

**SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ I**

PHẠM HỒNG TRƯỜNG

**ĐÁNH GIÁ NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ
ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY CẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN
QUAN TẠI KHOA NỘI TIÊU HOÁ
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ I NĂM 2026**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh - 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ I

ĐÁNH GIÁ NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ
ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ
LIÊN QUAN TẠI KHOA NỘI TIÊU HOÁ
BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ I NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Phạm Hồng Trường

Bắc Ninh – 2026

Mục lục

Đặt Vấn đề.....	1
Chương 1: Tổng quan tài liệu	4
1.1. Khái quát về viêm tụy cấp.....	4
1.2. Dịch tễ học	4
1.3. Nguyên nhân	5
1.4. Chẩn đoán, phân loại và biến chứng viêm tụy cấp	7
1.5. Kết quả điều trị viêm tụy cấp	10
1.7. Một số nghiên cứu trên thế giới và ở việt nam	16
1.8. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu	19
Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	20
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	20
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	21
2.3. Thiết kế nghiên cứu.....	21
2.4. Cỡ mẫu	21
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	21
2.6. Các bước tiến hành thu thập số liệu	21
2.7. Các biến số và chỉ số nghiên cứu	22
2.8. Các tiêu chuẩn đánh giá	26
2.5. Xử lý và phân tích số liệu	30
Chương 3: Dự kiến kết quả nghiên cứu	31
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	31
3.2. Đặc điểm nguyên nhân, lâm sàng và cận lâm sàng	32
3.3. Kết quả điều trị và mối liên quan đến kết quả điều trị.....	36
Dự kiến: Bàn luận, kết luận và khuyến nghị.....	36
Tài liệu tham khảo	

Danh mục chữ viết tắt

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
ACG	American College of Gastroenterology	Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ
ALF	Acute Liver Failure	Suy gan cấp
ALT	Alanine Aminotransferase	Men gan ALT
AP	Acute Pancreatitis	Viêm tụy cấp
APACHE II	Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II	Thang điểm đánh giá mức độ nặng và tiên lượng
APA	American Pancreatic Association	Hiệp hội Tụy Hoa Kỳ
AST	Aspartate Aminotransferase	Men gan AST
BISAP	Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis	Chỉ số đánh giá mức độ nặng viêm tụy cấp
BMI	Body Mass Index	Chỉ số khối cơ thể
BUN	Blood Urea Nitrogen	Nitơ ure máu
CRP	C-Reactive Protein	Protein phản ứng C
CT	Computed Tomography	Chụp cắt lớp vi tính
ERCP	Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography	Nội soi mật tụy ngược dòng
HSTC-CD		Hội sức tích cực – Chống độc
ICU	Intensive Care Unit	Đơn vị hội sức tích cực
MODS	Multiple Organ Dysfunction Syndrome	Hội chứng suy đa cơ quan
MRI	Magnetic Resonance Imaging	Cộng hưởng từ

SIRS	Systemic Inflammatory Response Syndrome	Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences	Phần mềm thống kê SPSS
TG	Triglycerid	Triglycerid
UI	International Unit	Đơn vị quốc tế
VTC		Viêm tụy cấp

Danh mục bảng

Bảng 1.1. Bảng phân loại mức độ nặng của VTC theo Atlanta 2012.....	9
Bảng 3.1: Phân bố theo tuổi, giới.....	31
Bảng 3.2: Phân bố theo tiền sử và tuổi kèm theo.....	32
Bảng 3.3: Phân bố theo nguyên nhân gây viêm tụy cấp	32
Bảng 3.4: Triệu chứng cơ năng.....	33
Bảng 3.5. Triệu chứng toàn thân.....	33
Bảng 3.6. Đặc điểm huyết học và men tụy	34
Bảng 3.7. Đặc điểm về sinh hóa.....	34
Bảng 3.8. Đặc điểm hình ảnh học.	35
Bảng 3.9. Phân loại theo Atlanta 2012.....	35
Bảng 3.10. Thời gian nằm viện.....	35
Bảng 3.11. Biến chứng trong quá trình điều trị	36
Bảng 3.12. Kết quả điều trị	35
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa nguyên nhân và kết quả điều trị.	37
Bảng 3.14. Mối liên quan giữa mức độ viêm tụy và kết quả điều trị	37
Bảng 3.15. Mối liên quan giữa tuổi, giới với kết quả điều trị.....	38
Bảng 3.16. Mối liên quan giữa bệnh kèm theo với kết quả điều trị.....	38
Bảng 3.17: Mối liên quan giữa xét nghiệm cận lâm sàng với kết quả điều trị	39

Danh mục các biểu đồ

Đặt vấn đề

Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy, có thể lan đến các mô ngoài tụy. VTC là một bệnh phổ biến và là nguyên nhân nhập viện hàng đầu trong số các rối loạn tiêu hóa ở Mỹ, chiếm hơn 200.000 ca nhập viện mỗi năm. Tỷ lệ tử vong của viêm tụy cấp dao động từ 3% ở bệnh nhân viêm tụy cấp thể phù nề đến 20% ở viêm tụy cấp thể hoại tử. Ở Việt Nam, viêm tụy cấp ngày càng phổ biến với tần suất mắc vào khoảng 25 - 75 trường hợp/100.000 dân/năm, trong đó 10-30% là viêm tụy cấp nặng [3].

Nguyên nhân gây viêm tụy cấp rất đa dạng, trong đó thường gặp nhất là rượu, sỏi mật và tăng triglycerid máu, chiếm khoảng 70–80% các trường hợp. Tỷ lệ phân bố các nguyên nhân này có sự khác biệt giữa các quốc gia, vùng miền và có xu hướng thay đổi theo thời gian, liên quan đến lối sống và sự gia tăng các bệnh lý chuyển hóa như béo phì, đái tháo đường và rối loạn lipid máu [1],[19]. Các nghiên cứu trong nước cho thấy viêm tụy cấp do rượu vẫn chiếm tỷ lệ cao, trong khi viêm tụy cấp do tăng triglycerid và sỏi mật có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây [1], [6].

Việc xác định nguyên nhân viêm tụy cấp có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, điều trị và dự phòng tái phát. Nguyên nhân bệnh ảnh hưởng trực tiếp đến chiến lược điều trị đặc hiệu, như nội soi mật tụy ngược dòng trong viêm tụy cấp do sỏi mật hoặc thay huyết tương trong viêm tụy cấp do tăng triglycerid nặng [16]. Đồng thời, điều trị triệt để nguyên nhân giúp giảm đáng kể nguy cơ tái phát viêm tụy cấp và cải thiện kết quả điều trị [19].

Bên cạnh nguyên nhân, kết quả điều trị viêm tụy cấp còn chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố liên quan như tuổi, bệnh lý kèm theo, tình trạng đáp ứng viêm toàn thân và các chỉ số cận lâm sàng. Một số nghiên cứu ghi nhận viêm tụy cấp do tăng triglycerid có xu hướng diễn biến nặng hơn và tỷ lệ nhập hồi sức tích cực cao hơn so với các nguyên nhân khác, tuy nhiên kết quả giữa các nghiên cứu vẫn chưa thống nhất [4].

Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu về viêm tụy cấp được thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương, trong khi dữ liệu tại bệnh viện tuyến tỉnh còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu đánh giá đồng thời nguyên nhân và các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Trong thực tế, bệnh viện tuyến tỉnh tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân viêm tụy cấp với đặc điểm lâm sàng đa dạng, song việc nhận diện sớm nguyên nhân và các yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến kết quả điều trị vẫn còn nhiều khó khăn.

Tại khoa Nội tiêu hóa – Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 1, viêm tụy cấp là bệnh lý nội trú thường gặp theo thống kê trên phần mềm bệnh viện năm 2024 số bệnh nhân viêm tụy cấp điều trị tại khoa Nội tiêu hóa là 213 bệnh nhân và năm 2025 đến hết tháng 11 là 226 bệnh nhân và nguyên nhân viêm tụy cấp cũng rất đa dạng nhưng hay gặp là viêm tụy cấp do tăng triglycerid và diễn biến nặng cũng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như nguyên nhân gây bệnh, tuổi, giới, bệnh kèm theo và một số chỉ số cận lâm sàng khác. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá nguyên nhân và kết quả điều trị viêm tụy cấp và một số yếu tố liên quan tại khoa Nội tiêu hoá Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 1 năm 2026”.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Xác định một số nguyên nhân gây viêm tụy cấp điều trị tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 1 năm 2026.
2. Đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại khoa Nội tiêu hoá Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 1 năm 2026.

Chương 1

Tổng quan tài liệu

1.1 Khái quát về viêm tụy cấp

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy, đặc trưng bởi sự hoạt hóa sớm các men tiêu hóa trong nhu mô tụy, dẫn đến tổn thương tụy và các mô xung quanh. Bệnh có thể diễn biến nhanh, gây rối loạn toàn thân và suy đa cơ quan. Viêm tụy cấp là một trong những nguyên nhân nhập viện thường gặp nhất trong các bệnh lý tiêu hóa cấp tính và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong trong nhóm bệnh lý ổ bụng cấp [3].

