

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG VIÊM TỤY CẤP

NGUYỄN THỊ KIM ANH – *Bệnh viện đa khoa Chí linh, Hải Dương*
TRẦN CÔNG HOAN – *Bệnh viện Việt Đức*

TÓM TẮT

Đề tài tiến hành với mục tiêu nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính trong viêm tụy cấp. Từ 01/2011 đến 12/2011 tại Bệnh viện Việt Đức, 130 bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính (CLVT) để chẩn đoán viêm tụy cấp, trong đó nam 101 (77,7%), nữ: 29 (22,3%); tuổi trung bình $47,3 \pm 11,2$ (từ 16 - 82 tuổi). Lâm sàng đau bụng 100%, nôn và buồn nôn 63,1%, bí trung đại tiện 89,2%. Xét nghiệm amylase máu $>660U/l$: 33,8%; amylase niệu $>1000U/l$: 30,8%; đường máu $>6,4mmol/l$: 54,6%; canxi máu $<2mmol/l$: 30,8%; bạch cầu $>10,10^9/mm^3$: 80,8%. Kết quả chụp CLVT để phân loại viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn của Balthazar: bậc E 66/130 trường hợp (50,8%); bậc D 43/130 (33,1%); bậc C 19/130 (14,6%); bậc A và B chỉ chiếm 1,6%. Có 3 trường hợp bậc E và 1 trường hợp bậc D được phẫu thuật.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, chụp cắt lớp vi tính.

SUMMARY

IMAGE CHARACTERISTICS OF TOMOGRAPHY IN ACUTE PANCREATITIS

Study was conducted with the aim of studying characteristics of imaging tomography in acute pancreatitis. From January 2011 to December 2011 at Viet Duc hospital, 130 patients indicated tomography for the diagnosis of acute pancreatitis, including male: 101 (77.7%), female: 29 (22.3%); the average age was 47.3 ± 11.2 (from 16-82 years old). Clinical examination: abdominal pain 100%, vomiting and nausea 63.1%, no bowel removal 89.2%. Test of blood amylase $>660U/l$: 33.8%; urinary amylase $>1000U/l$: 30.8%; blood glucose $>6.4 mmol/l$: 54.6%; blood calcium $<2mmol/l$: 30.8%; leukemia $>10.10^9/mm^3$: 80.8%. CT scanner results for classification of acute pancreatitis according to standard of Balthazar: level E: 66/130 cases (50.8%); level D: 43/133 (33.1%); level C: 19/130 (14.6%); levels A and B account for only 1.6%. There are 3 cases of level E and 1 case of level D operated.

Keywords: Pancreatitis, CT- Scanner.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là bệnh lý cấp tính thường gặp trong ổ bụng, bệnh diễn biến phức tạp, gây nhiều biến chứng nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao. Theo ước tính của tổ chức y tế thế giới hàng năm tần suất mắc bệnh khoảng 25 - 50 bệnh nhân/100.000 dân. Tại Mỹ mỗi năm có khoảng 210.000 bệnh nhân VTC nhập viện.

Hội nghị quốc tế ở Atlanta (9/2002) đã thống nhất phân loại VTC thành 2 thể gồm thể phụ nề và thể hoại tử chảy máu. Thể hoại tử chảy máu có tiên lượng nặng, diễn biến nặng, dễ dẫn tới nhiễm trùng,

suy giảm chức năng sinh tồn... tử vong cao [1].

Chẩn đoán thể trong VTC là một vấn đề hết sức quan trọng vì phải sử dụng những thăm dò khác nhau, kết hợp giữa lâm sàng và cận lâm sàng. Thực tế cho thấy chẩn đoán thể trong VTC chủ yếu dựa vào chẩn đoán hình ảnh như: X quang quy ước, siêu âm, nội soi, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ (MRI)... Mỗi phương pháp đều có giá trị và những ưu điểm, hạn chế nhất định. Chụp CLVT chẩn đoán thể bệnh trong VTC tuy không phải là phương pháp duy nhất, thay thế hoàn toàn các xét nghiệm song nó có những ưu điểm, tránh được hạn chế của các phương pháp chẩn đoán khác và tỏ ra có hiệu quả cao, nhất là chẩn đoán thể bệnh và theo dõi tiên lượng giúp quá trình điều trị chính xác hơn.

