

TĂNG ÁP LỰC Ổ BỤNG Ở BỆNH NHÂN HỒI SỨC NGOẠI KHOA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC NINH

Trần Công Tiến^{1*}, Trần Thị Huệ¹, Nguyễn Khánh Dư¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng và kết quả điều trị tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân hồi sức ngoại khoa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 96 bệnh nhân thở máy nằm điều trị tại phòng hồi sức ngoại khoa, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh. Tất cả bệnh nhân được đo áp lực ổ bụng gián tiếp qua áp lực Bàng quang. Áp lực ổ bụng được đo 08 giờ một lần, xác định tình trạng tăng áp lực ổ bụng. Điều trị bằng phương pháp hồi sức tích cực. Kết quả điều trị được đánh giá khi bệnh nhân ra viện.

Kết quả nghiên cứu: Trong số 96 bệnh nhân thở máy gồm 74 nam, 22 nữ. Tuổi thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 89 tuổi. Tất cả người bệnh được đo áp lực ổ bụng qua đo áp lực bàng quang. Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng trong 24h đầu là 22,9%, tăng áp lực ổ bụng sau 24h là 12,5%, tăng áp lực ổ bụng trong quá trình điều trị là 35,4%. Tăng áp lực ổ bụng độ I chiếm 73,5%, Hội chứng chèn ép khoang bụng chiếm 11,8%. Tất cả bệnh nhân điều trị nội khoa, không có trường hợp nào phải phẫu thuật, 32,4% bệnh nhân phải dùng vận mạch. Kết quả khi ra viện: tốt 26 bệnh nhân, tử vong 5 bệnh nhân.

Kết luận: Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân hồi sức ngoại khoa là 35,4%. Kết quả điều trị khi ra viện có 76,5% bệnh nhân tốt, 14,7% bệnh nhân tử vong.

Từ khóa: Tăng áp lực ổ bụng, hội chứng chèn ép khoang bụng.

ABSTRACT

INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION IN SURGICAL CRITICALLY ILL PATIENTS AT BAC NINH GENERALHOSPITAL

Objective: To determine the rate of intra-abdominal hypertension and the result of treatment

for intra-abdominal hypertension in surgical resuscitated patients at Bac Ninh General Hospital.

Study methods: The descriptive, prospective study was conducted on 96 mechanically ventilated patients treated at the surgical resuscitation room at Bac Ninh General Hospital. The intra-abdominal pressure of all 96 patients was measured indirectly via Bladder pressure. Intra-abdominal pressure was measured every 8 hours, determining the state of increased intra-abdominal pressure. The means of treatment included intensive care. Result of treatment was assessed when patients were discharged from the hospital.

Results: Among 96 mechanically ventilated patients: 74 males, 22 females. The most youngest age was 18 years old, the most eldest age was 89 years old. The intra-abdominal pressure of all patients were measured via Bladder manometry. The rate of intra-abdominal hypertension in the first 24 hours was 22,9%, the rate after 24 hours was 12,5% and the rate during treatment was 35,4%. Intra-abdominal hypertension grade I was 73,5%, Abdominal compartment syndrome was 11,8%. All patients were treated medically, there was no cases requiring surgery, patients required vasopressors were 32,4%. Results when patients were discharged: 26 patients were good and 05 patients died.

Conclusions: The rate of intra-abdominal hypertension in surgical resuscitated patients were 35,4%. Results when patients were discharged: 76,5% patients were good and 14,7% patients died.

Keywords: intra-abdominal hypertension, Abdominal Compartment Syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực ổ bụng (ALOB) là giá trị của áp lực ổ bụng $\geq 12\text{mmHg}$ [5]. Tăng ALOB ảnh hưởng đến nhiều cơ quan như tim mạch, hô hấp, thận, thần kinh, tiêu hóa...nếu không được điều trị kịp thời sẽ gây ra suy đa tạng và tăng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Tại các khoa hồi sức tích cực, tỷ lệ bệnh nhân có tăng ALOB trên 30% đến 48,9% [6], [7]. Chẩn đoán tăng ALOB dựa vào các triệu chứng lâm sàng cận lâm sàng và đo ALOB. Đo ALOB là