Theo phân loại Atlanta sửa đổi năm 2012, viêm tụy cấp được chẩn đoán khi có ít nhất hai trong ba tiêu chuẩn sau:

Đau bụng cấp tính điển hình của viêm tụy cấp;

Amylase và/hoặc lipase máu tăng ≥ 3 lần giới hạn trên của bình thường;

Hình ảnh viêm tụy cấp trên siêu âm, CT scanner hoặc MRI [8].

1.2. Dịch tễ viêm tụy cấp

Tỷ lệ mắc viêm tụy cấp có xu hướng gia tăng trên toàn cầu trong những thập kỷ gần đây. Theo Yadav và Lowenfels, tỷ lệ mắc viêm tụy cấp dao động từ 13–45/100.000 dân mỗi năm, với sự khác biệt rõ rệt giữa các khu vực địa lý [19]. Sự gia tăng này được cho là liên quan đến thay đổi lối sống, tiêu thụ rượu bia, chế độ ăn giàu chất béo và sự gia tăng các bệnh lý chuyển hóa.

Tại Việt Nam, viêm tụy cấp là một trong những nguyên nhân nhập viện thường gặp tại các khoa Nội tiêu hóa và Hồi sức tích cực. Các nghiên cứu trong nước cho thấy số ca viêm tụy cấp ngày càng tăng, đặc biệt là các trường hợp liên quan đến rượu và rối loạn chuyển hóa lipid [1],[4].

1.3. Nguyên nhân gây viêm tụy cấp

1.3.1. Sỏi mật

- Sỏi mật chiếm 45% các trường hợp viêm tụy cấp [3]
- Viêm tụy cấp chỉ phát triển ở 3-7% bệnh nhân bị sỏi mật
- Ngoài ra, sỏi vi thể (sỏi < 3mm) và bùn (mảnh vụn mật) gây viêm tụy cấp.
- Sỏi mật gây viêm tụy cấp bằng cách làm tắc nghẽn ống tụy hoặc do trào ngược dịch mật hoặc các mảnh vụn từ ống mật vào ống tụy.
- Sỏi mật gây viêm tụy cấp hay gặp ở vị trí túi mật, thường là nữ giới, 50-60 tuổi. Xét nghiệm nồng độ alanine aminotransferase (ALT) cao hơn 3 lần so với giới hạn trên là gợi ý mạnh mẽ viêm tụy cấp do sỏi mật.

1.3.2. Rượu, bia

- Rượu chiếm 30-35% số ca viêm tụy cấp [3].
- Viêm tụy cấp thường xảy ra sau khi uống rượu say. Khoảng 10% người nghiện rượu nặng sẽ bị viêm tụy cấp [3].
- Người bị viêm tụy cấp do rượu có thể trở thành bệnh viêm tụy mạn tính tiềm ẩn.

1.3.3. Tăng Triglycerid máu:

- Tăng triglycerid máu (nồng độ triglycerid huyết thanh cao hơn 1000mg/dL). Là nguyên nhân phổ biến thứ ba, chiếm 3 - 5% trường hợp viêm tụy cấp. Cơ chế được cho là do acid béo tự do gây ra tổn thương nội mạch máu nhỏ nuôi tụy, dẫn đến vỡ mạch máu và làm tổn thương tụy. Điều trị bằng heparin và insulin, lọc huyết tương cho kết quả tốt [3].

1.3.4. Nguyên nhân khác

- Bệnh cường cận giáp/ tăng canxi máu: khoảng 7-10% bệnh nhân cường cận giáp nguyên phát bị viêm tụy cấp. Cơ chế được cho là do tăng canxi máu, kích thích bài tiết enzyme tụy [3].
- Thuốc (ví dụ: asparaginase, azathioprine, 6-mercaptopurin, cytarabine, exatanide, didanosine, enalapril, estrogen và tamoxifen, liraglutide, mesalamine, methyldopa, metronidazole, thuốc chống viêm không steroid bao gồm sulindac,

pentamidine, procainamide, sitagliptin, sulfonamid, tetracycline, thiazide, axit valproic). Là nguyên nhân hiếm gặp gây viêm tụy cấp, chiếm khoảng 1,4 – 2 % [3].

- Bệnh viêm loét dạ dày tá tràng: loét hang vị hoặc tá tràng có thể ăn mòn thành tụy, xâm nhập vào tụy và gây viêm tụy cấp.

- Các bệnh về mạch máu (ví dụ, viêm đa động mạch nốt, bệnh lupus ban đỏ hệ thống, tổn thương do thiếu máu cục bộ ở tuyến tụy) [3].

1.3.5. Nguyên nhân giải phẫu

- Tụy phân đôi: là bất thường về giải phẫu khi ống Wirsung chỉ dẫn lưu một phần tụy bụng qua Papilla, trong khi đó ống Santorini lại dẫn lưu phần lớn tụy lưng qua lỗ tụy phụ, gặp ở 7 % dân số. Viêm tụy xảy ra ở 15-20 % số người bị tụy phân đôi [3].

- Tụy hình vòng.

- Chỗ nối tụy - mật bất thường.

- Rối loạn chức năng cơ vòng Oddi: do xơ hóa và /hoặc viêm cơ vòng, hoặc do co thắt cơ vòng làm tắc nghẽn ống tụy chính gây viêm tụy cấp. Tiêu chuẩn vàng là đo áp lực cơ vòng Oddi trong ERCP, đo áp suất đường mật, tuy nhiên gây nguy cơ viêm tụy cấp nên ít được thực hiện [3].

- Bất thường vùng tá tràng: viêm tá tràng, polyp quanh bóng vater và túi thừa quanh bóng vater có thể gây nên viêm tụy cấp tái phát. Nội soi cắt cơ vòng Oddi là phương pháp điều trị được lựa chọn cho viêm tụy tái phát liên quan đến túi thừa quanh bóng vater [3].

1.3.6. Nguyên nhân di truyền

Những điều này có thể liên quan đến đột biến của viêm tụy mạn.

- Bệnh xơ nang.

- Viêm tụy di truyền:

+ Protease serine 1 (PRSS1) (còn gọi là trypsinogen cation): do đột biến trong gen PRSS1 làm cho trypsinogen kháng lại khả năng tự phân hủy, dẫn đến kích

hoạt trypsinogen trong tuyến tụy. Phần lớn các trường hợp do di truyền loại này (60–80%) gây ra viêm tụy cấp.

+ Chất ức chế protease huyết thanh Kazal loại 1 (SPINK1): đột biến gen SPINK1, mã hóa cho chất ức chế trypsin, dẫn đến kích hoạt trypsin trong tuyến tụy [3].

1.3.7. Nguyên nhân do điều trị

- Chụp đường mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP): viêm tụy cấp xảy ra 5% số ca ERCP chẩn đoán và có 25% số người bị rối loạn chức năng cơ vòng Oddi sau ERCP. Tăng amylase máu không triệu chứng xảy ra ở 35-70% bệnh nhân sau thủ thuật [3].

- Sinh thiết tụy: VTC là một biến chứng của chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm nội soi (EUS-FNA), xảy ra ở 2% bệnh nhân [3].

- Nội soi ruột non bóng kép: viêm tụy cấp xảy ra ở khoảng 1% sau thủ thuật này [3].

1.4. Chẩn đoán, phân loại và biến chứng viêm tụy cấp

1.4.1. Chẩn đoán xác định viêm tụy cấp [3]

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định VTC dựa theo tiêu chuẩn Atlanta năm 2012

- Lâm sàng: Đau thượng vị đột ngột, đau dữ dội, đau xuyên ra sau lưng, buồn nôn, nôn.

- Cận lâm sàng: Amylase và/hoặc lipase máu tăng cao trên 3 lần mức giới hạn trên của giá trị bình thường

Chẩn đoán hình ảnh: Có hình ảnh điển hình của VTC trên siêu âm bụng hoặc cắt lớp vi tính ổ bụng:

+ Siêu âm bụng: tụy to toàn bộ hoặc từng phần (đầu, thân hoặc đuôi), đường viền xung quanh tụy không rõ ràng, mật độ echo không đều, giảm âm hoặc âm vang hỗn hợp, có thể có dịch quanh tụy và các khoang trong ổ bụng.

+ Cắt lớp vi tính ổ bụng: tụy to ra hoặc bình thường, bờ không đều có thể có hình ảnh ổ hoại tử, cho biết mức độ tổn thương quanh tụy hoặc xa tụy.