Ở Việt Nam, một số tác giả đã nghiên cứu chẩn đoán hình ảnh trong VTC nhưng chưa có công trình nào nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp CLVT trong VTC một cách hệ thống. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính trong viêm tụy cấp.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân VTC được chẩn đoán bằng CLVT tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2011 đến tháng 12/2011.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính.

Được chụp CLVT ổ bụng trước và sau tiêm thuốc cản quang để phân độ theo Balthazar.

Có chẩn đoán VTC trên lâm sàng, xét nghiệm máu và sinh hóa.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không đạt tiêu chuẩn trên.

Những trường hợp viêm tụy cấp do chấn thương.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả.

Phương tiện: Máy chụp cắt lớp Somatom Emotion 2 dãy đầu dò của hãng Siemens.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, chụp cắt lớp, các thông số chụp, đặc điểm hình ảnh, kích thước tụy, tình trạng nhu mô, ống tụy chính, ống mật chủ, dịch quanh tụy, dịch ổ bụng, màng phổi, đánh giá phân loại tổn thương theo Balthazar và mức độ hoại tử của nhu mô tụy... Thu thập và xử lý số liệu bằng các phần mềm thống kê Y học.

KẾT QUẢ

Từ 01/2011 đến 12/2011 tại Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi đã chụp CLVT ổ bụng cho 130 bệnh nhân để chẩn đoán viêm tụy cấp, trong đó nam 101 (77,7%),

nữ: 29 (22,3%); tuổi trung bình $47,3 \pm 11,2$ (từ 16 - 82 tuổi), nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 40-49 tuổi (29,2%), nhóm ít nhất là trên 70 (5,4%) và dưới 30 (7,7%) tuổi. Lâm sàng: 100% đau bụng, nôn và buồn nôn 63,1%, bí trung đại tiện 89,2%. Xét nghiệm amylase máu >660U/l: 33,8%; amylase niệu >1000U/l: 30,8%; đường máu >6,4mmol/l: 54,6%; canxi máu <2mmol/l: 30,8%; bạch cầu >10,10⁹/mm³: 80,8%. Chụp CT thấy hình ảnh VTC như trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh của tụy trên chụp CLVT.

Các chỉ số trên CLVT	Tính chất	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kích thước	Bình thường	21	16,2
	To	109	83,8
Bờ tụy	Đều	75	56,7
	Không đều	55	43,3
Tình trạng ống tụy	Giãn	13	10,0
	Không giãn	117	90,0
Tỷ trọng nhu mô	Bình thường	22	16,9
	Giảm tỷ trọng	106	81,5
Cấu trúc trước tiêm	Tăng tỷ trọng	2	1,6
	Không đồng nhất	41	31,5
Ngấm thuốc nhu mô	Đồng nhất	89	68,5
	Không đồng nhất	25	19,3
Tổn thương	Có ổ hoại tử	24	18,5
	Không ổ hoại tử	106	81,5

Ngoài ra, chụp CLVT còn phát hiện sỏi túi mật 7/130 trường hợp (5,4%), sỏi OMC 4/130 (3,1%); sỏi đường mật trong gan 6/130 (4,6%) và giun chui OMC 1/130 (0,8%).

Bảng 2. Dấu hiệu ngoài nhu mô tụy trên chụp CLVT

Chỉ số trên CLVT	Tổn thương	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Dấu hiệu ngoài nhu mô tụy	Thâm nhiễm mỡ khoang quanh tụy	109	83,8
	Thâm nhiễm mỡ quanh thận	62	47,7
	Xóa vách mỡ trong tuyến	16	12,3
	Dày cân sau phúc mạc	7	5,9
	Dày thành các tạng rỗng lân cận	15	11,5
	Thâm nhiễm mạc treo	30	23,1
Dịch trong ổ bụng	Khoang gan thận	87	66,9
	Khoang lách thận	43	33,1
	Túi cùng douglas	41	31,5
Dòng chảy ngoài tụy	Quanh tụy	117	90,0
	Khoang cạnh thận trước trái	75	57,7
	Khoang cạnh thận trước phải	38	29,2
	Hậu cung mạc nối	34	26,2
	Rãnh cạnh đại tràng	44	33,8
Tràn dịch màng phổi	Tiểu khung	37	28,5
	Bên phải	5	3,8
	Bên trái	12	9,2
	Cả hai bên	43	33,1

Phân chia thể bệnh theo phân loại Atlanta [0]: VTC thể phù nề 106/130 (81,5%); VTC thể hoại tử 24/130 (18,5%).

