

**ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP
THEO MỨC ĐỘ TĂNG TRIGLYCERIDE MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐA
KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2019-2020**

**Kha Diễm Trang¹, Nguyễn Thị Diễm¹, Kha Hữu Nhân^{1*},
Thái Thị Hồng Nhung¹, Huỳnh Thị Trúc Ly²**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

**Email: khnhan@ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Triglyceride (TG) máu tăng là nguyên nhân khá thường gặp của viêm tụy cấp (VTC) sau rượu và sỏi mật. Triglyceride máu tăng khi nồng độ Triglyceride $>150\text{mg/dl}$ ($1,7\text{mmol/l}$). Tăng triglyceride máu mức nặng $\geq 1000\text{mg/dl}$ ($11,3\text{mmol/l}$) được xem là nguyên nhân gây viêm tụy cấp. **Mục tiêu:** So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp có tăng triglyceride máu theo 2 mức độ $<11,3\text{mmol/l}$ và $\geq 11,3\text{mmol/l}$ tại khoa Nội tiêu hóa-Huyết học lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 103 bệnh nhân viêm tụy cấp. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng và

một số xét nghiệm không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Sự khác biệt xảy ra ở 2 nhóm là trị số trung bình của amylase, glucose, natri, AST và ALT máu. Viêm tụy cấp có TG < 11,3mmol/l và $\geq 11,3$ mmol/l tỷ lệ lipase máu tăng gấp 3 lần là 87,09% so với 100%, tăng amylase là 66,13% so với 21,9%, glucose máu tăng 58,1% so với 82,9%, natri máu giảm 35,5% so với 73,2%, siêu âm chẩn đoán viêm tụy cấp đạt 88,9% so với 95,1%. Tử vong 4,9% ở nhóm viêm tụy cấp có triglyceride máu tăng cao. **Kết luận:** So sánh 2 nhóm VTC có TG máu < 11,3mmol/l và $\geq 11,3$ mmol/l các triệu chứng lâm sàng không có sự khác biệt. Trị số trung bình amylase, glucose, natri, AST, ALT, tỷ lệ có tăng amylase, lipase > 3 lần là có sự khác biệt giữa 2 nhóm viêm tụy cấp. Tuy chưa khác biệt về tỷ lệ tử vong nhưng đã ghi nhận 2 bệnh nhân tử vong ở nhóm TG $\geq 11,3$ mmol/l chiếm 4,9%.

Từ khóa: viêm tụy cấp, tăng triglyceride máu

ABSTRACT

CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS ACCORDING TO THE DEGREE OF HYPERTRIGLYCERIDEMIA AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2019 - 2020

Trang Diem Kha¹, Diem Thi Nguyen¹, Nhan Huu Kha¹,
Nhưng Thị Hồng Thái¹, Ly Thị Trúc Huỳnh²

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

Background: Hypertriglyceridemia is a fairly common cause of acute pancreatitis (AP) after alcohol and gallstones. Hypertriglyceridemia is triglyceridemia concentration > 150mg/dl (1.7mmol/l). Severe hypertriglyceridemia ≥ 1000 mg/dl (11.3 mmol/l) is considered the cause of AP.

Objectives: To compare some clinical and subclinical features and results of treatment of AP with two levels of hypertriglyceridemia < 11.3mmol/l and ≥ 11.3 mmol/l at the Gastroenterology-Hematology department in Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** This was a cross-sectional descriptive study of 103 patients who were admitted to the hospital with AP. **Results:** Clinical symptoms and some laboratory tests didn't differ between the two groups. The differences between the two groups were the mean values of amylasemia, glycemia, natremia, AST and ALT. In AP with hypertriglyceridemia < 11.3mmol/l and ≥ 11.3 mmol/l, the rate of hyperlipasemia was 87.09% vs 100%, hyperamylasemia was 66.13% vs 21.9%, hyperglycemia 58.1% vs 82.9%, hyponatremia 35.5% vs 73.2%, respectively. Ultrasound helped diagnose acute pancreatitis with an accuracy of 88.9% for TG < 11.3mmol/l group and 95.1% for TG ≥ 11.3 mmol/l group. Mortality was 4.9% in TG ≥ 11.3 mmol/l group. **Conclusions:** Compared with two groups of AP with TG < 11.3mmol/l and ≥ 11.3 mmol/l, there wasn't a difference in clinical symptoms. Mean values of amylasemia, glycemia, natremia, AST, ALT were different between the two groups of AP. The rate of hyperamylasemia and hyperlipasemia > 3 times also differed between the two AP groups. Although there wasn't a difference in mortality rate, two patients died in the TG ≥ 11.3 mmol/l group, accounting for 4.9%.