1.4.2. Phân loại viêm tụy cấp [3]

- Phân loại cổ điển dựa vào giải phẫu bệnh chia VTC thành 2 loại là: VTC thể phù nề và VTC thể hoại tử

- Theo phân loại Atlanta (1992) VTC chia thành 2 thể nặng và nhẹ:

+ Thể nặng: VTC kèm theo một hoặc nhiều các biến chứng toàn thân hoặc tại chỗ nặng.

+ Thể nhẹ: Không bao gồm các biến chứng của thể nặng và có thể tự hồi phục.

- Các biến chứng tại chỗ bao gồm:

+ Hoại tử tụy.

+ Nang giả tụy.

+ Áp xe tụy.

- Các biến chứng toàn thân bao gồm:

+ Suy hô hấp: PO₂ < 60mmHg, đòi hỏi liệu pháp oxy quá 24h hoặc phải thở máy.

+ Suy tuần hoàn: HA tâm thu <80mmHg kéo dài hơn 15 phút.

+ Suy thận: Creatinin huyết thanh >2mg% (176,8 micromol/l) sau khi bù đủ dịch và không có suy thận từ trước.

+ Xuất huyết tiêu hóa: Nôn ra máu, đi ngoài phân đen, sonde dạ dày có lẫn máu.

- Dựa trên nền tảng là bảng phân loại Atlanta 1992 đã sửa đổi 2012

Bảng 1.1 Bảng phân loại mức độ nặng của viêm tụy cấp theo Atlanta 1992 đã sửa đổi 2012 [8]

<i>Atlanta 1992</i>	<i>Atlanta 2012</i>
<i>Viêm tụy cấp nhẹ</i>	<i>Viêm tụy cấp nhẹ</i>

Không có suy cơ quan hoặc biến chứng tại chỗ hoặc hệ thống	Không có suy cơ quan hoặc biến chứng tại chỗ hoặc hệ thống
<p><i>Viêm tụy cấp nặng</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Biến chứng tại chỗ và/hoặc - Suy cơ quan <p>Chảy máu tiêu hóa (<500ml/24h)</p> <p>Sốc – HA tâm thu < 90mmHg</p> <p>PaO₂ < 60 mmHg</p> <p>Creatinin ≥2 mg/dl</p>	<p><i>Viêm tụy cấp trung bình</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Có biến chứng tại chỗ hoặc hệ thống - Suy cơ quan thoáng qua ≤ 48h
	<p><i>Viêm tụy cấp nặng</i></p> <p>Suy một hoặc nhiều cơ quan liên tục >48h</p>

1.4.3. Biến chứng viêm tụy cấp [3]

a. Biến chứng tại chỗ:

- Ổ tụ dịch hoại tử và nhiễm khuẩn tụy.
- Nang giả tụy.
- Áp xe tụy, dò ống tụy vào ổ bụng.
- Tổn thương mạch máu, chảy máu.

b. Biến chứng toàn thân:

- Suy hô hấp.
- Suy tuần hoàn.
- Suy thận.
- Xuất huyết tiêu hóa.
- Đông máu rải rác trong lòng mạch.

1.5. Kết quả điều trị viêm tụy cấp

1.5.1. Các tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

Kết quả điều trị VTC thường được đánh giá thông qua các nhóm tiêu chí sau:

a. Kết quả lâm sàng

- Hết đau bụng
- Ổn định huyết động
- Hết sốt
- Không còn biểu hiện suy tạng
- Thời gian nằm viện

Ở thể nhẹ, triệu chứng thường cải thiện sau 3–5 ngày điều trị nội khoa tích cực. Ở thể nặng, thời gian điều trị có thể kéo dài nhiều tuần [3].

b. Kết quả cận lâm sàng

- Giảm dần amylase/lipase máu
- Cải thiện bạch cầu, CRP
- Ổn định chức năng gan, thận
- Hình ảnh học: giảm phù nề tụy, không tiến triển hoại tử
- CRP >150 mg/L trong 48 giờ đầu liên quan đến nguy cơ diễn tiến nặng và tiên lượng xấu [3].

1.5.2. Kết quả điều trị theo nguyên nhân

Nguyên nhân gây bệnh ảnh hưởng đáng kể đến kết quả [3]:

a. Viêm tụy cấp do sỏi mật

- Chiếm tỷ lệ cao nhất.
- Tiên lượng thường tốt nếu được can thiệp sớm.
- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) sớm trong trường hợp có tắc mật giúp cải thiện tiên lượng.

b. Viêm tụy cấp do rượu

- Thường gặp ở nam giới.
- Nguy cơ tái phát cao nếu không cai rượu.
- Có xu hướng diễn tiến nặng hơn khi tái phát nhiều lần.

c. Viêm tụy cấp do tăng triglycerid

- Liên quan mức triglycerid >11,3 mmol/L.

- Dễ diễn tiến nặng.

- Cần điều trị tích cực bằng insulin truyền tĩnh mạch hoặc lọc huyết tương trong trường hợp nặng.

1.6. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị viêm tụy cấp.

1.6.1. Nguyên nhân viêm tụy cấp

Viêm tụy cấp là bệnh lý thường gặp của hệ tiêu hóa, có diễn biến lâm sàng rất đa dạng, từ thể nhẹ tự hồi phục đến thể nặng với nhiều biến chứng nguy hiểm và tỷ lệ tử vong cao. Nhiều nghiên cứu cho thấy nguyên nhân gây viêm tụy cấp có vai trò quan trọng trong việc quyết định mức độ nặng, biến chứng và kết quả điều trị [16], [8].

Sỏi mật là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây viêm tụy cấp. Cơ chế bệnh sinh chủ yếu do sỏi hoặc bùn mật gây tắc nghẽn bóng Vater, dẫn đến ứ trệ dòng chảy dịch tụy và hoạt hóa sớm các men tụy trong nhu mô tụy. Phần lớn các trường hợp viêm tụy cấp do sỏi mật có diễn biến nhẹ đến trung bình và tiên lượng tương đối tốt nếu được chẩn đoán và xử trí sớm. Khi nguyên nhân tắc nghẽn được giải quyết kịp thời bằng điều trị nội khoa hoặc can thiệp như ERCP, tỷ lệ biến chứng và tử vong thường thấp [17]. Tuy nhiên, nếu trì hoãn xử trí hoặc tắc nghẽn kéo dài, bệnh có thể tiến triển nặng và làm xấu kết quả điều trị.

Viêm tụy cấp do rượu thường gặp ở bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu kéo dài. Rượu và các chất chuyển hóa của rượu gây tổn thương trực tiếp tế bào nang tụy, làm tăng tiết men tụy và gây tắc nghẽn vi thể ống tụy. So với viêm tụy cấp do sỏi mật, viêm tụy cấp do rượu có xu hướng diễn tiến nặng hơn, thời gian điều trị kéo dài và tỷ lệ tái phát cao, đặc biệt ở những bệnh nhân không cai rượu sau đợt cấp [19]. Một số nghiên cứu trong nước cũng ghi nhận tỷ lệ viêm tụy cấp nặng và biến chứng cao hơn ở nhóm bệnh nhân có nguyên nhân do rượu [1].

Tăng triglycerid máu là nguyên nhân ngày càng được quan tâm trong những năm gần đây, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng các rối loạn chuyển hóa. Khi nồng độ

triglycerid máu tăng cao, các acid béo tự do được giải phóng gây độc trực tiếp cho tế bào tụy và vi tuần hoàn tụy. Viêm tụy cấp do tăng triglycerid thường diễn tiến nặng, dễ xuất hiện hoại tử tụy, suy đa cơ quan và kéo dài thời gian nằm viện, do đó kết quả điều trị thường kém thuận lợi hơn so với các nguyên nhân khác [6]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng cho thấy viêm tụy cấp do tăng triglycerid có tỷ lệ thể nặng cao và thời gian điều trị kéo dài [6].

Ngoài các nguyên nhân thường gặp, viêm tụy cấp còn có thể do thuốc, nhiễm trùng, chấn thương hoặc sau thủ thuật ERCP. Các nguyên nhân này chiếm tỷ lệ thấp hơn và đa số có diễn biến nhẹ, tiên lượng tốt nếu được phát hiện sớm và loại bỏ yếu tố gây bệnh [16]. Tuy nhiên, viêm tụy cấp vô căn vẫn chiếm một tỷ lệ nhất định và kết quả điều trị phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh cũng như khả năng phát hiện các nguyên nhân tiềm ẩn.

1.6.2. Mức độ nặng của viêm tụy cấp:

Viêm tụy cấp là bệnh lý có diễn biến lâm sàng rất đa dạng, từ thể nhẹ tự hồi phục đến thể nặng với nhiều biến chứng nguy hiểm và tỷ lệ tử vong cao. Do đó, mức độ nặng của viêm tụy cấp được xem là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Theo phân loại Atlanta sửa đổi năm 2012, viêm tụy cấp được chia thành ba mức độ: viêm tụy cấp nhẹ, viêm tụy cấp trung bình nặng và viêm tụy cấp nặng, dựa trên sự hiện diện và thời gian của suy tạng cũng như các biến chứng tại chỗ và toàn thân [8].