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh

* Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Tiến

Email: trantien8402@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/9/2022

Ngày phản biện: 07/10/2022

Ngày duyệt bài: 11/10/2022

phương tiện để chẩn đoán tăng ALOB. Có nhiều phương pháp đo ALOB tuy nhiên đo ALOB gián tiếp qua đo áp lực bàng quang được các tác giả trên thế giới và hiệp hội tăng áp lực khoang bụng thống nhất sử dụng vì sự đơn giản của nó và tránh được những biến chứng của đo gián tiếp. Các phương pháp điều trị tăng ALOB gồm có điều trị nội khoa và ngoại khoa, phẫu thuật được áp dụng khi điều trị nội khoa thất bại và giải quyết nguyên nhân gây tăng ALOB như tắc ruột, chảy máu, apxe trong ổ bụng... [5], [6]. Tại khoa Gây mê Hồi sức Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh đã thành lập đơn nguyên hồi sức ngoại khoa hơn 10 năm nay, tuy nhiên vấn đề tăng ALOB, hội chứng chèn ép khoang bụng và áp lực tưới máu bụng chưa được quan tâm. Những bệnh nhân có tình trạng bụng chướng căng được điều trị nội khoa, ngoại khoa nhưng không đo ALOB nên không biết được tình trạng tăng ALOB cũng như tưới máu ổ bụng. Để có cơ sở đánh giá ALOB cũng như áp lực tưới máu bụng giúp cho người thầy thuốc kịp thời điều chỉnh ALOB và đảm bảo áp lực tưới máu bụng giúp cho người bệnh phục hồi tốt hơn, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài nhằm mục đích: Xác định tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng và kết quả điều trị tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân hồi sức ngoại khoa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân thở máy nằm điều trị tại phòng hồi sức ngoại khoa, khoa phẫu thuật gây mê hồi sức Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả, cắt ngang. Chọn mẫu theo công thức tính cỡ mẫu theo một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: là cỡ mẫu

α : xác suất sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$.

Z : là giá trị từ phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê, $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$.

p : là tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng ước tính, chọn $p = 0,45$ theo nghiên cứu của Murphy tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng ở khoa hồi sức tích cực ngoại khoa chung là 45% [7].

d : mức sai số tuyệt đối chấp nhận, với $p = 0,45$ chọn $d = 0,1$ ($0,3 < p = 0,45 < 0,7$).

Thay vào công thức:

$$n = 1,96^2 \frac{0,45 \cdot 0,55}{0,1^2} = 95,08$$

Do số lượng bệnh nhân là số nguyên nên chọn mẫu nghiên cứu là 96 bệnh nhân thuộc tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Tất cả bệnh nhân được đo áp lực ổ bụng lần đầu trong 24 h đầu vào phòng hồi sức ngoại khoa, các lần tiếp theo được đo mỗi 08 giờ một lần. Tăng áp lực ổ bụng được xác định khi áp lực ổ bụng $\geq 12\text{mmHg}$ ($\geq 16\text{cmH}_2\text{O}$). Phân độ tăng áp lực ổ bụng theo hiệp hội chèn ép khoang bụng thế giới [5]

- Độ I: ALOB 12 đến 15mmHg (16- 20cmH₂O)
- Độ II: ALOB 16 đến 20mmHg (21- 27cmH₂O)
- Độ III: ALOB 21 đến 25mmHg (28- 34cmH₂O)
- Độ IV: ALOB > 25mmHg (> 34cmH₂O)

Bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng được điều trị, kết quả điều trị phân thành [2]:

• Kết quả điều trị tăng áp lực ổ bụng

Tốt khi áp lực ổ bụng trở về bình thường

Xấu khi áp lực ổ bụng tăng và tiến triển thành hội chứng chèn ép khoang bụng

• Điều trị hội chứng tăng áp lực khoang bụng

- Tốt áp lực ổ bụng trở về bình thường

- Xấu khi áp lực ổ bụng diễn biến nặng, bệnh nhân xin về hoặc tử vong

2.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Phẫu thuật Gây mê Hồi sức, Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh

Thời gian: từ 01/2021 đến 08/2021

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được phân tích và xử lý theo phần mềm SPSS 22.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương được hội đồng khoa học ngành y tế thông qua và được Giám đốc sở Y tế Bắc Ninh phê duyệt theo quyết định số 350/QĐ-SYT, ngày 09 tháng 02 năm 2021 về việc phê duyệt đề cương NCKH cấp cơ sở năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 08 năm 2021, chúng tôi chọn 96 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu bao gồm 74 nam và 22 nữ. Tuổi thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 89 tuổi (trung bình $47,3 \pm 21,9$). Bệnh nhân đa chấn thương và chấn thương sọ não chiếm đa số với 69,9%, viêm phúc mạc 8,3%, xuất huyết não 7,3%, tắc ruột 6,3%, còn lại là các nguyên nhân khác. Tất cả các bệnh nhân đều được đo ALOB gián tiếp qua đo áp lực bàng quang bằng cột nước. ALOB được theo dõi trong quá trình điều trị. Tăng ALOB được ghi nhận trong 24h đầu và trong suốt quá trình điều trị.

Bảng 1. Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng

		Số lượng	Tỷ lệ %
Tăng ALOB	Tăng ALOB trong 24h	22	22,9
	Tăng ALOB sau 24h	12	12,5
Không tăng ALOB		62	64,6
Tổng		96	100

Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng trong 24h đầu là 22,9% và tiếp tục tăng trong sau 24h. Có thêm 12 bệnh nhân xuất hiện tăng áp lực ổ bụng sau 24h. Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng chung là 35,4%.

Bảng 2. Phân độ tăng áp lực ổ bụng

Phân độ tăng ALOB	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ I: ALOB 12 đến 15mmHg	25	73,5
Độ II: ALOB 16 đến 20mmHg	5	14,7
Độ III: ALOB 21 đến 25mmHg	1	3,0
Độ IV: ALOB > 25mmHg	3	8,8
Tổng	34	100

Tăng áp lực ổ bụng độ I chiếm 73,5%, độ IV chiếm 8,8%. Hội chứng chèn ép khoang bụng chiếm 11,8%.

Bảng 3. Liên quan giữa tăng áp lực ổ bụng với điểm ISS

Điểm ISS	Tăng ALOB	Không tăng ALOB	Tổng	p
9-16	1(5,9%)	16(94,1%)	17(100%)	0,004
16- 25	12(30%)	28(70%)	40(100%)	
25-40	9(60%)	6(40%)	16(100%)	
Tổng	22(30,6%)	50(69,4%)	72(100%)	

Điểm ISS càng cao thì nguy cơ tăng ALOB càng lớn với $p = 0,004$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tăng áp lực ổ bụng với bệnh lý do chấn thương

Bệnh lý	Tăng ALOB	Không tăng ALOB	Tổng	p
Chấn thương	22(30,6%)	50(69,4%)	72(100%)	0,085
Không chấn thương	12(50%)	12(50%)	24(100%)	
Tổng	34(35,4%)	62(64,6%)	96(100%)	

Không có sự khác biệt giữa tăng áp lực ổ bụng ở nhóm bệnh nhân chấn thương và không do chấn thương với $p = 0,085$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tăng áp lực ổ bụng với điểm GCS ở bệnh nhân chấn thương

Điểm GCS	Tăng ALOB	Không tăng ALOB	Tổng	p
GCS $\geq$ 13	7(33,3%)	14(66,7%)	21(100%)	0,327
8<GCS<13	3(16,7%)	15(88,3%)	18(100%)	
3<GCS $\leq$ 8	12(36,4%)	21(63,6%)	33(100%)	
Tổng	22(30,6%)	50(69,4%)	72(100%)	

Không có sự khác biệt giữa tăng áp lực ổ bụng với điểm GCS ở bệnh nhân chấn thương với $p = 0,327$.

Bảng 6. Mối liên quan giữa tăng áp lực ổ bụng và phẫu thuật bụng

Có		Phẫu thuật bụng		OR(95%CI)	p
		Không			
Tăng ALOB	Có	17	17	5,2(2,0- 13,5)	<0,001
	Không	10	52		
Tổng		27	69		

Phẫu thuật bụng là yếu tố nguy cơ của tăng áp lực ổ bụng với $OR = 5,2$; 95%CI 2,0- 13,5, $p < 0,001$.

Bảng 7. Các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị		Số lượng	Tỷ lệ %
Nội khoa	Giảm đau, an thần, dẫn cơ	34(34)	100
	Hút dịch dạ dày, thực trực tràng	29(34)	85,3
	Thuốc tăng nhu động ruột: Neotigmin...	1(34)	2,9
	Thủ thuật: Chọc hút dịch ổ bụng	(34)	0
	Thuốc vận mạch	11(34)	32,4
Ngoại khoa		0(34)	0

Tất cả bệnh nhân đều điều trị nội khoa, không có bệnh nhân can thiệp ngoại khoa.