Keywords: acute pancreatitis, hypertriglyceridemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng triglyceride (TG) máu là nguyên nhân khá thường gặp của viêm tụy cấp (VTC) sau rượu và sỏi mật. VTC cũng là bệnh lý cấp cứu thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới với tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng [10]. VTC do nhiều nguyên nhân, một nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy bệnh nhân VTC tỷ lệ có tăng TG máu là 58,9% [2]. Tăng TG máu rất thường gặp do nguyên nhân nguyên phát hoặc thứ phát do rượu, đái tháo đường, dùng thuốc... Tăng TG máu đặc biệt mức nặng ≥ 1000 mg/dl (11,3mmol/l) có thể là nguyên

nhân gây VTC [8]. Hiện nay, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu lâm sàng về nồng độ TG máu và VTC. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm và kết quả điều trị viêm tụy cấp theo mức độ tăng triglyceride máu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ” với mục tiêu là xác định và so sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị VTC theo mức độ tăng TG máu tại khoa Nội tiêu hóa-Huyết học lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ (BVĐKTƯCT) được chẩn đoán VTC theo Atlanta trong thời gian từ 2019-2020.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu: cỡ mẫu nghiên cứu áp dụng theo công thức sau:

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

Với n là cỡ mẫu, Z là hệ số tin cậy, $Z^2=1,96$ tương ứng $\alpha=0,05$; p là tỷ lệ tăng TG ở bệnh nhân VTC, theo Huỳnh Tấn Đạt tỷ lệ VTC có tăng TG máu từ 150mg/dl là 58,9% [2]; d là sai số cho phép, chọn là 9,5%. Tính ra n= 103.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp có TG máu >150mg/dl. Tiêu chuẩn loại trừ: có sỏi mật, viêm tụy mạn.

2.4. Nội dung nghiên cứu

- Xác định đặc điểm lâm sàng gồm đau bụng kiểu tụy, buồn nôn và nôn, tiêu lỏng, chướng bụng, điểm đau Mayo Robson.

- Các đặc điểm cận lâm sàng gồm xét nghiệm máu: hematocrit, bạch cầu, triglyceride, amylase, lipase, glucose, creatinine, natri, kali, canxi, AST, ALT và LDH máu, hình ảnh gồm siêu âm bụng, CT scan bụng khi cần chẩn đoán xác định.

- Đánh giá kết quả điều trị: HAPS, kết quả điều trị, thời gian nằm viện. Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ của BVĐKTƯCT, dùng insulin cho nhóm TG máu $\geq 11,3\text{mmol/l}$ cho đến khi TG máu $< 5,7\text{mmol/l}$. Kết quả điều trị bệnh nhân ổn hoặc tử vong.

- So sánh các đặc điểm ở 2 nhóm VTC có TG máu $< 11,3\text{mmol/l}$ (tăng ít) và $\geq 11,3\text{mmol/l}$ (tăng cao).

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn, tham khảo bệnh án và thăm khám.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu: số liệu được mã hóa, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Kết quả được thể hiện bằng tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình. Kiểm định mối quan hệ giữa hai biến bằng Chi-square, Fisher, Independen sample T-test. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

	VTC TG<11,3mmol/l	VTC TG≥11,3mmol/l	p
Số bệnh nhân: n (%)	62 (60,2%)	41 (39,8%)	0,219
Tuổi trung bình±độ lệch chuẩn	41,9±13,9	38,9±9,2	0,227

		VTC TG<11,3mmol/l	VTC TG≥11,3mmol/l	p
Tuổi thấp nhất-cao nhất		20-77	19-56	
Nhóm tuổi	<40	30 (48,4%)	20 (48,8%)	0,046
	40-59	24 (38,7%)	21 (51,2%)	
	>59	8 (12,9%)	0 (0%)	
Giới	Nam	49 (79%)	28 (68,3%)	0,219
	Nữ	13 (21%)	13 (31,7%)	

Có sự khác biệt về nhóm tuổi ở 2 nhóm VTC ($p<0,05$)

Bảng 3.2. Tiền sử bệnh

	VTC: TG<11,3mmol/l	VTC: TG≥11,3mmol/l	p
Tiền sử VTC	20 (32,3%)	18 (43,9%)	0,231
Đái tháo đường	7 (11,3%)	7(17,1%)	0,402
Rượu	7 (11,3%)	2(4,9%)	0,259
Rối loạn lipid máu	2 (3,2%)	6(14,6%)	0,034