Nhiều nghiên cứu và hướng dẫn lâm sàng cho thấy viêm tụy cấp nhẹ thường có tiên lượng tốt, đa số bệnh nhân hồi phục hoàn toàn với điều trị nội khoa, thời gian nằm viện ngắn và tỷ lệ tử vong rất thấp. Ngược lại, viêm tụy cấp trung bình nặng và nặng liên quan chặt chẽ đến kết quả điều trị xấu hơn, với thời gian nằm viện kéo dài, nhu cầu điều trị hồi sức tích cực cao hơn và tỷ lệ biến chứng tại chỗ như hoại tử tụy, nhiễm trùng ổ hoại tử tăng lên rõ rệt [19], [10]. Đặc biệt, viêm tụy cấp nặng có suy

tạng kéo dài trên 48 giờ được ghi nhận là yếu tố tiên lượng xấu hàng đầu, với tỷ lệ tử vong có thể lên tới 20–30% [16], [19].

Các hướng dẫn của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ và IAP/APA đều nhấn mạnh rằng đánh giá sớm mức độ nặng của viêm tụy cấp có vai trò quyết định trong chiến lược điều trị và tiên lượng. Những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng cần được theo dõi sát, điều trị tích cực và phối hợp đa chuyên khoa nhằm giảm nguy cơ suy tạng và tử vong [9], [17]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu và tài liệu giảng dạy cũng ghi nhận mối liên quan rõ rệt giữa mức độ nặng của viêm tụy cấp và kết quả điều trị, trong đó nhóm viêm tụy cấp nặng có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn đáng kể so với nhóm nhẹ và trung bình nặng [3].

Như vậy, mức độ nặng của viêm tụy cấp là yếu tố có ý nghĩa quyết định đối với kết quả điều trị. Việc phân tích mối liên quan giữa mức độ nặng và kết quả điều trị viêm tụy cấp có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá hiệu quả điều trị và định hướng các biện pháp can thiệp phù hợp.

1.6.3. Tuổi và giới.

Nhiều tài liệu kinh điển và hướng dẫn thực hành lâm sàng ghi nhận tuổi cao là yếu tố liên quan đến kết quả điều trị không thuận lợi ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Theo Forsmark và cộng sự, bệnh nhân lớn tuổi thường có nguy cơ viêm tụy cấp nặng cao hơn, thời gian nằm viện kéo dài hơn và tỷ lệ tử vong cao hơn so với nhóm trẻ tuổi, nguyên nhân chủ yếu do giảm dự trữ sinh lý và thường kèm theo nhiều bệnh lý mạn tính [14]. Hướng dẫn của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (ACG) cũng nhấn mạnh rằng tuổi cao là yếu tố cần được lưu ý trong đánh giá nguy cơ và theo dõi bệnh nhân viêm tụy cấp [9].

Giới tính cũng được ghi nhận có liên quan đến diễn biến và kết quả điều trị viêm tụy cấp. Theo các tổng quan lâm sàng, nam giới mắc viêm tụy cấp thường liên quan nhiều đến nguyên nhân rượu, trong khi nữ giới thường gặp viêm tụy cấp do sỏi mật [14]. Sự khác biệt về phân bố nguyên nhân giữa hai giới có thể ảnh hưởng đến

mức độ nặng và kết quả điều trị. Một số nghiên cứu cho thấy nữ giới có xu hướng diễn biến bệnh nhẹ hơn và kết quả điều trị thuận lợi hơn sau khi đã kiểm soát nguyên nhân gây bệnh [14].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu và tài liệu giảng dạy cũng ghi nhận tuổi cao và giới nam thường liên quan đến tỷ lệ viêm tụy cấp nặng và biến chứng cao hơn, đặc biệt trong nhóm viêm tụy cấp do rượu và tăng triglycerid máu [3], [4]. Do đó, tuổi và giới tính là những yếu tố cần được xem xét trong đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp.

1.6.4. Bệnh kèm theo

Nhiều nghiên cứu cho thấy các bệnh lý kèm theo là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến diễn biến và kết quả điều trị viêm tụy cấp. Bệnh nhân viêm tụy cấp có kèm các bệnh mạn tính như bệnh tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn hoặc bệnh gan mạn thường có nguy cơ viêm tụy cấp nặng hơn, thời gian nằm viện kéo dài và tỷ lệ tử vong cao hơn so với những bệnh nhân không có bệnh kèm theo. Phân tích dữ liệu lớn từ hệ thống xuất viện quốc gia Tây Ban Nha cho thấy các bệnh kèm theo, đặc biệt là bệnh tim mạch, bệnh thận và bệnh gan trung bình–nặng, có liên quan độc lập với tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp [14].

Các tổng quan và nghiên cứu quan sát cũng ghi nhận rằng gánh nặng bệnh kèm theo càng cao thì kết quả điều trị viêm tụy cấp càng xấu. Một số tác giả cho thấy một số bệnh kèm theo có giá trị trong tiên lượng kết quả điều trị, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân viêm tụy cấp trung bình nặng và nặng. Sự hiện diện của nhiều bệnh mạn tính làm hạn chế khả năng bù trừ của cơ thể trước phản ứng viêm toàn thân, làm tăng nguy cơ suy tạng và biến chứng toàn thân [20].

Tại Việt Nam, các tài liệu giảng dạy và hướng dẫn lâm sàng cũng ghi nhận bệnh kèm theo là yếu tố cần được đánh giá khi tiên lượng và theo dõi bệnh nhân viêm tụy cấp, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi. Các bệnh thường gặp như đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh gan do rượu và bệnh tim mạch không chỉ ảnh hưởng đến diễn

biến bệnh mà còn tác động đến quá trình hồi phục và thời gian điều trị nội trú [3]. Do đó, việc phân tích mối liên quan giữa bệnh kèm theo và kết quả điều trị viêm tụy cấp tại bệnh viện có ý nghĩa thực tiễn cao, góp phần đánh giá đúng tiên lượng và tối ưu hóa chiến lược điều trị.

1.6.5. Các chỉ số cận lâm sàng

Các chỉ số cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong đánh giá mức độ nặng, theo dõi diễn biến và tiên lượng kết quả điều trị viêm tụy cấp. Nhiều nghiên cứu và hướng dẫn lâm sàng ghi nhận rằng các chỉ số viêm và tổn thương cơ quan có mối liên quan chặt chẽ với kết quả điều trị. Trong đó, CRP huyết thanh là chỉ số được sử dụng rộng rãi, với nồng độ CRP ≥ 150 mg/L sau 48 giờ được xem là gợi ý viêm tụy cấp nặng và liên quan đến nguy cơ biến chứng và thời gian nằm viện kéo dài [9], [8]. Các hướng dẫn của Hội Tiêu hóa Hoa Kỳ cũng nhấn mạnh giá trị của CRP trong đánh giá diễn biến bệnh và tiên lượng sớm viêm tụy cấp [9].

Bên cạnh đó, các chỉ số sinh hóa phản ánh suy tạng như creatinin máu, ure, hematocrit và lactate cũng được chứng minh có liên quan đến kết quả điều trị viêm tụy cấp. Tăng creatinin và ure máu phản ánh suy thận cấp hoặc giảm thể tích tuần hoàn, là những yếu tố liên quan đến viêm tụy cấp nặng và tăng nguy cơ tử vong. Hematocrit tăng kéo dài được xem là dấu hiệu của cô đặc máu và tưới máu kém, thường liên quan đến hoại tử tụy và diễn biến nặng [8], [10]. Các chỉ số này thường được sử dụng trong các thang điểm tiên lượng như Ranson và BISAP để dự đoán kết quả điều trị.

Ngoài ra, một số chỉ số cận lâm sàng khác như bạch cầu máu, men gan (AST, ALT), bilirubin và triglycerid máu cũng có giá trị nhất định trong đánh giá nguyên nhân và tiên lượng viêm tụy cấp. Tăng bạch cầu phản ánh mức độ đáp ứng viêm toàn thân, trong khi tăng men gan và bilirubin gợi ý nguyên nhân do sỏi mật và có thể liên quan đến diễn biến bệnh. Ở nhóm viêm tụy cấp do tăng triglycerid, nồng độ triglycerid máu cao có liên quan đến mức độ nặng và thời gian điều trị kéo dài [10].

Do đó, việc phân tích mối liên quan giữa Các chỉ số cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp có ý nghĩa quan trọng trong đánh giá tiên lượng và định hướng điều trị tại các bệnh viện.

