). Đây có thể là do tình trạng sử dụng bia rượu nhiều ở nước ta.

b. Kết quả kỹ thuật dẫn lưu

- Tỷ lệ thành công của kỹ thuật được quan sát thấy trong nghiên cứu của chúng tôi là 110/113 lần dẫn lưu (97,3%). Chỉ có 3 lần dẫn lưu thất bại chiếm 1,8%. Tỷ lệ thành công của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu như của Kifayat H. Ganaie [15] với tỷ lệ đặt dẫn lưu thành công là 95% và nghiên cứu của Anupam K. Singh [14] với tỷ lệ thành công là 80,8%. Có tỷ lệ đặt dẫn lưu thành công cao như vậy là nhờ các bác sĩ can thiệp có tay nghề cao, dẫn lưu được thực hiện dưới hướng dẫn của phương tiện CDHA hiện đại: siêu âm (hình 1), CLVT (hình 2), SA/ Fluoroscopy (hình 3) và đánh giá đúng về mức độ dịch hóa ổ dịch. Trong 2 lần dẫn lưu thất bại, có trường hợp dẫn lưu được tiến hành khi ổ dịch còn tăng âm nhiều trên siêu âm, chưa dịch hóa, tuy nhiên tình trạng nhiễm trùng bệnh nhân nặng, áp lực ổ bụng tăng cao do vậy chúng tôi vẫn quyết định dẫn lưu được tiến hành với mục đích giảm áp lực ổ bụng, lấy dịch làm nuôi cấy vi khuẩn, sonde Pigtail được lưu tại ổ dịch và hút áp lực âm liên tục chờ dịch hóa, tuy nhiên sau 3 ngày lượng dịch dẫn lưu không tăng. Trường hợp thất bại còn lại, sau khi dẫn lưu ra 10ml dịch nâu đậm kèm vài mảnh tổ chức đặc, lượng dịch dẫn lưu sau đó <50ml/24h, sonde bị tắc trong ngày thứ hai, tiến hành bơm rửa sonde không thành công. Chúng tôi cho rằng trường hợp này là do kích cỡ sonde nhỏ (10F,

cỡ sonde thường sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi), so với tính chất dịch hóa của ổ dịch trên siêu âm (có các thành phần tăng âm rải rác trong ổ dịch) và khi dẫn lưu đã hút ra dịch kèm vài mảnh tổ chức đặc.

- Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 4/51 bệnh nhân (7,8%). Cả 4 trường hợp tử vong đều do nguyên nhân sốc nhiễm khuẩn, trong đó có 2 trường hợp sau mổ cắt bỏ nhu mô tụy hoại tử tình trạng sốc nhiễm khuẩn không giảm. Trước đây khi dẫn lưu ổ tụy dịch/ dịch viêm chưa được tiến hành làm thường xuyên trong điều trị viêm tụy cấp nặng, tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân viêm tụy cấp nặng năm 2004 là 29% theo Bùi Văn Khích [9]. Theo Nguyễn Huyền Châu [10] tỷ lệ tử vong của bệnh nhân viêm tụy cấp nặng ở bệnh viện Chợ Rẫy là 24%. Trong nghiên cứu khác của Anupam K.Singh [14] trên 83 bệnh nhân có 31/83 bệnh nhân (37,3%) tử vong. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu kể trên, có được tỷ lệ tử vong thấp như vậy có thể do được làm với đội ngũ các bác sĩ can thiệp, bác sĩ hồi sức giàu kinh nghiệm, công cụ chẩn đoán hình ảnh hướng dẫn dẫn lưu ngày các hiện đại, phác đồ điều trị được chuẩn hóa theo Bộ Y Tế. Và kỹ thuật dẫn lưu ổ dịch qua da cũng góp phần cùng với các phương pháp điều trị khác làm giảm tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân viêm tụy cấp nặng so với trước đây.