Có sự khác biệt về tiền sử rối loạn lipid máu ở 2 nhóm VTC ($p<0,05$)

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng

	VTC: TG<11,3mmol/l	VTC: TG≥11,3mmol/l	p
Đau bụng	62 (100%)	41 (100%)	
Buồn nôn và nôn	50 (80,6%)	36 (87,8%)	0,338
Tiêu lỏng	3 (4,8%)	0 (0%)	0,153
Bụng chướng	44 (71%)	26 (63,4%)	0,421
Mayo Robson đau	30 (48,4%)	21 (51,2%)	0,778

Chưa có sự khác biệt về lâm sàng giữa 2 nhóm VTC

Bảng 3.4. Giá trị trung bình các xét nghiệm cận lâm sàng

	VTC: TG<11,3mmol/l ($\bar{X} \pm SD$)	VTC: TG≥11,3mmol/l ($\bar{X} \pm SD$)	p
Hematocrit (%)	44,73±7,34	42,98±5,84	0,121
Bạch cầu (/mm ³)	14.700±5.483	14.500±6.431	0,866
Amylase (U/l)	649,83±609,94	360,73±563,82	0,017
Lipase (U/l)	1.061±1.359,5	825,77±635,26	0,303
Glucose (mmol/l)	8,16±3,79	10,42±4,94	0,010
Creatinine (μmol/l)	89,18±56,77	76,04±43,77	0,212
Natri (mmol/l)	133,76±4,05	128,61±5,29	0,024
Kali (mmol/l)	3,89±0,58	3,75±0,51	0,211
Canxi (mmol/l)	2,18±0,27	2,19±0,27	0,854
AST (U/l)	121,84±183,78	61,62±106,84	0,021
ALT (U/l)	110,26±171,73	47,49±47,14	0,001
LDH (U/l)	627,92±450,04	471,38±365,87	0,0662

Có sự khác biệt về giá trị trung bình của amylase, glucose, natri, AST và ALT máu ở 2 nhóm VTC ($p<0,05$)

Bảng 3.5. So sánh mức độ của các xét nghiệm máu ở 2 nhóm VTC

		VTC: TG<11,3mmol/l	VTC: TG≥11,3mmol/l	P
Hematocrit	Không cao	23 (37,1%)	19 (46,3%)	0,35
	Cao	39 (62,9%)	22 (53,7%)	
Bạch cầu	<11.000/mm ³	17 (27,4%)	10 (24,4%)	0,732
	≥11.000/mm ³	45 (72,6%)	31 (75,6%)	
Amylase	<3 lần	21 (33,87%)	32 (78,1%)	0,001
	≥3 lần	41 (66,13%)	9 (21,9%)	
Lipase	<3 lần	8 (12,91%)	0	0,042
	≥3 lần	54 (87,09%)	41 (100)	
Glucose	≤6,4mmol/l	26 (41,9%)	7 (17,1%)	0,008
	>6,4mmol/l	36 (58,1%)	34 (82,9%)	
Creatinin	<2 lần bình thường	4 (6,5%)	40 (97,6%)	0,354
	≥2 lần bình thường	58 (93,5%)	1 (2,4%)	
Natri	<133mmol/l	22 (35,5%)	30 (73,2%)	0,001
	≥133mmol/l	40 (64,5%)	11 (26,8%)	
Kali	<3,4mmol/l	8 (12,9%)	8 (19,5%)	0,584
	3,4-4,5mmol/l	52 (83,9%)	31 (75,6%)	
	>4,5mmol/l	2 (3,2%)	2 (4,9%)	
Canxi	<2,15mmol/l	21 (33,87%)	17 (41,5%)	0,589
	2,15-2,55mmol/l	41 (66,13)	24 (58,5%)	
AST	< 5 lần	53 (85,5%)	39 (95,1%)	0,121
	≥ 5 lần	9 (14,5%)	2 (4,9%)	
ALT	< 5 lần	54 (87,1%)	39 (95,1%)	0,178
	≥ 5 lần	8 (12,9%)	2 (4,9%)	
LDH	<350U/l	11 (17,74%)	18 (43,9%)	0,007
	≥350U/l	51 (82,26%)	23 (56,1%)	

Có sự khác biệt về mức tăng amylase, lipase, glucose, natri, AST, LDH máu (p<0,05)