1.7. Một số nghiên cứu trên thế giới và ở Việt Nam

1.7.1 Một số nghiên cứu trên thế giới

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng nguyên nhân gây viêm tụy cấp có mối liên quan chặt chẽ đến mức độ nặng và kết quả điều trị. Trong tổng quan kinh điển của Forsmark và cộng sự, các tác giả ghi nhận sỏi mật, rượu và tăng triglycerid máu là những nguyên nhân thường gặp nhất của viêm tụy cấp, trong đó viêm tụy cấp do rượu và tăng triglycerid thường có xu hướng diễn biến nặng hơn, tỷ lệ biến chứng cao hơn và thời gian nằm viện kéo dài hơn so với viêm tụy cấp do sỏi mật [10]. Tương tự, Yadav và Lowenfels cho thấy nguyên nhân viêm tụy cấp không chỉ ảnh hưởng đến đặc điểm lâm sàng mà còn liên quan đến tiên lượng và tỷ lệ tử vong, đặc biệt ở nhóm viêm tụy cấp do rượu và tăng triglycerid máu [19].

Một số nghiên cứu quan sát và phân tích đoàn hệ đã tập trung làm rõ vai trò của nguyên nhân kết hợp với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng trong tiên lượng kết quả điều trị viêm tụy cấp. Nghiên cứu của Wu và cộng sự cho thấy bên cạnh nguyên nhân gây bệnh, các yếu tố như mức độ nặng theo phân loại Atlanta, nồng độ BUN/creatinin tăng sớm, CRP và suy tạng sớm có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ tử vong và kết quả điều trị [18]. Các tác giả nhấn mạnh rằng việc đánh giá đồng thời nguyên nhân và các yếu tố tiên lượng sớm có giá trị quan trọng trong phân tầng nguy cơ và định hướng điều trị.

Các tổng quan và nghiên cứu gần đây cũng cho thấy sự khác biệt về kết quả điều trị giữa các nhóm nguyên nhân viêm tụy cấp. Lankisch và cộng sự nhận thấy tuổi cao, mức độ nặng của viêm tụy cấp, bệnh kèm theo và nguyên nhân gây bệnh là những yếu tố độc lập liên quan đến tử vong [12]. Koutroumpakis và cộng sự báo cáo rằng bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglycerid và rượu có tỷ lệ nhập khoa hồi sức

tích cực và thời gian nằm viện dài hơn so với các nguyên nhân khác [11]. Ngoài ra, tổng quan hệ thống của Zilio và cộng sự cho thấy sự phân bố nguyên nhân viêm tụy cấp khác nhau giữa các khu vực trên thế giới, đồng thời ảnh hưởng đến mức độ nặng và kết quả điều trị của bệnh [21].

Những nghiên cứu trên cho thấy mặc dù viêm tụy cấp có nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng nguyên nhân gây bệnh cùng với các yếu tố như mức độ nặng, tuổi, bệnh kèm theo và Các chỉ số cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong quyết định kết quả điều trị. Tuy nhiên, sự khác biệt về đặc điểm dân số, mô hình bệnh tật và điều kiện điều trị giữa các quốc gia cho thấy cần có các nghiên cứu tại từng cơ sở y tế để đánh giá mối liên quan này trong bối cảnh thực hành lâm sàng cụ thể.

1.7.2. Một số nghiên cứu tại Việt Nam

Nghiên cứu của Hoàng Văn Chương, Lê Phương Thảo và cộng sự năm 2021, nghiên cứu trên 220 bệnh nhân viêm tụy cấp từ tháng 4 năm 2020 đến tháng 4 năm 2021 tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy viêm tụy cấp do rượu là thường gặp nhất chiếm 49,1%. Ngoài trừ một số yếu tố lâm sàng như, giới tính, bệnh đái tháo đường kèm theo, tỷ lệ nhập ICU cao hơn ở nhóm VTC do tăng triglyceride, thì hầu như không có sự khác biệt về các biến cố lâm sàng, mức độ nặng cũng như điều trị giữa các nhóm nguyên nhân VTC [1].

Nghiên cứu của tác giả Hoàng Thuý Nga và cộng sự năm 2023 nghiên cứu trên 214 bệnh nhân viêm tụy cấp từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 3 năm 2023 tại bệnh viện đại học Y Hà Nội cho thấy nguyên nhân viêm tụy cấp do tăng Triglycerid ở nữ giới là cao nhất với 31,5% và do rượu ở nam giới là cao nhất với 48,8%. Tần số mạch ≥ 110 /p và Pro-calcitonin $\geq 13,15$ có giá trị gợi ý tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp nặng [4].

Nghiên cứu của Trần Văn Đồng và cộng sự năm 2024 nghiên cứu trên 108 bệnh nhân viêm tụy cấp từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024 tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy nguyên nhân gây viêm tụy cấp do rượu là cao nhất chiếm 55,5%, một số

yếu tố như viêm tụy cấp do rượu, Prothrombin <80%, Creatinin \geq 120 $\mu\text{mol/l}$, TDH \geq 500 UI/l là yếu tố dự đoán độc lập viêm tụy cấp nặng [2].

1.8. Giới thiệu về địa điểm nghiên cứu:

Khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 có đội ngũ bác sĩ chuyên môn sâu, điều trị các bệnh lý nội khoa liên quan đến tiêu hóa, trong đó có bệnh viêm tụy cấp.

Hiện nay, số bệnh nhân viêm tụy cấp được điều trị tại Khoa Nội tiêu hóa ngày một tăng, trung bình mỗi tháng khoảng 20–30 bệnh nhân, đặc biệt là các trường hợp viêm tụy cấp do uống rượu bia và tăng mỡ máu. Trong đó, bệnh nhân viêm tụy cấp do rượu bia và tăng mỡ máu chiếm khoảng 70–80%.

Số lượng bệnh nhân viêm tụy cấp nặng cũng ngày một gia tăng do nhiều trường hợp nhập viện muộn, hoặc đã được điều trị tại tuyến huyện nhưng bệnh nặng mới được chuyển đến. Nhiều bệnh nhân viêm tụy cấp nặng đã được điều trị khỏi; tuy nhiên, cũng có một số trường hợp phải chuyển HSTC–CD hoặc chuyển tuyến trên để lọc máu liên tục, thay huyết tương, hỗ trợ tuần hoàn hoặc dùng thuốc vận mạch khi bệnh nhân có sốc.

Chương 2

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán VTC và điều trị nội trú tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 1 trong thời gian nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên nhập viện điều trị tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 1 từ tháng 03/2026 đến tháng 08/2026 khi có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 bao gồm:

+ Lâm sàng: Đau thượng vị đột ngột, đau dữ dội, đau xuyên ra sau lưng, buồn nôn, nôn.

+ Cận lâm sàng: Amylase và/hoặc lipase máu tăng cao trên 3 lần mức giới hạn trên của giá trị bình thường

+ Chẩn đoán hình ảnh: Có hình ảnh điển hình của VTC trên siêu âm bụng hoặc cắt lớp vi tính ổ bụng:

Siêu âm bụng: Tụy to toàn bộ hoặc từng phần (đầu, thân hoặc đuôi), đường viền xung quanh tụy không rõ ràng, mật độ echo không đều, giảm âm hoặc âm vang hỗn hợp, có thể có dịch quanh tụy và các khoang trong ổ bụng.

Cắt lớp vi tính ổ bụng: Tụy to ra hoặc bình thường, bờ không đều có thể có hình ảnh ổ hoại tử, có thể có dịch quanh tụy và các khoang trong ổ bụng.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Viêm tụy mạn hoặc đợt cấp của viêm tụy mạn.
- Viêm tụy sau can thiệp thủ thuật (ERCP)
- Bệnh nhân hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân có các bệnh lý cấp tính khác có thể ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân trong 30 ngày.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03 năm 2026 đến tháng 08 năm 2026

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 1

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích mối liên quan.

2.4. Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân viêm tụy cấp đủ tiêu chuẩn lựa chọn điều trị tại khoa Nội tiêu hóa trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.6. Các bước tiến hành thu thập số liệu:

a. Đặc điểm lâm sàng

Bằng phương pháp hỏi bệnh, khám bệnh và ghi chép hồ sơ bệnh án.

- Tuổi: Được tính theo năm dương lịch và tuổi bệnh nhân sẽ được chia vào các nhóm 16 - 20 tuổi, 21-30 tuổi, 31-40 tuổi, 41-50 tuổi, 51 - 60 và trên 60 tuổi.

- Giới: Nam/Nữ

- Rối loạn tri giác: Có rối loạn tri giác khi Glasgow <15 điểm

- Thân nhiệt: Lấy nhiệt độ ở nách và lấy thân nhiệt bình thường dao động từ 36,5 đến 37,5 độ C.

- Nhịp tim: Lấy nhịp tim bình thường từ 60 – 89 lần / phút.

- Nhịp thở: bình thường khi < 20 lần / phút hoặc PaCO₂>32mmHg

b. Khám cận lâm sàng

** Các chỉ số huyết học:*

- Bệnh nhân cần làm các xét nghiệm huyết học được lấy máu ở thời điểm nhập viện và được làm tại khoa Huyết học

+ Công thức máu: Lấy máu 2ml được làm trên máy tự động HEMIX 5-60 của Pháp.

