

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN Ở 90 BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP ĐÃ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Thị Thanh^{1*}, Lê Hữu Như¹
Phạm Hồng Ánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương đường tiêu hóa trên ở bệnh nhân viêm tụy cấp đã điều trị ổn định và tìm hiểu mối liên quan với mức độ nặng của bệnh trên bệnh nhân nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 90 bệnh nhân viêm tụy cấp đã điều trị ổn định, điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 354, từ 6/2022 đến tháng 8/2023. Mô tả đặc điểm tổn thương đường tiêu hóa trên qua nội soi. Đánh giá mức độ nặng viêm tụy cấp qua chụp cắt lớp vi tính và theo CTSI.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình 57,66 ± 16,38 tuổi, từ 60 tuổi trở lên chiếm 48,9%, nam giới chiếm 78,9%, nữ giới 21,1%, viêm tụy cấp mức độ nhẹ chiếm 82,2%. Nguyên nhân do rượu 33,3%; sỏi mật 24,4%; tăng triglyceride 10,1%; chưa rõ nguyên nhân 24,4%. Trên nội soi, phát hiện tổn thương thực quản 86,7% (trong đó loét thực quản 10,0%; viêm thực quản trào ngược 76,7% với các thể A, B, C lần lượt là 61,1%, 11,1% và 4,4%), tổn thương dạ dày 67,7% (trong đó viêm xung huyết 26,6%; loét dạ dày 7,8%), tổn thương hành tá tràng (trong đó viêm phù nề 14,4% và loét 6,7%). Không tìm thấy mối liên quan giữa các tổn thương đường tiêu hóa trên với mức độ nặng viêm tụy cấp ở các bệnh nhân nghiên cứu.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, đường tiêu hóa trên.

ABSTRACT

Objectives: To describe the characteristics of upper gastrointestinal tract injuries in patients with stabilized acute pancreatitis and explore their relationship with disease severity in research patients.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study of 90 patients with stabilized acute pancreatitis, treated at the Gastroenterology Department, Military Hospital 354, from June, 2022 to August, 2023. To describe the characteristics of upper gastrointestinal tract injuries through endoscopy. Assess the severity of acute pancreatitis through computed tomography and CTSI score.

Results: The average age of patients was 57.66 ± 16.38 years, with 48.9% aged 60 and above. Males accounted for 78.9%, females 21.1%. Mild acute pancreatitis was observed in 82.2% of cases. Causes included alcohol (33.3%), gallstones (24.4%), hypertriglyceridemia (10.1%), and unknown cause (24.4%). Endoscopic findings revealed esophageal lesions in 86.7% of cases (including esophageal ulceration in 10.0% and gastroesophageal reflux disease in 76.7% with types A, B, C accounting for 61.1%, 11.1%, and 4.4%, respectively), gastric lesions in 67.7% (including hemorrhagic gastritis in 26.6% and gastric ulcer in 7.8%), and duodenal lesions % (including duodenal edema in 14.4% and ulcer in 6.7%). There was no significant correlation between upper gastrointestinal tract injuries and the severity of acute pancreatitis in the study patients.

Keywords: Acute pancreatitis, upper gastrointestinal tract.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Thị Thanh, Email: huyenthanh121976@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/3/2023; mời phản biện khoa học: 3/2024; chấp nhận đăng: 15/4/2024.

¹Bệnh viện Quân y 354.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh lí cấp cứu gặp khá phổ biến ở các cơ sở y tế. Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 220.000 bệnh nhân (BN) VTC được điều trị. Ở Phần Lan, tỉ lệ mắc bệnh VTC là 70/100.000 người, với khoảng 10-15% ca bệnh VTC diễn tiến nặng, có thể dẫn đến tử vong [1].

