

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM TỤY CẤP Ở BỆNH NHÂN TĂNG TRIGLYCERIDE

Hồ Chí Thanh<sup>1\*</sup>, Inkhamphanh Bounthong<sup>2,3</sup>, Nguyễn Huy Thông<sup>1</sup>

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân (BN) viêm tụy cấp (VTC) có tăng triglyceride (TG). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 72 BN viêm tụy cấp có tăng TG tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2021 - 5/2023. Quy trình khám, chẩn đoán và điều trị được thực hiện thống nhất theo hướng dẫn của Hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSES) năm 2019. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $42,8 \pm 10,84$ , tỷ lệ nam giới là chủ yếu (80,6%), nghề nghiệp công chức là 47,2%; đau bụng chiếm 97,2%, buồn nôn chiếm 76,4%, lạm dụng rượu là 62,5%. Amylase máu trung bình là  $675,1 \pm 191,72$  U/L, TG máu trung bình là  $19,54 \pm 16,54$  mmol/L. VTC mức độ nặng là 22,2%, nồng độ TG máu không liên quan đến mức độ bệnh với  $p > 0,05$ . **Kết luận:** VTC tăng TG thường gặp ở nam giới, tiền sử lạm dụng rượu. Triệu chứng lâm sàng hầu hết gặp đau bụng, nôn, bụng trướng, khó thở. Nồng độ TG không liên quan đến mức độ bệnh.

**Từ khóa:** Viêm tụy cấp; Tăng triglyceride.

## CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE PANCREATITIS WITH HYPERTRIGLYCERIDEMIA

### Abstract

**Objectives:** To describe clinical and paraclinical characteristics of acute pancreatitis with hypertriglyceridemia and related factors. **Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 72 acute pancreatitis patients with hypertriglyceridemia at Military Hospital 103 from January 2021 to May 2023.

---

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Cao học khóa 30 Ngoại tiêu hóa, Học viện Quân y

<sup>3</sup>Bệnh xá Sư đoàn 3, Quân đội Nhân dân Lào

\*Tác giả liên hệ: Hồ Chí Thanh (hochithanhbv103@gmail.com)

Ngày nhận bài: 14/8/2023

Ngày được chấp nhận đăng: 28/9/2023

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v48i8.454>

The examination, diagnosis, and treatment procedures were performed consistently according to the guidelines of the World Society of Emergency Surgery (WSES) 2019. **Results:** The average age was  $42.8 \pm 10.84$ , the percentage of men accounted for the highest figure (80.6%), and the occupation of civil servants was 47.2%. The abdominal pain was 97.2%, nausea was 76.4%, and excessive use of alcohol was 62.5%. The mean blood amylase was  $675.1 \pm 191.72$  U/L, and the mean blood triglyceride was  $19.54 \pm 16.54$  mmol/L. Severe acute pancreatitis was 22.2%, and blood triglyceride levels were unrelated to disease severity with  $p > 0.05$ . **Conclusion:** Acute pancreatitis with hypertriglyceridemia was more common in men with a history of alcohol abuse. Clinical symptoms were mainly abdominal pain, vomiting, abdominal distension, and dyspnea. Triglyceride levels were not related to disease severity.

**Keywords:** Acute pancreatitis; Hypertriglyceridemia.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là một quá trình tổn thương cấp tính của tụy, bệnh thường xảy ra đột ngột với những triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp từ VTC nhẹ thể phù đến thể hoại tử với các biến chứng suy đa tạng dai dẳng, tỷ lệ tử vong cao. Ở Mỹ, theo Peery A.F thống kê năm 2021, có 381.741 trường hợp nhập viện vì VTC [1]. Tại Việt Nam trong những năm gần đây, qua một số nghiên cứu và thống kê cho thấy VTC ngày càng gia tăng [2].

Ngày nay, đời sống kinh tế phát triển, VTC có chiều hướng tăng cả về số lượng và mức độ nặng. Có nhiều nguyên nhân gây VTC, trong đó tăng TG trong máu là một nguyên nhân thường gặp [3]. Theo nghiên cứu của

Fortson M.R và CS, VTC do tăng TG chiếm tỷ lệ từ 1,3 - 14,3% trong tất cả các nguyên nhân gây bệnh [4]. Tăng TG có thể tiên phát hoặc thứ phát do đái tháo đường [3], thuốc bổ sung nội tiết tố estrogen, thai kỳ và lạm dụng rượu [4].