+ Đánh giá kết quả theo giới hạn bình thường theo tiêu chuẩn khoa huyết học đang sử dụng.

* *Các chỉ số sinh hóa máu*

+ Bệnh nhân làm xét nghiệm sinh hóa tại thời điểm nhập viện máu được lấy 2ml được thực hiện trên máy tự động ADVIA – 1800 của Nhật Bản bằng phương pháp so màu tự động, nơi thực hiện xét nghiệm sinh hóa là khoa Sinh hóa.

+ Đánh giá kết quả theo giới hạn bình thường theo tiêu chuẩn khoa sinh hóa đang sử dụng.

* *Siêu âm bụng*: các bệnh nhân được làm siêu âm bởi các bác sỹ khoa Thăm dò chức năng thực hiện với hình ảnh: tụy to lan tỏa hoặc khu trú (đầu, thân hoặc đuôi), bờ mờ, nhu mô giảm âm và không đồng nhất do phù nề viêm. Có thể thấy dịch quanh tụy hoặc dịch ổ bụng. Siêu âm có giá trị trong phát hiện sỏi mật và giãn đường mật, tuy nhiên hạn chế trong đánh giá hoại tử tụy [3].

* *Chụp CT scanner ổ bụng có tiêm thuốc cản quang*: Tất cả bệnh nhân đều được chụp CT scanner ổ bụng trên máy 32 dãy hoặc 64 dãy do các kỹ thuật viên (KTV) khoa Chẩn đoán hình ảnh (CDHA) thực hiện và được đọc bởi Bác sỹ chuyên khoa CDHA với hình ảnh: ghi nhận tụy to, bờ không đều, nhu mô giảm ngấm thuốc không đồng nhất; có thể thấy dịch quanh tụy, thâm nhiễm mỡ quanh tụy và các biến chứng như hoại tử tụy, nang giả tụy [3].

2.7. Các biến số và chỉ tiêu nghiên cứu

Mục tiêu	Biến số	Định nghĩa biến	Chỉ số	Phương pháp và công cụ thu thập thông tin
	Giới	Giới tính của bệnh nhân	Nam/nữ	

Đặc điểm chung	Tuổi	Tuổi tính theo năm dương lịch tại thời điểm nhập viện của từng bệnh nhân	Nhóm tuổi: 16-20; 21-30; 31-40; 41-50; 51-60; >60	Khai thác HSBA
	Tiền sử uống rượu	- Bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu thường xuyên	Có/ Không	HSBA và hỏi bệnh
	Tiền sử sỏi mật	Tiền sử được chẩn đoán mật trước đó hoặc phát hiện trên hình ảnh học	Có/ Không	HSBA, siêu âm, CT. Scanner
	Rối loạn lipid máu	Tiền sử rối loạn lipid máu hoặc triglycerid tăng	Có/ Không	HSBA, xét nghiệm
	Bệnh kèm theo	Các bệnh lý mạn tính đi kèm	ĐTĐ, THA, tim mạch, thận mạn, gan mạn	HSBA
Mục tiêu 1	Nguyên nhân gây viêm tụy cấp	Yếu tố khởi phát gây viêm tụy cấp	Sỏi mật, rượu, tăng TG, khác, không rõ nguyên nhân	HSBA, CLS
	Đau bụng	Đau thượng vị cấp tính, có thể lan sau lưng	Có/Không	Hỏi bệnh
	Buồn nôn/nôn	Cảm giác buồn nôn hoặc nôn sau đau bụng	Có/Không	Hỏi bệnh
	Ỉa lỏng	Đi ngoài phân lỏng trong đợt bệnh	Có/Không	Hỏi bệnh

Nhiệt độ	Thân nhiệt đo tại nách khi nhập viện	<38°C; 38–39°C; >39°C	Khám lâm sàng
Mạch	Nhịp tim của bệnh nhân đo khi nhập viện	<90; 90–120; >120 ck/phút	Khám lâm sàng
Huyết áp	Huyết áp tâm thu lúc nhập viện	≤90; 91–140; >140 mmHg	Khám lâm sàng
Amylase máu	Men tụy Amylase trong huyết thanh	U/L, ≥3 lần bình thường	Xét nghiệm sinh hoá
Lipase máu	Men tụy Lipase trong huyết thanh	U/L, ≥3 lần bình thường	Xét nghiệm sinh hoá
Ure máu	Nồng độ ure huyết thanh	mmol/l	Xét nghiệm sinh hoá
Creatinin máu	Nồng độ creatinin huyết thanh	μmol/L	Xét nghiệm sinh hoá
Cholesterol máu	Nồng độ cholesterol toàn phần	mmol/l	Xét nghiệm sinh hoá
Triglycerid	Nồng độ triglycerid máu	Mmol/l	Xét nghiệm sinh hoá
HCT máu	Dung tích hồng cầu	<44% nam / <40% nữ; và ≥ ngưỡng	Xét nghiệm huyết học

	Bạch cầu	Số lượng bạch cầu máu	<12 G/L; ≥12 G/L	Xét nghiệm huyết học
	Siêu âm tụy	Hình ảnh tụy trên siêu âm	Tụy to, dịch quanh tụy	Siêu âm ổ bụng
	CT scanner	Hình ảnh tụy trên CT có cản quang	Dịch quanh tụy, hoại tử	CT ổ bụng
	Mức độ VTC	Phân loại mức độ viêm tụy cấp theo Atlanta 2012	Nhẹ / Trung bình / Nặng	Atlanta 2012
Mục tiêu 2	Thời gian nằm viện	Số ngày điều trị nội trú	≤7; 8–14; >14 ngày	HSBA
	Biến chứng	Biến chứng trong quá trình điều trị	Suy tạng, hoại tử, nhiễm trùng, nang giả tụy	HSBA
	Kết quả điều trị	Tình trạng bệnh nhân khi ra viện	Khỏi/đỡ; chuyên tuyến; HSTC; tử vong/xin về	HSBA
	Yếu tố liên quan	Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị	Tuổi, giới, nguyên nhân, mức độ, CLS	Phân tích thống kê

2.8. Các tiêu chuẩn đánh giá:

2.8.1. Tiêu chuẩn đánh giá nguyên nhân gây viêm tụy cấp

a. Tiêu chuẩn đánh giá nguyên nhân gây viêm tụy cấp do sỏi khi:

- Đủ tiêu chuẩn viêm tụy cấp theo Atlanta và có ≥ 1 trong các tiêu chí:

- + Phát hiện sỏi túi mật hoặc sỏi ống mật chủ trên siêu âm/CT/MRCP
 - + ALT >150 U/L trong 48 giờ đầu
 - + Bilirubin tăng kèm giãn đường mật
- Và không có bằng chứng nguyên nhân khác kèm theo thì được chẩn đoán viêm tụy cấp do sỏi [15].

b. Tiêu chuẩn đánh giá nguyên nhân gây viêm tụy cấp do tăng triglycerid:
Chẩn đoán bệnh nhân VTC do tăng triglycerid khi [21]:

- Đủ tiêu chuẩn VTC theo Atlanta 2012
- TG $\geq 11,3$ mmol/L (≥ 1000 mg/dL) trong 24 giờ đầu
- Không có bằng chứng sỏi mật, rượu hoặc nguyên nhân khác.

Trường hợp TG 5,6–11,2 mmol/L có thể chấp nhận nếu:

- + Không phát hiện nguyên nhân khác;
- + Có yếu tố nguy cơ chuyển hóa rõ ràng;
- + Hình ảnh huyết tương đục.

c. Tiêu chuẩn đánh giá nguyên nhân gây viêm tụy cấp do rượu:
Chẩn đoán VTC do rượu khi thỏa mãn tất cả các tiêu chí sau [8]:

- *Đủ tiêu chuẩn VTC theo Atlanta 2012*
- ***Tiền sử sử dụng rượu đủ mức nguy cơ***
 - + Uống rượu kéo dài ≥ 5 năm
 - + Lượng rượu trung bình ≥ 40 –80 g ethanol/ngày (nam) hoặc ≥ 20 –40 g/ngày (nữ) (tương đương khoảng ≥ 3 –5 đơn vị cồn/ngày).
 - + Hoặc khi: Có đợt uống rượu nhiều ngay trước khi khởi phát đau bụng

Lưu ý: nguy cơ tăng rõ khi tiêu thụ > 100 g ethanol/ngày trong nhiều năm.