Cơ chế bệnh sinh của VTC chủ yếu là do sự hoạt hóa các tiền enzyme thành các enzyme có hoạt tính ngay trong lòng tuyến tụy, gây hoại tử nhu mô tụy. Từ đó, kéo theo một loạt các phản ứng viêm dây chuyền nhiều cơ quan lân cận và các biến chứng toàn thân. Khi viêm tụy cấp các enzyme có hoạt tính gây phản ứng viêm, mất cân bằng rất lớn giữa các yếu tố tấn công niêm mạc và các yếu tố bảo

vệ, giảm cung cấp máu nuôi dưỡng cho dạ dày dẫn đến gây viêm, loét, chảy máu đường tiêu hóa trên [3], [4]. BN VTC vào viện với bệnh cảnh cơn đau bụng cấp tính, thường có các triệu chứng rối loạn đường tiêu hóa trên như nôn, buồn nôn, đầy chướng bụng, bí trung đại tiện... Tuy nhiên, đây là những triệu chứng không đặc hiệu, có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác của đường tiêu hóa. Các triệu chứng này thường kéo dài khi tình trạng VTC đã ổn định, thậm chí cả sau khi BN đã xuất viện [2]. Vì vậy, nắm rõ các tổn thương đường tiêu hóa trên ở BN VTC đã điều trị khỏi và tìm hiểu mối liên quan giữa các tổn thương này với mức độ bệnh lý VTC có thể giúp thầy thuốc lâm sàng nâng cao chất lượng điều trị và tư vấn, hướng dẫn BN dự phòng bệnh tốt hơn sau khi ra viện.

Tại Bệnh viện Quân y 354, chúng tôi đã tiếp nhận cấp cứu, nhiều trị khá nhiều BN VTC, song chưa có nghiên cứu về tổn thương đường tiêu hóa trên ở các BN này sau khi đã điều trị VTC ổn định. Chúng tôi tiến hành đề tài với 2 mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm BN VTC và hình ảnh nội soi đường tiêu hóa trên ở BN VTC đã điều trị ổn định.
- Tìm hiểu liên quan giữa mức độ nặng của VTC với tổn thương đường tiêu hóa trên.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

90 BN VTC điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2022 đến 08/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN chẩn đoán xác định VTC theo Atlanta 2012 [3] (đồng thời có triệu chứng đau bụng và ít nhất 1 trong 2 biểu hiện: (1) Amylase máu hoặc lipase máu tăng ít nhất gấp 3 lần giá trị bình thường; (2) Trên phim chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh VTC); BN đã điều trị ổn định về lâm sàng (hô hấp, huyết động ổn định; không sốt, bụng đỡ chướng, trung đại tiện bình thường) và xét nghiệm (các chỉ tiêu huyết học, sinh hóa máu, amylase máu về mức bình thường).

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN VTC chưa ổn định; BN đã phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ hay một phần dạ dày; BN có chống chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Chỉ tiêu nghiên cứu:
- + Đặc điểm chung của BN: độ tuổi, giới tính,

nguyên nhân VTC, mức độ VTC (qua hình ảnh cắt lớp vi tính - CLVT và thang điểm CTSI [5]).

+ Hình ảnh tổn thương đường tiêu hóa trên qua nội soi: số lượng, vị trí, kích thước, tính chất các tổn thương viêm hoặc loét phát hiện ở thực quản, dạ dày, hành tá tràng.

+ Tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ nặng VTC với các tổn thương đường tiêu hóa trên.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Lựa chọn BN đủ tiêu chí vào nghiên cứu, ghi nhận các chỉ tiêu nghiên cứu vào hồ sơ mẫu, điều trị BN theo phác đồ VTC đến ổn định.

+ Giải thích cho BN hiểu rõ mục tiêu nghiên cứu và kĩ thuật nội soi đường tiêu hóa trên, BN kí cam kết đồng ý thực hiện kĩ thuật. Thực hiện nội soi đường tiêu hóa trên và ghi nhận, mô tả tổn thương.

+ Phân tích số liệu nghiên cứu, đánh giá kết quả và kết luận.

- Xử lí số liệu: số liệu được mã hóa, lưu trữ và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

- Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 354 chấp thuận. BN được giải thích, hiểu rõ mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ sử dụng phục vụ mục tiêu nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu

- Tuổi: BN phân bố từ 24-88 tuổi, trung bình $57,66 \pm 16,38$ tuổi, từ 60 tuổi trở lên chiếm 48,9%.