- Tất cả các trường hợp được dẫn lưu đều không gặp các tai biến do thủ thuật khi dẫn lưu như trong y văn: chảy máu, thủng ruột, dò tụy. Trong khi đó các nghiên cứu khác thường gặp một số tai biến như là trong nghiên cứu của Anupam K. Singh [14] tỷ lệ chảy máu và thủng ruột đều là 3,6%, nghiên cứu của Mahendra K Mittal [17] tỷ lệ chảy máu là 6%.

c. Về thang điểm CTSI

- Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều là viêm tụy cấp Balthazar E với nhiều ổ dịch tụy trong ổ bụng. Mức điểm CTSI trung bình của các bệnh nhân là 7,13 điểm. Thang điểm CTSI là một thông số có ý nghĩa trong dự báo tỷ lệ mức độ nặng và tử vong của bệnh nhân viêm tụy cấp. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi (7,8%) thấp hơn một số nghiên cứu khác có mức điểm CTSI tương đương. Trong nghiên cứu của

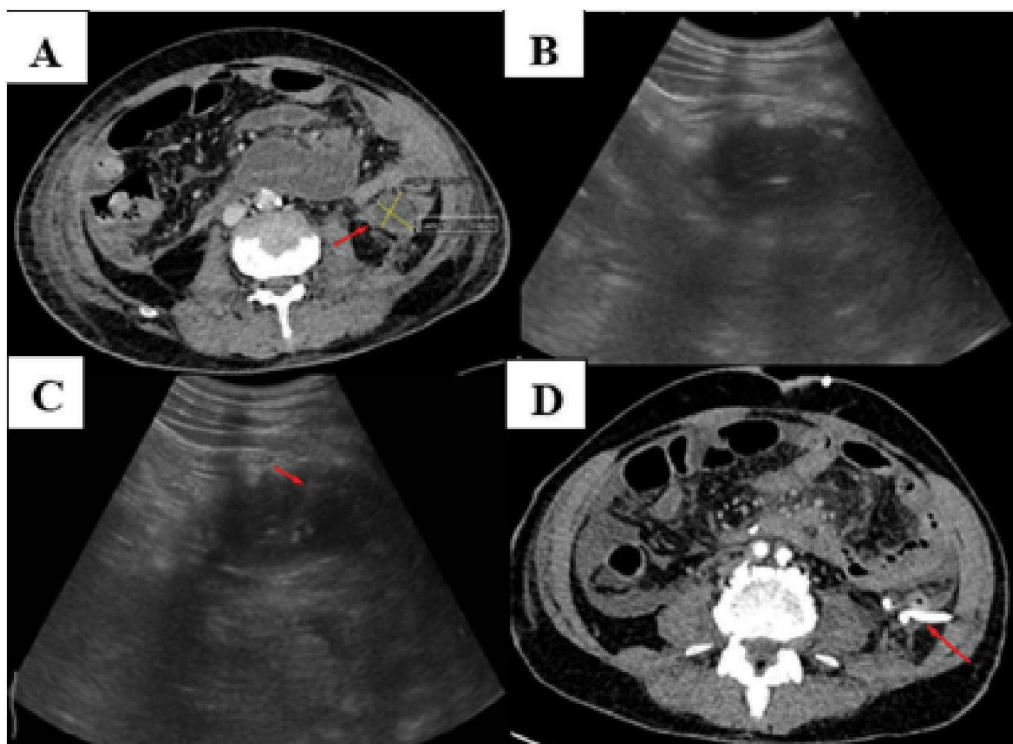
Patrick W Vriens [18], các bệnh nhân có mức điểm CTSI từ 7-10 có tỷ lệ tử vong là 33%. Nghiên cứu khác của Mohd Altaf Mir [19] tiến hành nghiên cứu hồi cứu trên 350 bệnh nhân, mức điểm CTSI từ 7-10 điểm có tỷ lệ tử vong 17%.