Bảng 3.6. Hình ảnh siêu âm

	VTC: TG<11,3mmol/l	VTC: TG≥11,3mmol/l	p
Siêu âm xác định VTC	52 (83,9%)	39 (95,1%)	0,081
Có dịch màng bụng	36 (58,1%)	21 (51,2%)	0,494
Có dịch màng phổi	7 (11,3%)	4 (9,8%)	0,805

Nhận xét: Chưa có sự khác biệt về chẩn đoán VTC của siêu âm

Bảng 3.7. Mức độ và kết quả điều trị VTC

		VTC: TG<11,3mmol/l	VTC: TG≥11,3mmol/l	p
HAPS	0	18 (29%)	16 (39%)	0,553
	1	38 (61,3%)	21 (51,2%)	
	2	6 (9,7%)	4 (9,8%)	
Ngày nằm viện		7,47±2,84	7,27±2,76	0,724
Kết quả điều trị	Ổn	62 (100%)	39 (95,1%)	0,079
	Tử vong	0 (0%)	2 (4,9%)	

Chưa có sự khác biệt về phân mức độ, ngày nằm viện và tử vong nhưng 2 bệnh nhân tử vong ở nhóm TG tăng cao.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

- Tỷ lệ bệnh nhân VTC có $TG \geq 11,3 \text{ mmol/l}$ là 39,8% gần tương đương với nghiên cứu của Đoàn Hoàng Long 42,6% [4], cho thấy tỷ lệ TG máu cao trong VTC là khá nhiều và tập trung ở tuổi trung niên với tuổi trung bình là $38,9 \pm 9,2$ và $41,9 \pm 13,9$. Tuổi trung bình này gần tương đương với nghiên cứu của Lê Phúc Trường Thịnh là $40 \pm 9,89$ [6] và nhỏ hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đó về VTC chung của Phạm Văn Duyệt là 53,2 tuổi [1] và Fan J. là $56,86 \pm 1,49$ tuổi [10]. Tuổi ở bệnh nhân VTC do tăng TG trẻ hơn. Điều này rõ rệt trong nghiên cứu với bệnh nhân VTC do tăng TG có tuổi ở nhóm < 60 và khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Nam giới có tỷ lệ cao hơn nữ tương đồng ở 2 nhóm VTC, tỷ lệ này cũng tương tự như các nghiên cứu của Bùi Thị Hương Quỳnh [5], Nguyễn Thanh Liêm [3].

- Về tiền sử: tỷ lệ bệnh nhân đã từng bị VTC là cao nhất, sau đó là đái tháo đường, rối loạn lipid máu và uống rượu, tỷ lệ này còn cao hơn ở nghiên cứu của Đoàn Hoàng Long là 53,7%, 21,1%, 22,1% và 60,8% [4]. Điều này phù hợp với nguyên nhân do tăng TG thường gây ra VTC tái phát [2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và kết quả điều trị

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Chưa có sự khác biệt về thống kê về triệu chứng lâm sàng giữa 2 nhóm VTC. Đau bụng vùng thượng vị gợi ý VTC có tỷ lệ 100% là triệu chứng giúp chẩn đoán VTC, các tài liệu, nghiên cứu đều ghi nhận đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất [1], [11]. Bên cạnh đó buồn nôn và nôn cũng là triệu chứng song hành tuy tỷ lệ gặp có ít hơn là 80,6-87,8% nhưng cao hơn các nghiên cứu khác 73% [10], 59,1% [5] và 31% [6]. Bụng chướng cũng ở mức 63,4-71% có cao hơn các nghiên cứu khác 41% [6], 50% [11]. Có 48,9-51,2% bệnh nhân ấn điểm Mayo Robson đau, cao hơn các nghiên cứu khác 22% [6].

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- Hematocrit ở 2 nhóm VTC có trị số trung bình cao, tương tự nghiên cứu của Võ Thị Lương Trân [7]. Nhóm TG tăng cao có ưu thế về mức tăng Hct. Bạch cầu có trị số trung bình tăng nhưng nhóm tăng chỉ 24,4-27,4%, tỷ lệ nhiễm trùng tăng sẽ làm tăng tỷ lệ tử vong [8].

- Amylase máu ở nhóm TG tăng ít cao hơn và ở mức tăng trên 3 lần ($p < 0,05$), cho thấy các trường hợp VTC có tăng triglyceride máu, amylase máu chỉ giúp chẩn đoán khoảng 66,13% ở nhóm TG tăng ít và chỉ 21,9% ở nhóm TG tăng cao, điều này phù hợp với các ý kiến về một số trường hợp amylase máu không tăng trong VTC nhất là do tăng TG máu [8] và cũng tương tự trong nghiên cứu của Zang L.X. mức tăng amylase > 3 lần chỉ đạt 18,63-23,77% [13].