TG là thành phần chủ yếu của các lipoprotein trọng lượng phân tử thấp và các chylomicron, VTC do tăng TG được giải thích theo hai cơ chế chính: Thứ nhất do tăng nồng độ chylomicron trong máu và do phân hủy TG thành acid béo tự do ở tụy [5, 6]. Chylomicron được tạo thành sau khi ăn và tăng cao nhất sau 4 - 5 giờ. Khi nồng độ TG tăng cao, chylomicron hầu như hiện diện thường xuyên trong các mao mạch. Các phân tử tỷ trọng thấp

này có kích thước lớn làm tắc nghẽn các mao mạch tụy dẫn đến thiếu máu gây hoại tử tụy và toan chuyển hóa. Trong môi trường axit, các axit béo tự do gây hoạt hóa trypsinogen gây nên tình trạng VTC. Thứ hai, khi nồng độ chylomicron tăng cao làm cho TG tiếp xúc với men lipase ở xung quanh tụy tạo thành axit béo tự do với nồng độ cao dẫn đến tổn thương nhiễm độc tế bào tuyến tụy, làm tăng các chất trung gian của phản ứng viêm và các gốc tự do, dẫn đến VTC.

VTC có tăng TG có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác so với VTC do nguyên nhân khác. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN VTC có tăng TG máu.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

\* *Đối tượng nghiên cứu:* 72 BN VTC có tăng TG điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/2021 - 5/2023.

\* *Tiêu chuẩn lựa chọn:* BN được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta, 2012 [7]; xét nghiệm sinh hóa máu ngoại vi, TG  $\geq 5,7$  mmol/L (500 mg/dL); BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:* VTC do các nguyên nhân khác như sỏi đường mật, sau chấn thương, sau mổ; VTC ở BN đang mang thai.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang loạt ca bệnh.

\* *Chỉ tiêu nghiên cứu và phương pháp thu thập số liệu:*

Các chỉ tiêu nghiên cứu lâm sàng (khai thác tại thời điểm nhập viện): Đặc điểm BN như tuổi, giới tính, BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), thời gian mắc bệnh, tiền sử mắc bệnh. Triệu chứng cơ năng: Đau bụng, sốt, khó thở, khát nước, buồn nôn, bí trung đại tiện. Triệu chứng thực thể: Tình trạng bụng, ấn điểm sườn lưng, cảm ứng phúc mạc, tình trạng xuất huyết dưới da, niêm mạc, tình trạng khó thở.

Các chỉ tiêu nghiên cứu cận lâm sàng (lấy tại thời điểm nhập viện): Xét nghiệm công thức máu, đông máu prothrombin. Xét nghiệm sinh hóa máu đánh giá chức năng gan, thận, amylase, lipase, TG, cholesteroles, CRP, glucose, calci.

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đánh giá theo Balthazar [8].

Phân loại mức độ bệnh VTC theo WSES, 2019:

Mức độ nhẹ: Không có biến chứng tại chỗ và không suy cơ quan.

Mức độ trung bình: Có biến chứng tại chỗ hoặc suy cơ quan thoáng qua  $\leq 48$  giờ.

Mức độ nặng: Suy một hoặc nhiều cơ quan dai dẳng  $> 48$  giờ [8].

\* *Xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS 22.0.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103 thông qua số 182/CNChT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 11 năm 2022.

### 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ

Lạm dụng rượu là 45 BN (62,5%), rối loạn chuyển hóa lipid là 15 BN (20,8%), tiểu đường là 16 BN (22,2%); sỏi túi mật là 8 BN (11,1%) và VTC trước đây 27 BN (37,5%)

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình (TB) là  $42,8 \pm 10,84$ , thấp nhất 21 tuổi, cao nhất 69 tuổi. Nam giới 58 BN (80,6%), nữ giới là 14 BN (19,4%), tỷ lệ nam/nữ là 4,14. Thể trạng BN theo BMI trung bình là  $24,4 \pm 1,51$  kg/m<sup>2</sup> (17,3 - 29,7 kg/m<sup>2</sup>). Thời gian từ khi bị bệnh đến khi nhập viện TB là  $20,83 \pm 11,96$  (6 - 72 giờ), nhóm từ 12 - 24 giờ có 45 BN (62,4%).