d. Về các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng

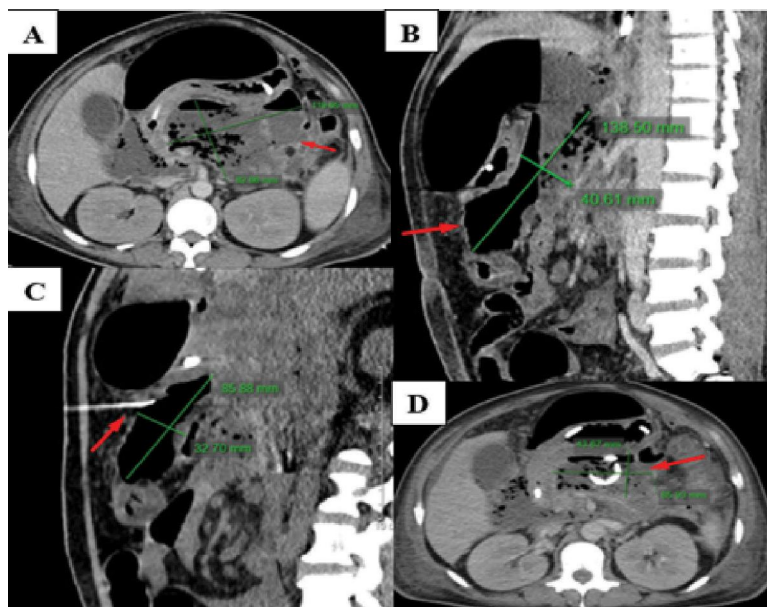
- Dẫn lưu ổ tụ dịch cho thấy hiệu quả khi sau khi dẫn lưu, với mức độ đau và thang điểm SOFA được cải thiện so với trước dẫn lưu, có ý nghĩa thống kê với các giá trị $p < 0,05$. Thang điểm SOFA đánh giá suy đa tạng, qua đó mức độ nặng của bệnh nhân giảm sau điều trị, với suy mỗi hệ cơ quan các điều trị khác nhau như hồi sức, điều trị giảm đau, lọc máu, hỗ trợ hô hấp... Việc đánh giá hiệu quả điều trị là tổng hợp của nhiều phương pháp và dẫn lưu ổ bụng cũng có vai trò đóng góp nhất định vào quá trình điều trị thành công đó.

- Sau dẫn lưu, áp lực ổ bụng trung bình là $19,30 \pm 0,70$ mmHg giảm so với áp lực ổ bụng trung bình trước dẫn lưu $24,25 \pm 0,82$ mmHg, với $p < 0,001$. Trong nghiên cứu của Singh [6] áp lực ổ bụng giảm từ $21,85 \pm 4,53$ mmHg xuống $12,68 \pm 2,72$ mmHg ở nhóm bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng, giảm nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân không có tăng áp lực ổ bụng. Kết quả thu được của chúng tôi giống với các nghiên cứu trên, việc dẫn lưu ổ dịch viêm tụy sẽ làm giảm áp lực ổ bụng, qua đó làm giảm tỷ lệ tử vong của bệnh nhân.

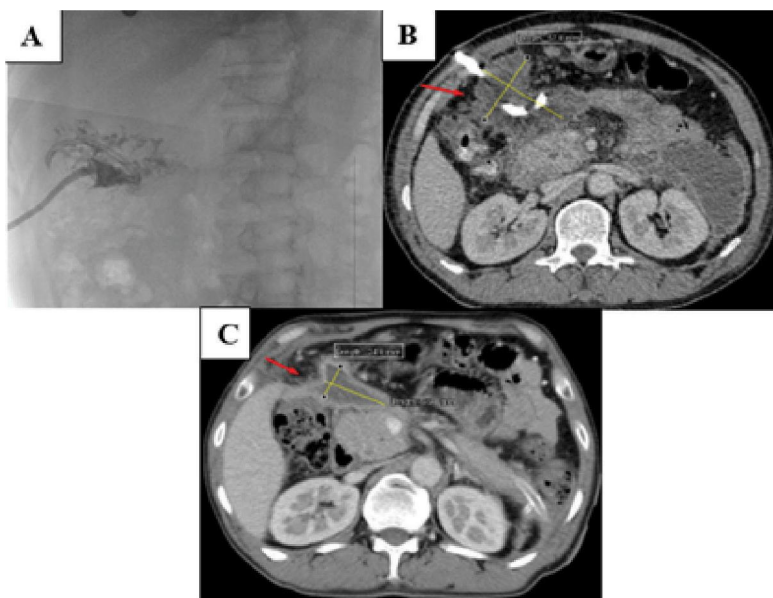
- Trong 32 bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng trước dẫn lưu, phần lớn tình trạng nhiễm trùng được cải thiện 28/51 (54,9%) lưu và chỉ có 4/51 (7,8%) trường hợp nhiễm trùng mới xuất hiện trên tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Wroński [20], giảm tình trạng nhiễm trùng ở 33% bệnh nhân.