Bờ tụy: trong VTC thể hoại tử chỉ gặp bờ tụy không đều 24/24 (100%). Trong VTC thể phù nề, bờ

tụy đều gặp 75/106 (70,8%), bờ tụy không đều 31/106 (29,2%). Sự khác biệt hình ảnh chụp CLVT của bờ tụy giữa 2 thể có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

Về kích thước: VTC hoại tử có tỷ lệ tụy to trên CLVT là 22/24 (91,6%), kích thước bình thường 2/24 (8,4%). VTC thể phù nề có tỷ lệ tụy to trên CT là 87/106 (82,1%), kích thước bình thường 19/106 (17,9%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$.

Viêm tụy cấp không biến chứng chiếm tỷ lệ cao 99,2%; có biến chứng áp xe chiếm 0,8%. Chỉ định phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu gặp 4 trường hợp, trong đó có 3 trường hợp (2,3%) VTC do nguyên nhân sỏi kẹt Oddi; 1 trường hợp (0,8%) biến chứng áp xe tụy.

Bảng 3. Phân độ, mức độ hoại tử nhu mô tụy, chỉ số trầm trọng đối chiếu với các phương pháp điều trị (theo Balthazar)

Thông số	Phẫu thuật	Điều trị nội	Cộng
Phân độ Balthazar	Bậc A	0	1 (0,76)
	Bậc B	0	1 (0,76%)
	Bậc C	0	19 (14,6%)
	Bậc D	1 (0,76%)	42 (31,5%)
	Bậc E	3 (2,3%)	63 (47,3%)
Mức độ hoại tử	0%	0	106 (81,5%)
	1 - 30%	0	18 (13,9%)
	30 - 50%	3 (2,3%)	2 (1,5%)
	>50%	1 (0,76%)	0
Chỉ số trầm trọng	≤3 điểm	0	55 (42,3)
	4 - 6 điểm	3 (2,3%)	71 (54,2)
	7 - 10 điểm	1 (0,76%)	0

Bảng 4. Đối chiếu phân độ, mức độ hoại tử, chỉ số trầm trọng trên CLVT với thời gian nằm viện và tỷ lệ biến chứng (theo Balthazar)

Thông số	Bệnh nhân	Ngày nằm viện TB	Biến chứng
Phân độ Balthazar	Bậc A	1	5
	Bậc B	1	5
	Bậc C	19	5,3
	Bậc D	43	6,3
	Bậc E	66	10,8
Mức độ hoại tử	0%	106	6,0
	1 - 30%	21	6,5
	30 - 50%	2	8,5
Chỉ số trầm trọng	≤3	55	6,1
	4-6	74	7,7
	7-10	1	30

Tỷ lệ hoại tử nhu mô tụy càng lớn, chỉ số trầm trọng càng cao thì tỷ lệ biến chứng và ngày nằm viện càng dài. Ngày nằm viện trung bình là 6,5 ngày.

BÀN LUẬN

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm đột ngột của tuyến tụy, diễn biến có thể nhẹ hoặc nặng nề tùy theo sự đáp ứng viêm của cơ thể gây rối loạn chức năng đa cơ quan và đe dọa mạng sống. Ở các nước phương Tây, sỏi mật và lạm dụng rượu là nguyên nhân của 80% các trường hợp VTC phải nhập viện [1]. Ở Việt Nam, ngoài nguyên nhân kinh điển như trên thì còn có một nguyên nhân quan trọng khác là do giun chui

ống mật - tụy. Chẩn đoán VTC, ngoài các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa máu thì chụp CTVT là thăm dò tốt nhất để đánh giá tổn thương, tiên lượng và hướng dẫn điều trị VTC. Hình ảnh của VTC trên chụp CLVT rất đa dạng, cụ thể:

Về kích thước tụy: Trên chụp CLVT, đa số các nghiên cứu đều thấy tụy to ra nhưng thay đổi tùy tác giả: Mendez thấy tụy to khi chụp CLVT là 100%; Trần Công Hoan là 56,7%; nghiên cứu của chúng tôi là 83,8%. Số dĩ tỷ lệ này khác nhau vì trong VTC, nếu người bệnh được thăm khám vào giai đoạn sớm hoặc VTC thể nhẹ thì hình ảnh tụy bình thường chiếm tới 20% trên chụp CLVT. Trong trường hợp VTC hoại tử chảy máu, giai đoạn đầu do tổ chức hoại tử còn nhỏ và vẫn còn xen lẫn với tổ chức lành nên tụy to lúc đầu chủ yếu do phù nề xung huyết hoặc do tích tụ các sản phẩm viêm. Giai đoạn sau, khi tụy bị hoại tử nhiều thì tụy to và thường có thêm bờ cong lồi. Nhưng nếu tụy tiếp tục hoại tử thêm thì dịch hoại tử sẽ chảy vào khoang sau phúc mạc và ổ bụng sẽ làm cho kích thước tụy giảm đi. Nếu chụp CLVT trong giai đoạn này có thể không thấy tụy to nữa. Do vậy khi theo dõi kích thước tụy phải chú ý kết hợp với các dấu hiệu khác để đề phòng, vì dù kích thước tụy bình thường nhưng thực tế VTC đã ở giai đoạn tụy hoại tử nhiều và dịch đã chảy vào ổ bụng.

Về tình trạng ống tụy: Trần Công Hoan thấy tỷ lệ không giãn ống tụy là 89,3%; nghiên cứu chúng là 90%. Ống tụy chỉ giãn khi viêm tụy cấp là do nguyên nhân cơ học như do sỏi kẹt Oddi, do bị chèn ép hoặc do bị phù nề.

Về bờ tụy: Bình thường bờ tụy thường liên, mảnh, liên tục và rõ nét trên chụp CLVT. Khi tụy viêm thì bờ trở thành không đều, mập mờ, lồi lõm hoặc mờ đi làm khó phân biệt ranh giới giữa nhu mô tụy với tổ chức mỡ quanh tụy. Ý nghĩa của việc nhìn thấy rõ đường bờ tụy giúp tiên lượng và phân loại thể bệnh VTC rất hiệu quả, nhất là trong trường hợp VTC thể hoại tử. Chúng tôi thấy bờ tụy đều chiếm 56,7%, bờ tụy không đều chiếm 43,3%.

Tình trạng khoang quanh tụy: Chúng tôi chụp CLVT phát hiện được dấu hiệu thâm nhiễm mỡ quanh tụy sớm là 83,8%; thâm nhiễm mỡ quanh khoang cạnh thận là 47,7%; xoá vách mỡ trong tuyến là 23,1%; dày thành tạng rỗng lân cận là 11,5%; dày cân sau phúc mạc là 5,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Công Hoan.

Dịch tự do trong ổ bụng: Chúng tôi phát hiện được dịch trong khoang lách thận là 69,0%, khoang gan thận là 33,1%, dịch ở túi cùng Douglas là 31,5%. Dấu hiệu dịch tự do có trong ổ bụng, theo nhiều tác giả là dấu hiệu nặng. Vì vậy, chụp CLVT tìm dịch tự do ngoài chẩn đoán còn có giá trị đánh giá tiên lượng rất tốt.

Dòng chảy tụy: Dòng chảy của dịch tụy và dịch của các tổ chức hoại tử chứa nhiều amylase, chảy dọc theo dây chằng phúc mạc quanh tụy vào các khoang dưới phúc mạc và những khoang thấp hoặc tổ chức quanh tụy. Do mạc Toldt phải và trái ghép với

nhau thành khoang nên khi có dịch chảy vào sẽ làm cho chúng có thể tách ra. Dòng chảy tụy còn có thể tạo khối hoặc thoái hóa trở thành nang giả tụy. Nang có thể hình thành ở nhiều vị trí khác nhau trong ổ bụng. Chúng tôi phát hiện thấy dịch quanh tụy 90%, dịch khoang cạnh thận trước trái 57,7%, dịch khoang cạnh thận trước phải 29,3%, dịch ở rãnh thành đại tràng 33,8%, dịch hậu cung mạc nối 26,2%, dịch xuống tiểu khung 28,8%. Trần Công Hoan nghiên cứu trên 178 bệnh nhân VTC thấy dịch khoang cạnh thận trái là 62,4%, cạnh thận trước phải 13,5%, rãnh đại tràng 24,2%, hậu cung mạc nối là 29,2%. Nghiên cứu Mendez trên 102 bệnh nhân có dịch hoại tử ở khoang cạnh thận trái là 62%, cạnh thận trước phải là 20%; dịch hậu cung mạc nối là 19,6%.