- Giới tính: 71 BN (78,9%) là nam giới và 19 BN (21,1%) là nữ giới.

- Nguyên nhân gây VTC:

+ Do rượu: 30 BN (33,3%).

+ Do sỏi mật: 22 BN (24,4%).

+ Do tăng triglyceride: 9 BN (10,1%).

+ Chưa rõ nguyên nhân: 22 BN (24,4%).

- Mức độ VTC:

+ Mức độ nhẹ: 74 BN (82,2%).

+ Mức độ vừa: 12 BN (13,3%).

+ Mức độ nặng: 4 BN (4,4%).

- Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT):

+ VTC thể phù nề: 79 BN (87,8%).

+ VTC thể hoại tử: 11 BN (12,2%)

3.2. Hình ảnh tổn thương đường tiêu hóa trên phát hiện qua nội soi

Bảng 1. Hình ảnh tổn thương chung (n = 90)

Hình ảnh tổn thương		Số BN	Tỉ lệ %	
Thực quản	Không tổn thương	12	13,3	
	Viêm trào ngược	A	55	61,1
		B	10	11,1
		C	4	4,4
	Cộng	69	76,7	
Loét cấp tính	9	10,0		
Rách	0	0		
Dạ dày	Không tổn thương	25	27,8	
	Viêm phù nề xung huyết	24	26,6	
	Viêm xuất huyết cấp	9	10,0	
	Viêm trợt cấp	25	27,8	
	Loét	7	7,8	
Hành tá tràng	Không tổn thương	71	78,9	
	Viêm phù nề	13	14,4	
	Loét	6	6,7	

Bảng 2. Phân bố BN theo vị trí tổn thương

Tính chất tổn thương		Vị trí tổn thương	
		Dạ dày (n = 7)	Tá tràng (n = 6)
Số lượng ổ loét	1 ổ	4 BN (57,1%)	2 BN (33,3%)
	≥ 2 ổ	3 BN (42,9%)	4 BN (66,6%)
Kích thước ổ loét	< 1cm	3 BN (42,9%)	5 BN (83,3%)
	≥ 1cm	4 BN (57,1%)	1 BN (16,7%)
Vị trí ổ loét	Hang vị	2 BN (28,6%)	-
	Thân vị	5 BN (71,4%)	-

3.3. Liên quan giữa mức độ VTC với tổn thương đường tiêu hóa trên

Bảng 3. Liên quan giữa mức độ VTC với tổn thương đường tiêu hóa trên

Tổn thương đường tiêu hóa trên	Mức độ VTC			P	
	Nhẹ (n = 74)	Vừa (n = 12)	Nặng (n = 4)		
Thực quản	Không tổn thương	9	1	2	> 0,05
	Viêm trào ngược	58	9	2	
	Loét cấp tính	7	2	0	
Dạ dày	Rách thực quản	0	0	0	> 0,05
	Không tổn thương	17	6	2	
	Viêm phù nề xung huyết	18	4	2	
	Viêm trợt cấp	24	1	0	
	Viêm xuất huyết cấp	9	0	0	
Hành tá tràng	Loét dạ dày	6	1	0	> 0,05
	Không tổn thương	59	10	2	
	Viêm phù nề	10	1	2	
Loét hành tá tràng	5	1	0		

Bảng 4. Liên quan giữa hình ảnh VTC với tổn thương đường tiêu hóa trên

Tổn thương đường tiêu hóa trên		Hình ảnh VTC trên CLVT		p
		Phù nề (n = 79)	Hoại tử (n = 11)	
Thực quản	Không tổn thương	9	3	> 0,05
	Viêm trào ngược	62	7	
	Loét cấp tính	8	1	
	Rách	0	0	
Dạ dày	Không tổn thương	23	2	> 0,05
	Viêm phù nề xung huyết	22	2	
	Viêm trợt cấp	19	6	
	Viêm xuất huyết cấp	9	0	
	Loét	6	1	
Hành tá tràng	Không tổn thương	62	9	> 0,05
	Viêm phù nề	10	3	
	Loét	6	0	