Bảng 8. Kết quả điều trị khi ra viện

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	26	76,5
Xấu	5	14,7
Chuyển viện	3	8,8
Tổng	34	100

Điều trị tốt chiếm 76,5%, xấu 14,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Trong 96 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình là $47,3 \pm 21,9$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi, cao tuổi nhất là 89 tuổi, trong độ tuổi lao động chiếm 74%. Nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 77,1%. Nhóm tuổi trong độ tuổi lao động chiếm đa số vì nghiên cứu của chúng tôi trong đơn vị hồi sức tích cực ngoại khoa, bệnh nhân phần lớn là bệnh nhân chấn thương, các nguyên nhân hay gặp do tai nạn giao thông và tai nạn lao động.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là các bệnh nhân đa chấn thương và chấn

thương sọ não nặng, chiếm tỷ lệ lần lượt là 52,1% và 17,8%, tiếp đến là viêm phúc mạc, xuất huyết não và tắc ruột chiếm tỷ lệ tương ứng là 8,3%, 7,3% và 6,3%. Còn lại là các bệnh lý khác. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là bệnh nhân đa chấn thương và chấn thương sọ não do đặc thù của khoa hồi sức ngoại nên phần lớn là những bệnh nhân liên quan đến nguyên nhân chấn thương.

4.2. Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tăng áp lực ổ bụng

Chúng tôi gặp tăng ALOB trong 24 giờ đầu chiếm 22,9%. Có thêm 12 bệnh nhân trong 24 giờ đầu ALOB bình thường sau đó xuất hiện tăng ALOB sau 24h. Tỷ lệ tăng ALOB ở bệnh nhân hồi sức là 35,4%. Tăng ALOB độ I chiếm đa số với 73,5%, độ IV chiếm 8,8%. Có 4 bệnh nhân có hội chứng chèn ép khoang bụng chiếm 11,8%. Tỷ lệ tăng ALOB của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đào Xuân Cơ, tác giả gặp 68,4% bệnh nhân tăng ALOB ở bệnh nhân viêm tụy cấp, trong đó độ I và độ II chiếm tỷ lệ lần lượt là 22,6% và 30%, độ IV chiếm 5,3% [1]. Nguyễn Anh Dũng nghiên cứu ở hai khoa hồi sức nội và ngoại khoa có 51% bệnh nhân có tăng ALOB, 14 bệnh nhân có hội chứng chèn ép khoang bụng, chiếm 3,6% mẫu nghiên cứu [2]. Đa số bệnh nhân có tăng ALOB thuộc nhóm phân độ I và II, chiếm tỉ lệ lần lượt là 61,2% và 31,6%, nhóm phân độ III chiếm tỉ lệ là 7,2%. Hashim Mohmand và cộng sự tác giả phân tích nhiều nghiên cứu, nghiên cứu ở khoa hồi sức tích cực nội và ngoại khoa gặp tỷ lệ tăng ALOB và hội chứng chèn ép khoang bụng lên đến 64% và 12% [6]. Nghiên cứu đa trung tâm trên 491 bệnh nhân ở 15 khoa hồi sức tích cực (12 khoa hồi sức chung và 03 khoa hồi sức ngoại khoa) có 34% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng tại ngày nhập viện và 48,9% bệnh nhân có tăng áp lực ổ bụng trong quá trình nghiên cứu. Tăng áp lực ổ bụng độ I, II, III và IV lần lượt chiếm tỷ lệ 47,5%, 36,6%, 11,7% và 4,2% [4].