Tràn dịch màng phổi: Chúng tôi phát hiện được 46,1% có tràn dịch màng phổi, trong đó tràn dịch cả hai bên màng phổi là 33,1%; tràn dịch màng phổi trái 9,2%; tràn dịch màng phổi phải 3,8%. Số liệu này phù hợp một số tác giả khi nghiên cứu tràn dịch màng phổi trong VTC.

Đặc điểm về tỷ trọng nhu mô tụy trước khi tiêm thuốc cản quang: Nhu mô tụy bình thường có tỷ trọng 40-60 HU, tương đương với tỷ trọng của nhu mô gan, lách. Khi viêm, nhất là viêm tụy hoại tử thì nhu mô tụy bị giảm tỷ trọng. Ngược lại, nếu nhu mô tụy tăng tỷ trọng thì đó là biểu hiện có chảy máu trong nhu mô. Chúng tôi phát hiện được hiện tượng nhu mô giảm tỷ trọng 81,5% nhưng nhu mô tăng tỷ trọng chỉ phát hiện được 1,5%.

Đặc điểm ngấm thuốc cản quang của nhu mô tụy trên chụp CLVT: Do viêm tụy hoại tử chảy máu rất khó dựa vào tỷ trọng của nhu mô để chẩn đoán thể bệnh do ổ hoại tử nhỏ nên tỷ trọng nhu mô và tổ chức viêm nhiễm xung quanh tụy tương tự nhau. Để chẩn đoán thể bệnh, các tác giả đều thống nhất phải tiêm thuốc cản quang để chụp CLVT. Khi chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang, viêm tụy thể phù nề và viêm tụy thể hoại tử có thể dễ dàng phân biệt được với độ nhạy tới 87%, độ đặc hiệu 100%.

Đánh giá thể bệnh: Chúng tôi thấy VTC thể phù nề chiếm 81,5%; thể VTC hoại tử là 18,5% trong đó có 4 trường hợp (4,1%) phải phẫu thuật. VTC thể phù nề có 87/106 (82,1%) trường hợp tụy to nhưng sự khác nhau giữa hai thể bệnh này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thực tế không thể dựa đơn thuần vào kích thước tụy để chẩn đoán VTC mà phải dựa thêm về cấu trúc tụy và dấu hiệu ngoài nhu mô...

Hoại tử nhu mô tụy: Là một trong những yếu tố quyết định sự tiến triển tại chỗ của tổn thương và để tiên lượng VTC. Trước kia người ta quan niệm hoại tử là giai đoạn tiếp theo của VTC phù nề. Ngày nay nhờ có chụp CLVT nên quan niệm này đã thay đổi.

Tiên lượng: Nghiên cứu các vùng hoại tử rất có ý nghĩa tiên lượng. Baron nhận thấy rằng nếu tụy có vùng hoại tử thì 82% là VTC hoại tử, tỷ lệ tử vong là 23%. Nếu không có vùng hoại tử thì tỷ lệ có VTC là 6% và không có tử vong.

Thời gian hoại tử: Theo Balthazar, chỉ có một số

ít trường hợp VTC hoại tử chảy máu xảy ra sau giai đoạn viêm phù nề. Chúng tôi chưa xác định được thời gian hoại tử nhu mô tụy nhưng chụp CLVT đã phát hiện được 24/130 trường hợp (18,5%) VTC có tổn thương hoại tử chảy máu. Chính vì vậy chụp CLVT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh chủ lực để đánh giá hoại tử nhu mô tụy, vì nó phát hiện rất chính xác vùng bị tổn thương và mức độ hoại tử để giúp các nhà lâm sàng quyết định cách thức điều trị.