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu

BN VTC trong nghiên cứu của chúng tôi phân bố từ 24-88 tuổi, trung bình $57,66 \pm 16,38$ tuổi; độ tuổi gặp nhiều nhất là từ 60 tuổi trở lên (48,9%). Kết quả này cao hơn một số nghiên cứu trong nước khác, như Vũ Công Thắng (BN trung bình 45 ± 16 tuổi [9]), Nguyễn Thị Thu Hằng (BN trung bình $44,15 \pm 11,11$ tuổi [5]). Sự khác biệt này có thể do đặc thù đối tượng BN của Bệnh viện Quân y phần lớn là quân nhân và người đã nghỉ hưu. Chúng tôi gặp 78,9% BN nam giới và 21,1% BN nữ giới, tỉ lệ giới tính BN nam/nữ xấp xỉ 4/1. Kết quả này tương đương nghiên cứu của một số tác giả ở các nước châu Âu và Hoa Kỳ (tỉ lệ giới tính BN VTC nam/nữ = 4/1), nhưng lại khác biệt nhiều với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng (17 nam/1 nữ [5]).

Nguyên nhân VTC rất quan trọng, có liên quan tới phương pháp điều trị BN và nội dung tư vấn sức khỏe, dự phòng tái phát sau khi BN ra viện. VTC do sỏi (sỏi đường mật - tụy, giun chui ống mật) cần được làm ERCP lấy bỏ sỏi, giun cho hiệu quả điều trị và dự phòng tái phát rất cao. Với BN VTC do rượu thì hạn chế tối đa việc sử dụng rượu lại có ý nghĩa rất quan trọng tránh tái phát. Rượu là nguyên nhân gây VTC nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (33,3%), tiếp đó là sỏi đường mật (24,4%), tăng triglyceride (10,1%) và có tới 24,4% BN VTC chưa rõ nguyên nhân. Tỉ lệ BN VTC do rượu chúng tôi gặp tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng (41,1% [5]), song cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Huyền (14,3% [8]). Sỏi mật là nguyên nhân thứ hai gây VTC mà chúng tôi gặp (24,4%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Công Long (13,3% [6]) hay Vũ Công Thắng (15,6% [9]), song thấp hơn nghiên cứu của Tai - En Chen (45% BN VTC là do sỏi mật, xuất phát từ hiện tượng tăng cholesterol trong máu và sỏi cholesterol túi mật [7]). VTC do tăng triglyceride trong nghiên cứu này chiếm 10,1%; tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Công Long (10% [6]), Tai - En Chen (4% [7]), song thấp hơn nghiên cứu của Vũ Công Thắng (42,1% [9]). Chúng tôi gặp 24,4% BN chưa xác định được nguyên nhân gây bệnh, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Công Long (38,9% [6]), Hoàng Thị Huyền (57,1% [8]), có thể do điều kiện về phương tiện máy móc, trang thiết bị để chẩn đoán bệnh và nguyên nhân ở các cơ sở y tế khác nhau.

Đánh giá mức độ VTC, chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn Balthazar và thang điểm CTSI để xác định mức độ nặng của bệnh VTC. Kết quả cho thấy có 82,2% BN VTC mức độ nhẹ, 13,3% BN VTC mức

độ vừa và 4,4% VTC mức độ nặng. Chúng tôi gặp đa số BN VTC mức độ nhẹ, có thể do nghiên cứu được thực hiện ở Khoa Nội Tiêu hóa, ít tiếp nhận điều trị BN VTC mức độ nặng. Tỉ lệ các mức độ VTC trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả các nghiên cứu của Vũ Công Thắng (48,9% thể nhẹ, 40% thể trung bình, 11,1% thể nặng [9]), Nguyễn Thị Thu Hằng (60% thể nhẹ, 34,4% thể trung bình, 5,6% thể nặng [5]).