- Lipase máu cũng tăng ưu thế hơn ở nhóm TG tăng ít dù $p > 0,05$, nhưng lipase tăng > 3 lần chiếm tỷ lệ tuyệt đối ở nhóm VTC có TG tăng cao ($p < 0,05$). Như vậy lipase máu tăng trên 3 lần bình thường là xét nghiệm ưu thế hơn amylase máu khi chẩn đoán VTC có tăng triglyceride máu nhất là ở nhóm có $TG \geq 11,3 \text{ mmol/l}$ [8].

- Glucose máu ở nhóm TG tăng cao có trị số cao hơn, điều này cũng phù hợp ở bệnh nhân tăng cao TG có nhiều khả năng có các rối loạn chuyển hóa trong đó có glucose như trong nghiên cứu của Zang L.X. glucose máu là 10,96-13,68mmol/l [13], của Wang H.S. là 198,58-248,81mg/dl [12].

- Creatinine máu ở hai nhóm trị số trung bình không tăng, số tăng gấp hai lần tỷ lệ cao ở nhóm TG tăng ít, nghiên cứu của Lê Phúc Trường Thịnh creatinine máu là $103 \pm 12,7 \mu\text{mol/l}$ [6].

- Natri máu ở nhóm TG tăng cao giảm nhiều hơn cả về trị số trung bình và tỷ lệ $p < 0,05$, tương đồng với nghiên cứu của Wang H.S. natri máu là $129,92 \pm 0,5 \text{mmol/l}$ [12], còn trong nghiên cứu về VTC chung của Lê Phúc Trường Thịnh natri máu ở mức bình thường $138 \pm 5,7 \text{mmol/l}$ [6], cho thấy VTC có tăng TG máu có ảnh hưởng natri qua mức nặng của bệnh [12].

- Kali và canxi máu ở nhóm VTC tăng cao có giảm hơn nhưng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Tuy nhiên nghiên cứu của Zang L.X. ở 224 bệnh nhân VTC đã xác định mức hạ canxi máu ở nhóm TG tăng cao thấp hơn ($P < 0,001$) [13].

- AST, ALT máu ở nhóm VTC có sự khác biệt, nhóm VTC có TG tăng cao có trị số AST và ALT thấp hơn ($p < 0,05$) nhưng ALT không có sự khác biệt. AST là một trong các xét nghiệm giúp tiên lượng nhưng trong nghiên cứu này không giúp đánh giá điều đó ở bệnh nhân VTC có tăng TG [8].

- LDH máu ở nhóm VTC TG tăng cao có trị số trung bình thấp hơn ($p > 0,05$), dù đây là một xét nghiệm trong đánh giá tiên lượng [8].

- Siêu âm: siêu âm chẩn đoán được VTC là 88,3%, 11,7% không xác định được. Nghiên cứu của Phạm Văn Duyệt ở 250 bệnh VTC với 32,2% VTC nặng, siêu âm có 10/83 trường hợp không khảo sát được tụy [1].

4.2.3. Đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp

- Theo phân loại HAPS, chưa có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Nghiên cứu của Zang L.X. độ nặng của nhóm TG tăng cao có tỷ lệ cao hơn [13] nhưng nghiên cứu của Đoàn Hoàng Long ghi nhận không có mối liên quan giữa các mức độ tăng TG máu và độ nặng của VTC [4].

- Về ngày nằm viện cũng không có sự khác biệt với số ngày là $7,27 \pm 2,76$ và $7,47 \pm 2,84$, nghiên cứu của Zang L.X. số ngày cao hơn nhiều là $16,9 \pm 16,58$ cũng tương đương với ngày nằm viện của VTC do các nguyên nhân khác $16,5 \pm 13,68$ do sỏi mật và $15,56 \pm 13,99$ [13]. Nghiên cứu của Jaday S.J. nằm viện < 7 ngày là 11/30, 7-14 ngày là 12/30 và > 14 ngày là 7/30 [11]. Nghiên cứu của Fan J. kết luận ngày nằm viện tùy theo độ nặng của VTC [10].