- ***Khởi phát triệu chứng sau uống rượu***

- + Đau bụng xuất hiện trong vòng 24–72 giờ sau đợt uống nhiều rượu

- ***Không phát hiện sỏi mật trên siêu âm /CT. Scanner***

- *Triglycerid <11,3 mmol/l*

- Không có bằng chứng nguyên nhân gây viêm tụy khác

d. Tiêu chuẩn đánh giá viêm tụy cấp do nhiều nguyên nhân: Thực tế trên lâm sàng có một số trường hợp bệnh nhân viêm tụy cấp đồng thời do nhiều nguyên nhân vì vậy phải phân loại theo nguyên tắc ưu tiên yếu tố đủ ngưỡng gây bệnh độc lập và loại trừ các nguyên nhân khác theo tiêu chuẩn trên. Với 2 nguyên nhân viêm tụy cấp đều đủ mạnh thì ưu tiên xếp vào nhóm viêm tụy cấp có ngưỡng sinh hoá rõ ràng.

2.8.2. *Tiêu chuẩn đánh giá mức độ viêm tụy cấp*: Tiêu chuẩn đánh giá viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 như sau:

- Viêm tụy cấp mức độ nhẹ:

+ Không có suy tạng

+ Không có biến chứng tại chỗ hoặc biến chứng toàn thân

- Viêm tụy cấp mức độ trung bình:

+ Có suy tạng thoáng qua (<48 giờ), hoặc có biến chứng tại chỗ (như hoại tử, tụ dịch quanh tụy)

- Viêm tụy cấp nặng: Có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

+ Có suy tạng kéo dài >48 giờ

+ Xuất hiện biến chứng tại chỗ, hoại tử tụy hoặc nang giả tụy.

+ Biến chứng toàn thân như sốc, nhiễm trùng nặng, hoặc suy đa tạng.

2.8.3. *Tiêu chuẩn đánh giá thời gian nằm viện*: Thời gian nằm viện được tính từ khi nhập viện đến khi bệnh nhân được ra viện, chuyển viện, nặng xin về [3].

- ≤7 ngày: ngắn

- 8–14 ngày: trung bình

- > 14 ngày: kéo dài

2.8.4. *Tiêu chuẩn đánh giá suy tạng (Theo tiêu chuẩn Marshall)*. Mỗi cơ quan có điểm ≥ 2 được coi là suy tạng [12].

- Hệ thống tim mạch

Điểm 0: Huyết áp tâm thu > 90 mmHg

Điểm 1: Huyết áp tâm thu < 90 mmHg nhưng có đáp ứng với dịch

Điểm 2: Huyết áp tâm thu < 90 mmHg và không đáp ứng với dịch

Điểm 3: Huyết áp tâm thu < 90 mmHg (pH < 7,3)

Điểm 4: Huyết áp tâm thu < 90 mmHg (pH < 7,2)

- Hệ thống hô hấp

Điểm 0: PaO₂/FiO₂ > 400 mmHg

Điểm 1: PaO₂/FiO₂ 301-400 mmHg

Điểm 2: PaO₂/FiO₂ 201-300 mmHg

Điểm 3: PaO₂/FiO₂ 101-200 mmHg

Điểm 4: PaO₂/FiO₂ ≤ 100 mmHg

- Hệ thống thận

Điểm 0: Creatinine < 1,4 mg/dL

Điểm 1: Creatinine 1,4-1,8 mg/dL

Điểm 2: Creatinine 1,9-3,6 mg/dL

Điểm 3: Creatinine 3,6-4,9 mg/dL

Điểm 4: Creatinine > 4,9 mg/dL

- Hệ thống thần kinh

Điểm 0: Điểm Glasgow 15

Điểm 1: Điểm Glasgow 13-14

Điểm 2: Điểm Glasgow 10-12

Điểm 3: Điểm Glasgow 6-9

Điểm 4: Điểm Glasgow < 6

- Hệ thống gan

Điểm 0: Bilirubin < 1,2 mg/dL

Điểm 1: Bilirubin 1,2-1,9 mg/dL

Điểm 2: Bilirubin 2,0-5,9 mg/dL

Điểm 3: Bilirubin 6,0-11,9 mg/dL

Điểm 4: Bilirubin \geq 12 mg/dL

- *Hệ thống huyết học*

Điểm 0: Tiểu cầu \geq 150.000/mL

Điểm 1: Tiểu cầu 100.000-149.999/mL

Điểm 2: Tiểu cầu 50.000-99.999/mL

Điểm 3: Tiểu cầu 20.000-49.999/mL

Điểm 4: Tiểu cầu $<$ 20.000/mL

Tổng điểm

Tổng điểm từ 0 đến 24, với tổng điểm cao hơn phản ánh mức độ suy tạng nặng hơn, từ đó giúp bác sĩ đánh giá và quản lý tình trạng bệnh nhân hiệu quả hơn.

Tiêu chuẩn Marshall là công cụ hữu ích trong việc xác định mức độ suy tạng ở bệnh nhân, đặc biệt trong viêm tụy cấp [8].

2.9. Xử lý và phân tích số liệu

- Dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phương pháp thống kê SPSS 20.0
- Sử dụng thống kê mô tả: tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình bình \pm độ lệch chuẩn.
- Sử dụng phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher's exact để phân tích các yếu tố nguy cơ.
- Các kiểm định có ý nghĩa thống kê khi trị số $p < 0,05$.

2.10. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài được tiến hành nghiên cứu sau khi được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 1 và Sở Y tế Bắc Ninh.

Thực hiện khai thác thông tin trên hồ sơ bệnh án, không làm sai lệch bệnh án.

Nghiên cứu chỉ nhằm giúp cải thiện, nâng cao trình độ chuyên môn trong khám chẩn đoán và điều trị cho người bệnh không nhằm một mục đích nào khác.

Chương 3

Dự kiến Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi, giới

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam		
	Nữ		
Nhóm tuổi	16-20		
	21-30		
	31-40		
	41-50		
	51-60		
	>60		
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.2. Phân bố theo tiền sử và bệnh kèm theo

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử	Tiền sử uống rượu	Có	
		Không	
	Tiền sử sỏi mật	Có	
		Không	
	Rối loạn lipid máu	Có	
		Không	
Bệnh kèm theo	Đái tháo đường		
	Tăng huyết áp		
	Bệnh tim mạch		
	Bệnh thận mạn		
	Bệnh gan mạn		
Tổng			

Nhận xét:

3.2. Đặc điểm nguyên nhân, lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm nguyên nhân gây viêm tụy cấp

Bảng 3.3. Phân bố theo nguyên nhân gây VTC.

Nguyên nhân viêm tụy cấp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sỏi mật		
Rượu		
Tăng triglycerid		
Khác		
Không rõ nguyên nhân		
Tổng		

Nhận xét:

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng:

Bảng 3.4. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Đau bụng thượng vị		
Đau lan ra sau lưng		
Buồn nôn/ nôn		
Ỉa lỏng		

Nhận xét:

Bảng 3.5. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng toàn thân		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhiệt độ (°C)	<38C		
	38-39C		
	>39		
Mạch (ck/phút)	<90		
	90-120		
	>120		
Huyết áp tâm thu (mmHg)	<=90		
	91-140		
	>140		

Nhận xét:

.2.3. Đặc điểm cận lâm sàng:

Bảng 3.6. Đặc điểm huyết học và men tụy.

Đặc điểm huyết học		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Hct (l/l)	< 44% (nam) và <40 % (nữ)		
	≥ 44% (nam) và ≥ 40% (nữ)		
Bạch cầu	<12G/l		
	≥ 12 G/l		

Nhận xét:

Bảng 3.7. Đặc điểm về sinh hóa.

Sinh hoá	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình SD
Amylase máu (U/L)			
Lipase máu (U/L)			
Ure			
Creatinin			
CRP			
Cholesterol			
Triglycerid			

Nhận xét:

Bảng 3.8. Đặc điểm hình ảnh học

Đặc điểm hình ảnh học		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Siêu âm	Tụy to trên siêu âm		
	Dịch quanh tụy hoặc dịch ổ bụng		
Cắt lớp vi tính	Dịch quanh tụy		
	Hoại tử tụy		

Nhận xét:

Bảng 3.9. Phân loại mức độ viêm tụy cấp theo Atlanta 2012

Mức độ viêm tụy cấp	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Nhẹ		
Trung bình		
Nặng		
Tổng		

Nhận xét:

3.3. Kết quả điều trị và mối liên quan đến kết quả điều trị:

3.3.1. Kết quả điều trị.

Bảng 3.10. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
≤ 7 ngày		
8 – 14 ngày		
> 14 ngày		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.11. Biến chứng trong quá trình điều trị

Biến chứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Suy tạng		
Hoại tử tụy		
Nhiễm trùng		
Nang giả tụy		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.12. Kết quả điều trị

Kết quả	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Khỏi/đỡ		
Chuyển tuyến vì bệnh nặng		
Chuyển khoa HSTC-CD		
Tử vong/xin về		

Nhận xét:

3.3.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố với kết quả điều trị.

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa nguyên nhân và kết quả điều trị.