4.2. Tổn thương đường tiêu hóa trên ở BN VTC đã điều trị ổn định

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ tổn thương thực quản là 86,7%; trong đó, có đến 76,7% BN viêm thực quản trào ngược, chủ yếu là viêm thực quản trào ngược độ A (61,1%), còn lại là độ B (11,1%) và độ C (4,4%), không trường hợp nào độ D. Kết quả này thấp hơn không đáng kể so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng (viêm thực quản trào ngược độ A là 91,7%, độ B và C là 4,15%, không trường hợp nào ở độ D [5]), hay Tai - En Chen và cộng sự (viêm thực quản trào ngược độ A là 77,8%, độ B là 22,2%, không trường hợp nào độ C và độ D [7]).

Tổn thương dạ dày ở BN VTC đã ổn định là 67,7%, trong đó viêm dạ dày cấp chiếm tỉ lệ cao (viêm trợt, phù nề xung huyết, viêm xuất huyết cấp lần lượt chiếm 27,8%, 26,6%, 10,0%), loét dạ dày có 7/90 BN. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng (tổn thương đặc trưng là viêm xung huyết, kết hợp với trợt nông niêm mạc vùng hang vị, chiếm 90% [5]) và Tai - En Chen (128/197 BN VTC có tổn thương cấp tính niêm mạc đường tiêu hóa trên [7]).

Mô tả hình ảnh ổ loét dạ dày của 7 BN VTC ổn định, chúng tôi thấy 4/7 BN có 1 ổ loét và 3/7 BN có từ 2 ổ loét trở lên; số BN có ổ loét kích thước ≥ 1 cm và < 1 cm tương đương nhau; số BN có ổ loét ở thân vị (5 người) nhiều hơn ở hang vị (2 người). Kết quả này tương đương nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hằng (8/120 BN VTC đã điều trị khỏi có loét dạ dày và đều có kích thước ổ loét < 1 cm; trong đó, 5 BN có 1 ổ loét dạ dày ở hang vị và tiền môn vị, 3 BN có nhiều ổ loét dạ dày ở thân vị [5]). Theo nghiên cứu của Tai - En Chen, trong các BN VTC có loét dạ dày, phát hiện tỉ lệ 98% BN có ổ loét kích thước < 1 cm, 2% BN có ổ loét kích thước > 1 cm; loét thân vị gặp 13%, loét hang vị gặp 84%, có 3% loét cả thân vị và hang vị; loét nhiều ổ chiếm 87% và chỉ 13% loét 1 ổ [7]. Có thể do cách lựa chọn đối tượng BN ở các nghiên cứu khác nhau nên kết quả nghiên cứu có những khác biệt như đã nêu.

Chúng tôi thấy hình ảnh nội soi hành tá tràng bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất (78,9%), hình

ảnh viêm phù nề chiếm 14,4% (13/90 BN) và hình ảnh loét hành tá tràng là 6,6% (6/90 BN). Kết quả này thấp hơn các nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng (gặp nhiều nhất là loét tá tràng với 9/90 ca, chiếm 10% [5]), Nguyễn Công Long (tỉ lệ loét hành tá tràng là 16,7% [6]). Do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là BN VTC đã điều trị ổn định nên chỉ phát hiện 6/90 BN có hình ảnh tổn thương hành tá tràng (với 2/6 BN có 2 ổ loét trở lên, 5/6 BN có kích thước ổ loét < 1 cm). Hình ảnh loét nông, đa ổ này chứng tỏ phần lớn BN loét hành tá tràng là mới xuất hiện và cấp tính; tương đương của nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hằng [5].

4.3. Liên quan giữa hình ảnh nội soi đường tiêu hóa trên với mức độ VTC

Chúng tôi tìm hiểu mối liên quan giữa các tổn thương đường tiêu hóa trên (phát hiện qua nội soi) với hình ảnh chụp CLVT và mức độ VTC (đánh giá theo tiêu chuẩn Balthazar và thang điểm CTSI [5]). Kết quả nghiên cứu cho thấy đa phần BN VTC thể nhẹ có viêm thực quản trào ngược (62/79 BN). Tuy nhiên, mối liên quan giữa tổn thương thực quản với mức độ nặng VTC không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Hình ảnh nội soi dạ dày ở BN VTC nghiên cứu chủ yếu là viêm phù nề xung huyết, viêm loét và cũng liên quan không có ý nghĩa thống kê đến mức độ nặng VTC ($p > 0,05$). Đa phần BN có hình ảnh nội soi hành tá tràng bình thường (71/90 BN), liên quan không có ý nghĩa thống kê đến mức độ VTC ($p > 0,05$). Như vậy, giữa mức độ VTC với hình ảnh tổn thương đường tiêu hóa trên ở BN VTC đã ổn định không có mối liên hệ mang ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng và Nguyễn Công Long (đều không phát hiện mối liên quan giữa mức độ tổn thương VTC trên hình ảnh CLVT với hình ảnh tổn thương đường tiêu hóa trên [5], [6]).