Theo hiệp hội chèn ép khoang bụng thế giới có nhiều yếu tố nguy cơ tăng ALOB. Nhóm yếu tố nguy cơ liên quan đến độ đàn hồi của thành bụng bị hạn chế như phẫu thuật bụng, chấn thương lớn...[5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm ISS càng cao thì nguy cơ tăng áp lực ổ bụng càng lớn với $p=0,004$. Nhóm ISS từ 9-16 có 5,9% tăng ALOB, nhóm từ 16-25 có 30% tăng ALOB, trong khi nhóm ISS từ 25- 40 có 60% tăng ALOB (bảng 3). Khi điểm ISS càng cao thì mức độ chấn thương càng nặng, tổn thương giải phẫu càng lớn, gây những rối loạn về huyết động và các rối loạn chức năng cơ quan khác, chính vì vậy khi chấn thương càng nặng thì nguy cơ gây tăng ALOB càng lớn do kết hợp nhiều yếu tố ở những bệnh nhân này như giảm độ đàn hồi thành bụng, hạ thân nhiệt, tụt huyết áp, bù dịch khối lượng lớn...Trong nghiên cứu của Nguyễn Anh Dũng trên những bệnh nhân hồi sức nội và ngoại khoa, tác giả không thấy có mối liên quan giữa tăng ALOB ở nhóm bệnh nhân chấn thương nặng và không chấn thương nặng với $p=0,077$ [2].

Về bệnh lý chấn thương hay không chấn thương, chúng tôi không thấy sự khác biệt về tăng ALOB ở hai nhóm này với $p=0,085$ (bảng 4). Có thể trong nghiên cứu của chúng tôi trên các đối tượng hồi sức nội và ngoại khoa nên tất cả các bệnh nhân đều nặng, nên các bệnh nhân này đều có các yếu tố nguy cơ của tăng ALOB, chính vì vậy chúng tôi không thấy sự khác biệt về tăng ALOB ở hai nhóm bệnh nhân chấn thương và không chấn thương. Ở những bệnh nhân chấn thương, nhóm bệnh nhân có điểm GCS ≤ 8 điểm có tỷ lệ tăng ALOB là 36,4% cao hơn các nhóm khác, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê (bảng 5).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật bụng là một yếu tố nguy cơ của tăng áp lực ổ bụng ($OR=5,2$; $95\%CI: 2,0-13,5$, $p<0,001$). Smit và cộng sự nghiên cứu trên 503 bệnh nhân, 339 bệnh nhân sau phẫu thuật có chuẩn bị, 120 bệnh nhân sau phẫu thuật cấp cứu, 44 bệnh nhân không phẫu thuật, có sự khác biệt giữa tăng ALOB và hội chứng chèn ép khoang bụng ở các nhóm bệnh nhân này [8].

4.3. Điều trị tăng áp lực ổ bụng

Nghiên cứu của chúng tôi có 34 bệnh nhân tăng ALOB. Tất cả các bệnh nhân đều dùng giảm đau và an thần, 85% hút dịch dạ dày và thực trực tràng, 32,4% phải dùng thuốc vận mạch để nâng huyết áp và tăng áp lực tưới máu bụng. 01 bệnh nhân phải dùng neotigmin để làm tăng nhu động ruột kết hợp với đặt ống thông hậu môn. Chúng tôi không can thiệp ngoại khoa và chọc hút dịch ổ bụng trường hợp nào, tuy nhiên trong quá trình theo dõi, chúng tôi có xoay và vuốt ống dẫn lưu ổ bụng cho một trường hợp sau phẫu thuật để dịch trong ổ bụng ra, sau thủ thuật áp lực ổ bụng có giảm. Các phương pháp điều trị nội khoa tăng ALOB tập trung vào các nhóm nhằm cải thiện sức đàn hồi của thành bụng, loại bỏ các chất chứa trong lòng ống tiêu hóa, hút dịch ổ bụng, cân bằng dịch, hỗ trợ chức năng các tạng và giảm thoát mạch. Các bệnh nhân của chúng tôi đều được điều trị các phương pháp dựa trên cơ chế trên. Tất cả các bệnh nhân đều được bù dịch, cân bằng dịch và điện giải hàng ngày, xét nghiệm và bù theo xét nghiệm, bù máu, dịch và huyết tương khi thiếu...