Nguyên nhân	Khỏi/đỡ (%)	Chuyên tuyến vì bệnh nặng (%)	Chuyên khoa HSTC-CD (%)	Tử vong xin về (%)	P
Sỏi mật					
Rượu					
Tăng triglycerid					
Khác					
Không rõ nguyên nhân					

Nhận xét:

Bảng 3.14. Mối liên quan giữa mức độ viêm tụy và kết quả điều trị.

Mức độ viêm tụy	Khỏi/đỡ (%)	Chuyên tuyến vì bệnh nặng (%)	Chuyên khoa HSTC-CD (%)	Tử vong xin về (%)	P
Viêm tụy nhẹ					
Viêm tụy trung bình					
Viêm tụy nặng					

Nhận xét:

Bảng 3.15. Mối liên quan giữa tuổi, giới và kết quả điều trị.

Tuổi, giới		Khỏi/đỡ (%)	Chuyên tuyến vì bệnh nặng (%)	Chuyên khoa HSTC-CD (%)	Tử vong xin về (%)	P
Giới	Nam					
	Nữ					
Nhóm tuổi	16-20					
	21-30					
	31-40					
	41-50					
	51-60					
	>60					

Nhận xét:

Bảng 3.16. Mối liên quan giữa bệnh kèm theo và kết quả điều trị.

Bệnh kèm theo	Khỏi/đỡ (%)	Chuyên tuyến vì bệnh nặng (%)	Chuyên khoa HSTC-CD (%)	Tử vong xin về (%)	P
Đái tháo đường					
Tăng huyết áp					
Bệnh tim mạch					
Bệnh thận mạn					
Bệnh gan mạn					

Nhận xét:

Bảng 3.17: Mối liên quan giữa xét nghiệm cận lâm sàng và kết quả điều trị.

Nguyên nhân	Khỏi/đỡ (%)	Chuyển tuyến vì bệnh nặng (%)	Chuyển khoa HSTC-CD (%)	Tử vong xin về (%)	P
CRP					
Ure máu					
Creatinin					
HCT					
Bạch cầu					
Siêu âm ổ bụng					
Chụp cắt lớp vi tính					

Nhận xét:

Dự kiến bàn luận, kết luận, khuyến nghị

Dự kiến bàn luận, kết luận, khuyến nghị theo kết quả nghiên cứu.

Tài liệu tham khảo

A - Tiếng việt:

1. **Hoàng Văn Chương, Lê Phương Thảo, Nguyễn Thị Vân Hồng và cs (2023)**. Khảo sát nguyên nhân viêm tụy cấp và mối liên quan với mức độ nặng của bệnh tại Trung tâm Tiêu hóa Gan mật – Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*;527(2):270–276.

2. **Trần Anh Đồng và cộng sự (2024)**. Một số yếu tố dự đoán mức độ nặng của bệnh nhân viêm tụy cấp tại bệnh viện Bạch Mai . *Tạp chí Y học Việt Nam* 538 (3); 104-107

3. **PGS TS Nguyễn Công Long (2024)**. Giáo trình nội khoa tiêu hóa, trường đại học Y dược đại học quốc gia Hà Nội, tr. 265-284.

4. **Hoàng Thúy Nga, Doãn Trung San, Trần Ngọc Ánh (2023)**. Nguyên nhân và một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*;169(8):139–146.

5. **Trần Đăng Ninh và cs (2022)**. So sánh thang điểm MCTSI với thang điểm BISAP trong tiên lượng suy tạng ở bệnh nhân viêm tụy cấp bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí nghiên cứu Y học 02* (26); 164-169.

6. **Võ Duy Thông, Nguyễn Thị Mộng Trinh, Hồ Tấn Phát (2021)**. Tăng Triglycerid máu rất nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp: yếu tố nguy cơ và kết cục lâm sàng. *Tạp chí Y học Việt Nam*;500(2):49–55. (5)

7. **Nguyễn Anh Tuấn (2022)**. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy cấp mức độ nặng theo phân độ CTSI tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2, 2411–243.

B - Tiếng anh:

8. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al (2013)**. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102–111.

9. **Bechien U, Wu, Peter A. Banks. (2013).** Clinical Management of Patients With Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*, 144(6).
10. **Forsmark CE, Vege SS, Wilcox CM (2016).** Acute pancreatitis. *New England Journal of Medicine*;375(20):1972–1981.
11. **Koutroumpakis E, Slivka A, Furlan A, et al (2017).** Management and outcomes of acute pancreatitis patients over the last decade. *Pancreatology*;17(1):32–40.
12. **Lankisch PG, Apte M, Banks PA (2015).** Acute pancreatitis. *Lancet*;386(9988):85–96.
13. **Mounzer R et al (2012).** Comparison of existing clinical scoring systems to predict persistent organ failure in patients with acute pancreatitis. *Gastroenterology*;142(7):1476-1482.
14. **Robles-Díaz G. et al (2023).** Comorbidities and mortality in acute pancreatitis: analysis of a national hospital discharge database. *Pancreatology*.
15. **Sahni et al (2016).** Right flank pain as the only symptom for acute pancreatitis in a patient on treatment for HIV infection. *Internet J Med Update.*;11(1):16-19.
16. **Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS(2013).** American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*;108(9):1400–1415.
17. **Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines (2013).** IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*;13(Suppl 2):e1–e15.
18. **Wu BU, Johannes RS, Sun X, Tabak Y, Conwell DL, Banks PA (2009).** Blood urea nitrogen in the early assessment of acute pancreatitis. *Arch Intern Med*;169(20):1853–1860.

19. **Yadav D, Lowenfels AB (2013).** The epidemiology of pancreatitis and pancreatic cancer. *Gastroenterology*;144(6):1252–1261.
20. **Zhang W. et al (2023).** Impact of comorbidities on the severity and mortality of acute pancreatitis: a population-based study. *BMC Gastroenterology*.
21. **Zilio MB, Eyff TF, Azeredo-Da-Silva ALF, et al (2019).** Etiology of acute pancreatitis: a systematic review. *Pancreas*;48(7):858–867.

Phiếu thu thập số liệu

I. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân:

Mã số bệnh án nghiên cứu:.....

Ngày vào viện:...../...../2026

Ngày ra viện:...../...../2026

Tuổi:..... Nhóm tuổi: 16–20 21–30 31–40 41–50 51–60 >60

Giới: Nam Nữ

II. TIỀN SỬ – BỆNH KÈM THEO

2.1. Tiền sử

Tiền sử uống rượu: Có Không

Tiền sử sỏi mật: Có Không

Rối loạn lipid máu: Có Không

2.2. Bệnh kèm theo

Đái tháo đường, Tăng huyết áp, Bệnh tim mạch, Bệnh thận mạn,

Bệnh gan mạn, Không có

III. NGUYÊN NHÂN VIÊM TỤY CẤP

Nguyên nhân được xác định là:

Sỏi mật, Rượu, Tăng triglycerid, Khác, Không rõ nguyên nhân

IV. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

4.1. Triệu chứng cơ năng

- Đau thượng vị: Có Không

- Đau lan sau lưng: Có Không

- Buồn nôn/nôn: Có Không

- Ỉa lỏng: Có Không

4.2. Triệu chứng toàn thân

Nhiệt độ: <38 38–39 >39

Mạch: <90 90–120 >120

HATT: ≤90 91–140 >140

V. ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG

5.1. Huyết học và men tụy

HCT:.....% Bình thường Tăng

Bạch cầu:.....G/L <12 ≥12

Amylase:.....U/L <3 lần ≥3 lần

Lipase:.....U/L <3 lần ≥3 lần

5.2. Sinh hóa máu

Ure:.....

Creatinin:.....

CRP:.....

Cholesterol:.....

Triglycerid:.....

VI. HÌNH ẢNH HỌC

6.1. Siêu âm ổ bụng

Tụy to, Dịch quanh tụy hoặc dịch ổ bụng, Không phát hiện bất thường

6.2. CT scanner ổ bụng có tiêm thuốc cản quang

Dịch quanh tụy, Hoại tử tụy, Không hoại tử

VII. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ VIÊM TỤY CẤP (ATLANTA 2012)

Viêm tụy cấp nhẹ, Viêm tụy cấp trung bình, Viêm tụy cấp nặng

VIII. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

8.1. Thời gian nằm viện: ≤7 ngày, 8–14 ngày, >14 ngày

8.2. Biến chứng trong quá trình điều trị

Suy tạng, Hoại tử tụy, Nhiễm trùng, Nang giả tụy, Không biến chứng.

8.3. Kết quả điều trị

Khỏi / đỡ, Chuyển tuyến vì bệnh nặng, Chuyển khoa HSTC–CĐ, Tử vong / xin về

Người thu thập số liệu

Phạm Hồng Trường

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

TT	Họ và tên	Tuổi		Địa chỉ	Ngày vào viện	Ngày ra viện	Mã Y tế
		Nam	Nữ				
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
...							
...							
...							

Bắc Ninh, ngày....tháng.... năm 2026

Xác nhận của bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 1