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được nội soi đường tiêu hóa trên sau khi điều trị VTC ổn định (thường sau đợt điều trị 7-14 ngày, ổ bụng có nhu động ruột, hết chướng, BN trung tiện, đại tiện được). Mặt khác, trong quá trình điều trị có sử dụng PPI là thuốc giảm tiết ức chế bơm proton, nên một số tổn thương đường tiêu hóa trên có thể đã được điều trị khỏi ở thời điểm nội soi. Đây có thể là những yếu tố tác động tới kết quả của nghiên cứu. Tuy nhiên, chúng tôi cho rằng, nên chỉ định nội soi đường tiêu hóa trên ở BN VTC đã điều trị ổn định nhằm mục đích đánh giá các tổn thương, tạo căn cứ khoa học để tư vấn và vạch kế hoạch điều trị củng cố tiếp theo cho BN khi ra viện.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 90 BN VTC đã điều trị ổn định, tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2022 - 8/2023, kết quả:

- BN trung bình $57,66 \pm 16,38$ tuổi (48,9% từ 60 tuổi trở lên); tỉ lệ giới tính BN nam/nữ xấp xỉ 4/1; VTC mức độ nhẹ chiếm 82,2%. Nguyên nhân do rượu: 33,3%; sỏi mật: 24,4%; tăng triglyceride: 10,1%; chưa rõ nguyên nhân: 24,4%.

- Trên nội soi, phát hiện tổn thương thực quản 86,7% (trong đó loét thực quản 10,0%; viêm thực quản trào ngược 76,7% với các thể A, B, C lần lượt là 61,1%, 11,1% và 4,4%), tổn thương dạ dày 67,7% (trong đó viêm xung huyết 26,6%; loét dạ dày 7,8%), tổn thương hành tá tràng 21,1% (trong đó viêm phù nề 14,4% và loét 6,7%). Không tìm thấy mối liên quan giữa các tổn thương đường tiêu hóa trên với mức độ nặng của bệnh lí VTC ở các BN nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carroll J.K et al. (2007), "Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment". *75*(10), 1513-1520.
2. Boxhoorn L et al. (2020), "Acute pancreatitis", *Lancet Lond Engl*, 396(10252), 726-734.
3. Banks P.A et al. (2013), "Classification of acute pancreatitis - 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus", *Gut*, 62(1), 102-111.
4. Gapp J, Chandra S (2022), "Acute Pancreatitis", *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
5. Nguyễn Thị Thu Hằng (2014), *Nghiên cứu tổn thương đường tiêu hóa trên ở bệnh nhân viêm tụy cấp*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2014.
6. Nguyễn Công Long và cộng sự (2012). "Đánh giá tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa trên ở bệnh nhân viêm tụy cấp", *Tạp chí Y học lâm sàng*, số đặc biệt, 212-214.
7. Chen T.A et al. (2007), "Acute pancreatitis-associated acute gastrointestinal mucosal lesions: incidence, characteristics, and clinical significance", *J. Clin. Gastroenterol*, 41(6), 630-634.
8. Hoàng Thị Huyền (2004), *ĐỐI CHIẾU MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG TRONG VIÊM TỤY CẤP VỚI PHÂN ĐỘ NẶNG NHẸ CỦA IMRIE VÀ BALTHAZAR*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2004.
9. Vũ Công Thắng (2010), "Nghiên cứu tiên lượng viêm tụy cấp theo bảng điểm Imrie và Balthazar", *Tạp chí Nội Khoa*, 2010, 9-12. □