Hình 1. Dẫn lưu ổ tụ dịch dưới hướng dẫn Fluoroscopy có đầu sonde, bơm thuốc cản quang thấy ổ dịch không thông với ống tiêu hóa (A). Hình ảnh CLVT ổ bụng có tiêm hướng axial sau 2 ngày thấy đầu sonde nằm trong ổ dịch (mũi tên) kích thước lớn (B). Hình ảnh CLVT ổ bụng có tiêm hướng axial sau 7 ngày thấy ổ dịch (mũi tên) giảm kích thước rõ (C).



Hình 2. Ổ dịch-khí hậu cung mạc nối(mũi tên) trước khi dẫn lưu ở bệnh nhân nam 32 tuổi, trên CLVT ổ bụng có tiêu hướng axial (A). Ổ dịch vị trí hậu cung mạc nối có nhiều khí trên CLVT ổ bụng có tiêu hướng sagital (B), không có đường tiếp cận dưới siêu âm. Ổ dịch được dẫn lưu dưới hướng dẫn CLVT với đường vào phía dưới dạ dày, sonde hướng về ổ dịch (C). Ổ dịch khí với đầu sonde dẫn lưu cuộn bên trong, kích thước giảm trên phim CLVT ổ bụng hướng axil chụp lại sau 5 ngày (D).



Hình 3. Dẫn lưu ổ tụ dịch dưới hướng dẫn Fluoroscopy có đầu sonde, bơm thuốc cản quang thấy ổ dịch không thông với ống tiêu hóa (A). Hình ảnh CLVT ổ bụng có tiêu hướng axial sau 2 ngày thấy đầu sonde nằm trong ổ dịch (mũi tên) kích thước lớn (B). Hình ảnh CLVT ổ bụng có tiêu hướng axial sau 7 ngày thấy ổ dịch (mũi tên) giảm kích thước rõ (C).

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 51 bệnh nhân, với tỷ lệ thành công của kỹ thuật lên tới 97,3% và không bệnh nhân nào gặp tai biến do chúng tôi thấy rằng việc dẫn lưu qua da