Áp dụng phân loại của Balthazar: Trên cơ sở mức độ viêm, mức độ hoại tử, dòng chảy tụy, VTC được phân thành 5 bậc theo Balthazar. Nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương VTC tập trung cao nhất ở bậc E với 66/130 trường hợp (50,8%); bậc D 43/130 (33,1%); bậc C 19/130 (14,6%); bậc A và B chỉ chiếm 1,6%. Có 3 trường hợp bậc E và 1 trường hợp bậc D được phẫu thuật. Dựa theo phân loại VTC của Balthazar, hầu như toàn bộ số bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định điều trị nội khoa là chủ yếu, chỉ định phẫu thuật chỉ chiếm 3,1%.

Phương pháp tính điểm: Cách phân loại cải tiến của Balthazar [0] là kết hợp phân loại theo bậc và mức độ hoại tử nhu mô để tính điểm mức độ trầm trọng, trong đó hai yếu tố tiên lượng là hoại tử và sự tồn tại các ổ dịch được cho điểm từ 1-10. Nghiên cứu của chúng tôi, nhóm từ 4-6 điểm gặp nhiều nhất 56,9% với 3 trường hợp phải phẫu thuật; nhóm có điểm ≤ 3 chiếm 42,3%; nhóm từ 7-10 điểm chỉ có 0,8% với 1 bệnh nhân được phẫu thuật. Ngoài ra phương pháp tính điểm của Balthazar rất có giá trị để đánh giá tiên lượng. Tuy vậy vẫn gặp phải sự không ăn nhịp giữa mức độ tổn thương trên hình ảnh chụp CLVT với toàn trạng của bệnh nhân, do đó nên cần phải sử dụng thêm các tiêu chuẩn về hồi sức (Glasgow, Apache II)

Số ngày nằm viện và chỉ số trầm trọng: Số ngày nằm viện liên quan chặt chẽ với mức độ viêm và hoại tử nhu mô tụy và luôn tỷ lệ thuận với chỉ số trầm trọng của bệnh nhân.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi số ngày nằm

viện trung bình cao nhất bậc E là 10,8 ngày, bậc D là 6,6 ngày, bậc C là 5,5 ngày, bậc B và bậc A là 5 ngày. Nghiên cứu của Trần Công Hoan [2], số ngày nằm viện trung bình là 13 ngày, trong đó số ngày nằm viện trung bình bậc E là 23,3 ngày, bậc D là 14,3 ngày, bậc C là 9,6 ngày, bậc B là 8,4 ngày, bậc A là 8 ngày. Như vậy số ngày nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi ở tất cả các bậc đều thấp hơn so với các tác giả khác. Có lẽ do hình thái bệnh tật ít thay đổi nên phương pháp chẩn đoán tiên lượng bệnh ngày càng chính xác nên bệnh nhân được điều trị nội khoa là chủ yếu và chất lượng điều trị chung ngày càng tốt hơn.

KẾT LUẬN

Chụp CLVT có ý nghĩa rất lớn để chẩn đoán, đánh giá, tiên lượng cũng như xác định chỉ số trầm trọng. Chụp CT còn có giá trị lớn để định hướng và hướng dẫn xử lý can thiệp trong quá trình điều trị, góp phần nâng cao chất lượng điều trị và giảm số ngày nằm viện cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bollen TL, Van Santvoort HC, Besselink MG et al: The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited. *British Journal of Surgery*, 2008, 95: 6-21.
2. Trần Công Hoan: "Viêm tụy cấp", Chương trình đào tạo chụp cắt lớp điện toán. Bệnh viện quân đội, 2006, tr 222-335.
3. Mendez G Jr, Isikoff MB, Hill MC: CT of acute pancreatitis: interim assessment, *AJR Am J Roentgenol*, 1980, Sep; 135(3): 463-9.
4. Wenzel Vas M.D., B. Patel, B. Mahanta, Z. Salimi, C. Markivee, P. Garvin: Innocuous gas collections in pancreatic allografts demonstrated by computed tomography, *Gastrointestinal Radiology*, 1989, Volume 14, Issue 1, 118-122.
5. Balthazar E.J: Acute Pancreatitis: Assessment of Serenity with Clinical and CT Evaluation, *Radiology*, 2002, 223: 603-613.
6. Morgan DE, Baron TH: (1988). Practical imaging in acute pancreatitis, *Gastrointest Dis*, 1988, Apr;9(2): 41-50.