Kết quả điều trị khi ra viện cho thấy, kết quả tốt chiếm 76,5%, bệnh nhân kết quả xấu có 05 bệnh nhân, có 03 trường hợp chuyển Bệnh viện tuyến trên điều trị (bảng 7). Trong 05 trường hợp xấu, có 01 trường hợp đa chấn thương và 01 trường

hợp chấn thương sọ não nặng và 03 trường hợp sốc nhiễm khuẩn do thủng tạng rỗng và tắc ruột. Bệnh nhân chấn thương sọ não nặng, áp lực ổ bụng tăng chúng tôi điều trị về bình thường, sau đó diễn biến nặng do chấn thương sọ não nặng và xin về. Trường hợp bệnh nhân đa chấn thương và 03 trường hợp sốc nhiễm khuẩn áp lực ổ bụng tăng ngay từ đầu đến khi bệnh diễn biến nặng xin về. Chúng tôi có 03 bệnh nhân phải chuyển tuyến trên điều trị do bệnh lý nặng, vượt khả năng điều trị. Nghiên cứu của Nguyễn Anh Dũng, bệnh nhân có tăng ALOB tỷ lệ tử vong lên đến 45,9% [2]. Có sự khác biệt là do đối tượng nghiên cứu khác nhau, tuổi trung bình của Nguyễn Anh Dũng cao hơn chúng tôi và nhóm tuổi từ 50 trở lên chiếm đa số với tỷ lệ 73,9%. Nghiên cứu của Al- Gburi và cộng sự trên 45 bệnh nhân nhập khoa phẫu thuật, có 26,7% bệnh nhân mắc hội chứng chèn ép khoang bụng, một phần ba bệnh nhân có hội chứng chèn ép khoang bụng tử vong [3]. Blaser nghiên cứu 491 bệnh nhân ở hồi sức, tỷ lệ tử vong tại thời điểm 28 ngày và 90 ngày ở nhóm tăng ALOB cao hơn nhóm không tăng ALOB với $p < 0,001$, thời gian thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức và thời gian nằm viện cũng dài hơn ở nhóm có tăng ALOB [4]. Smit và cộng sự cũng cho thấy nhóm bệnh nhân có tăng ALOB và nhóm bệnh nhân có hội chứng chèn ép khoang bụng có thời gian nằm hồi sức, thời gian thở máy dài hơn, tỷ lệ tử vong tại hồi sức và tử vong 90 ngày cao hơn nhóm có ALOB bình thường với $p < 0,001$ [8]. Murphy và cộng sự cho thấy tăng ALOB bất kỳ mức độ nào là một yếu tố độc lập tiên lượng tử vong (OR: 3,33; CI 95%: 1,46- 7,57) [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng áp lực ổ bụng ở bệnh nhân hồi sức ngoại khoa là 35,4%. Kết quả điều trị tốt có 26 bệnh nhân, 05 bệnh nhân tử vong.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần thực dự phòng và điều trị tăng áp lực ổ bụng và hội chứng chèn ép khoang bụng ở những bệnh nhân nguy cơ cao ở hồi sức như đa chấn thương nặng có điểm ISS ≥ 25 , bệnh nhân sau phẫu thuật cấp cứu bụng, sốc do các nguyên nhân khác nhau để giảm thiểu ảnh hưởng lên các hệ cơ quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Xuân Cơ (2012)**. Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong phân loại mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu Khoa học y dược lâm sàng 108.
2. **Nguyễn Anh Dũng (2015)**. Nghiên cứu tần suất và các yếu tố nguy cơ của tăng áp lực khoang bụng ở các bệnh nhân chăm sóc tích cực, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
3. **Al-Gbubi H. A. A, Abdulrazaq A. F, Al.Jafary M. F (2020)**. Risk factors in abdominal emergency surgery responsible for the development of abdominal compartment syndrome. *Ann Trop Med & Public health*; 23(S14).
4. **Blaser A. R, Regli A, Keulenaer B. D et al (2019)**. Incidence, risk factors, and outcomes of intra-abdominal hypertension in critically ill patients- A prospective multicenter study (IROI study). *Critical care medicine*, 47(4), 535- 542.
5. **Kirkpatrick A. W, Roberts D. J, Jaeschke et al (2013)**. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Med*, 39, 1190-1206.
6. **Mohmand H, Golgfarb S (2011)**. Renal dysfunction associated with intra- abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. *J Am Soc Nephrol*; 22, 615-621.
7. **Murphy P. B, Parry N. G, Sela N et al (2018)**. Intra- abdominal hypertension is more common than previously thought: A prospective study in a mixed medical- surgery ICU. *Critical Care Medicine*,xx(xx).
8. **Smit M, Koopman B, Dieperink W et al (2020)**. Intra- abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in patients admitted to the ICU. *Ann Intensive Care*, 10: 130.