- Về tử vong chỉ có ở nhóm VTC có TG tăng cao với 4,9% nhưng chưa có sự khác biệt về thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ tử vong VTC chung ở nghiên cứu của Phạm Văn Duyệt là 0% [1], Bùi Thị Hương Quỳnh là 0,9% [5], Lê Phúc Trường Thịnh là 6% [6]; đối với VTC do tăng TG ở nghiên cứu của Charlesworth A. là 0% [9], Đoàn Hoàng Long là 4,4% [4], Nguyễn Thanh Liêm là 7% [3], Zang L.X. là 0,89% [13]. Wang H.S. cũng xác định mặc dù tỷ lệ tử vong ở nhóm TG cao hơn nhưng $P > 0,05$ [13].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của VTC ở 2 nhóm TG máu $< 11,3$ và $\geq 11,3 \text{mmol/l}$ không có sự khác biệt, hay gặp nhất là đau bụng tỷ lệ 100%/100%, nôn 80,6%/87,8%, tiêu lỏng 4,8%/0%, bụng chướng 71%/63,4%, bí trung đại tiện 29%/51,2%, ấn điểm Mayo Robson đau ở 48,4%/51,2%. Về đặc điểm cận lâm sàng có sự khác biệt giữa 2 nhóm ở amylase, glucose, natri, AST và ALT máu. Tỷ lệ amylase và lipase máu tăng gấp 3 lần ở nhóm TG tăng cao là 21,9 và 100%, glucose tăng, natri thấp, LDH cao gấp ở 82,9%, 73,2% và 56,1%. Siêu âm

chẩn đoán VTC là 83,9%/95,1% ($p>0,05$). Về kết quả điều trị VTC, thời gian nằm viện là $7,47\pm 2,84$ ngày/ $7,27\pm 2,76$ ngày ($p>0,05$). Tử vong 4,9% chỉ ở nhóm TG máu tăng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Duyệt, Nguyễn Thái Bình và cs (2004), “Một số nhận xét về kết quả điều trị VTC thể nặng tại khoa ngoại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 8(3), tr. 191-195.
2. Huỳnh Tấn Đạt, Nguyễn Thy Khuê (2012), “Vai trò của tăng triglyceride trong viêm tụy cấp”. *Y học TP Hồ Chí Minh*, 16(1), tr. 395-401.
3. Nguyễn Thanh Liêm, Lê Thành Lý (2014), “Liên quan giữa tăng triglycerid máu và độ nặng viêm tụy cấp theo lâm sàng và theo tiêu chuẩn Ranson”, *Y học thực hành*, 903(1), tr. 11-14.
4. Đoàn Hoàng Long, Quách Trọng Đức (2019), “Mối liên quan giữa mức độ tăng triglycerid máu với mức độ nặng và biến cố hoại tử của viêm tụy cấp”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 23(1), tr. 103-109.
5. Bùi Thị Hương Quỳnh, Trịnh Thị Hồng Anh (2019), “Khảo sát tình hình điều trị viêm tụy cấp tại bệnh viện Thống Nhất”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 23(3), tr. 23-29.
6. Lê Phúc Trường Thịnh, Tạ Văn Trâm (2018), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm Tiền Giang”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 22(5), tr. 33-38.
7. Võ Thị Lương Trân, Võ Tất Thắng, Vũ Thị Hạnh Như và cs (2018), “So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu với các viêm tụy cấp do các nguyên nhân khác”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, 22(1), tr. 328-335.
8. Beger H.G. (2018), *Pancreas*, Wiley Blackwell, John Wiley & Sons Ltd.
9. Chrlesworth A., Steger A., Crook A. M. (2015), “Acute pancreatitis associated with severe hypertriglyceridemia; a retrospective cohort study”, *IJS* (23), p. 23-27.
10. Fan J., Ding L., Lu Y. et al (2018), “Epidemiology and etiology of acute pancreatitis in urban and suburban areas in Shanghai: a retrospective study”, *Gastroenterology research and practice*, 2018, pp.1-8.
11. Jaday S.J., Shah H. P. (2018), “A randomized study of outcome of acute pancreatitis in tertiary care hospital Gujarat india”, *ISJ* 5(6), pp. 2268-2274.
12. Wang H.S., Chou Y., Shangkuan W. et al (2016), “Relationship between plasma triglyceride level and severity of hypertriglyceridemic pancreatitis”, *Plos one* 1-10.
13. Zang L.X. et al (2015), “Clinical study of 224 patients with hypertriglyceridemia pancreatitis”, *Chinese medical journal*, 128 (5), pp. 2045-2049.

(Ngày nhận bài: 08/10/2021 – Ngày duyệt đăng: 19/11/2021)