dưới hướng dẫn CĐHA với các ổ tụ dịch tự do, dịch viêm trong viêm tụy cấp nặng là Kỹ thuật an toàn, tỉ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mahapatra S.J. và Garg P.K. (2019). Management of pancreatic fluid collections in patients with acute pancreatitis. *Journal of Pancreatology*, 2(3), 82–90.
2. Sugimoto M., Takada T., Yasuda H. và cộng sự. (2006). The lethal toxicity of pancreatic ascites fluid in severe acute necrotizing pancreatitis. *Hepatogastroenterology*, 53(69), 442–446.
3. Zerem E., Imamovic G., Omerović S. và cộng sự. (2009). Randomized controlled trial on sterile fluid collections management in acute pancreatitis: should they be removed?. *Surg Endosc*, 23(12), 2770–2777.
4. He W.-H., Xion Z.-J., Zhu Y. và cộng sự. (2019). Percutaneous Drainage Versus Peritoneal Lavage for Pancreatic Ascites in Severe Acute Pancreatitis: A Prospective Randomized Trial. *Pancreas*, 48(3), 343–349.
5. Zerem E., Kunosic S., Zerem D. và cộng sự. (2020). Benefits of Abdominal Paracentesis Drainage Performed Ahead of Percutaneous Catheter Drainage as a Modification of the Step-Up Approach in Acute Pancreatitis With Fluid Collections. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*, 83, 285–293.
6. Singh A.K., Samanta J., Dawra S. và cộng sự. (2020). Reduction of intra-abdominal pressure after percutaneous catheter drainage of pancreatic fluid collection predicts survival. *Pancreatology*, 20(4), 772–777.
7. Heckler M., Hackert T., Hu K. và cộng sự. (2021). Severe acute pancreatitis: surgical indications and treatment. *Langenbecks Arch Surg*, 406(3), 521–535.
8. Nguyễn Gia Bình 2016, Đề tài cấp nhà nước *Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật lọc máu hiện đại trong cấp cứu, điều trị một số bệnh*, .
9. Bùi Văn Khích (2004). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp nặng ở khoa hồi sức tích cực viện Bạch Mai. *Luận văn CKII, Đại Học Y Hà Nội*.
10. Nguyễn Huyền Châu, Trần Văn Huy 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. *Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế*.
11. Compañy L., Sáez J., Martínez J. và cộng sự. (2003). Factors Predicting Mortality in Severe Acute Pancreatitis. *Pancreatology*, 3(2), 144–148.
12. Funaki B. (2006). Catheter Drainage: Seldinger Technique. *Semin Intervent Radiol*, 23(1), 109–113.
13. Turan H.G., Özdemir M., Acu R. và cộng sự. (2017). Comparison of seldinger and trocar techniques in the percutaneous treatment of hydatid cysts. *World J Radiol*, 9(11), 405–412.
14. Singh A.K., Samanta J., Gulati A. và cộng sự. (2021). Outcome of percutaneous drainage in patients with pancreatic necrosis having organ failure. *HPB*, 23(7), 1030–1038.
15. Ganaie K.H., Choh N.A., Parry A.H. và cộng sự. (2021). The effectiveness of image-guided percutaneous catheter drainage in the management of acute pancreatitis-associated pancreatic collections. *Pol J Radiol*, 86, e359–e365.

16. Hồ Yên Ca (2017). Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng. .
 17. Mittal M.K. (2020). The Efficacy of Percutaneous Catheter Drainage in the Management of Acute Pancreatitis and the Factors /Affecting the Outcome of the Therapy. 6.
 18. Vriens P.W., van de Linde P., Slotema E.T. và cộng sự. (2005). Computed tomography severity index is an early prognostic tool for acute pancreatitis. *J Am Coll Surg*, 201(4), 497–502.
 19. Mir M.A., Bali B.S., Mir R.A. và cộng sự. (2013). Assessment of the severity of acute pancreatitis by contrast-enhanced computerized tomography in 350 patients. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 19(2), 103–108.
 20. Wroński M., Cebulski W., Karkocha D. và cộng sự. (2013). Ultrasound-guided percutaneous drainage of infected pancreatic necrosis. *Surg Endosc*, 27(8), 2841–2848.
-

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả, tai biến của kỹ thuật dẫn lưu ổ tụy dịch qua da dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh trong điều trị viêm tụy cấp nặng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tổng số 51 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp nặng tại bệnh viện Bạch Mai từ 7/2021 đến 7/2022 được điều trị bằng phương pháp dẫn lưu ổ tụy dịch qua da.

Kết quả: 51 bệnh nhân gồm 41 nam và 10 nữ, với độ tuổi từ 27 đến 72 tuổi, tỷ lệ thành công của kỹ thuật dẫn lưu là 97,3%, tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 7,8% và không trường hợp nào gặp tai biến sau dẫn lưu. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giảm có ý nghĩa thống kê so với trước dẫn lưu.

Kết luận: Việc dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh với các ổ tụy dịch tự do, dịch viêm trong viêm tụy cấp nặng là kỹ thuật an toàn, tỉ lệ thành công cao.

Người liên hệ: Đào Duy Tùng, Email: doctort2412@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/9/2022. Ngày gửi thẩm định: 18/9/2022. Ngày chấp nhận đăng: 30/9/2022