**Bảng 1.** Triệu chứng lâm sàng.

| Triệu chứng             | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|--------------|-----------|
| Đau bụng thượng vị      | 70           | 97,2      |
| Trướng bụng             | 67           | 93,1      |
| Khó thở                 | 16           | 22,2      |
| Buồn nôn và nôn         | 55           | 76,4      |
| Điểm sườn lưng đau      | 52           | 72,2      |
| Bí trung, đại tiện      | 36           | 50,0      |
| Sốt                     | 20           | 27,8      |
| Cảm ứng phúc mạc        | 21           | 29,2      |
| Da, niêm mạc khô        | 31           | 43,1      |
| Xuất huyết dưới da      | 10           | 13,9      |
| Mạch $> 90$ chu kỳ/phút | 46           | 63,9      |

Triệu chứng đau bụng phổ biến nhất là 97,2%

**Bảng 2.** Một số xét nghiệm sinh hóa máu.

| Chỉ số               | $\bar{X} \pm SD$ | Min - max     |
|----------------------|------------------|---------------|
| Glucose (mmol/L)     | 9,9 ± 7,23       | 1,15 - 49,36  |
| Ure (mmol/L)         | 4,9 ± 2,56       | 1,17 - 16,18  |
| Creatinin (umol/L)   | 102,4 ± 44,9     | 43,9 - 250,3  |
| Calci (mmol/L)       | 2,1 ± 0,33       | 1,04 - 2,66   |
| Amylase máu (U/L)    | 675,9 ± 1626,4   | 20,3- 11942   |
| Lipase máu (U/L)     | 2839,8 ± 8958    | 38,6 - 65736  |
| Triglycerid (mmol/L) | 17,8 ± 6,40      | 5,73 - 30,82  |
| Cholesterol (mmol/L) | 14,09 ± 7,75     | 3,91 - 34,85  |
| CRP (mg/L)           | 157,3 ± 129,3    | 2,48 - 444,13 |

Triglyceride cao nhất là 30,82 mmol/L; có 58 ca (80,6%) TG ≥ 11,3 mmol/L.

**Bảng 3.** Xét nghiệm huyết học.

| Chỉ số           | $\bar{X} \pm SD$ | Min - max    |
|------------------|------------------|--------------|
| Hồng cầu (T/L)   | 4,7 ± 0,64       | 3,47 - 6,60  |
| Hb (g/L)         | 160,3 ± 20,91    | 118 - 224    |
| Hematocrit (L/L) | 0,43 ± 0,049     | 0,34 - 0,56  |
| Bạch cầu (G/L)   | 13,5 ± 4,51      | 6,17 - 24,17 |
| Tiểu cầu (G/L)   | 241,1 ± 77,26    | 120 - 495    |
| Prothrombin(%)   | 82,3 ± 16,69     | 41 - 127     |

53 ca (73,6%) có bạch cầu ≥ 10 G/L, có 31,9% chỉ số hematocrit > 0,45.

Kết quả chụp CLVT ổ bụng: Balthazar B là 20,8%, C là 26,4%, D là 18,1% và E là 34,7%, không có Balthazar A.

Phân loại mức độ bệnh: Nhẹ 18 BN (25%); vừa 38 BN (52,8%); nặng 16 BN (22,2%) gồm suy hô hấp kéo dài 13 ca (18,1%), sốc tụt huyết áp và suy thận 3 ca (4,1%).

**Bảng 4.** Các yếu tố liên quan đến mức độ bệnh.

| Yếu tố                       | Mức độ | Nhẹ<br>( $\bar{X} \pm SD$ ) | Vừa<br>( $\bar{X} \pm SD$ ) | Nặng<br>( $\bar{X} \pm SD$ ) | P     |
|------------------------------|--------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------|
| Tuổi                         |        | 42,4 ± 13,38                | 43,3 ± 9,98                 | 42,3 ± 10,33                 | 0,933 |
| BMI (Kg/m <sup>2</sup> )     |        | 24,4 ± 2,21                 | 24,0 ± 2,76                 | 25,3 ± 2,04                  | 0,222 |
| Sốt (°C)                     |        | 36,6 ± 0,49                 | 36,8 ± 0,46                 | 37,2 ± 0,64                  | 0,011 |
| Mạch<br>(chu kỳ/phút)        |        | 87,7 ± 15,34                | 92,2 ± 16,81                | 106,5 ± 21,67                | 0,007 |
| Hồng cầu (T/L)               |        | 4,7 ± 0,65                  | 4,7 ± 0,63                  | 4,7 ± 0,68                   | 0,994 |
| Hematocrit (L/L)             |        | 0,423 ± 0,03                | 0,425 ± 0,04                | 0,446 ± 0,06                 | 0,306 |
| Bạch cầu (G/L)               |        | 13,2 ± 3,90                 | 13,3 ± 4,06                 | 14,3 ± 6,11                  | 0,737 |
| Glucose<br>(mmol/L)          |        | 9,2 ± 4,82                  | 8,4 ± 4,39                  | 14,5 ± 11,44                 | 0,012 |
| Ure (mmol/L)                 |        | 3,9 ± 1,38                  | 4,5 ± 4,56                  | 6,7 ± 2,23                   | 0,002 |
| Creatinine<br>( $\mu$ mol/L) |        | 81,5 ± 15,31                | 93,2 ± 34,17                | 146,0 ± 60,45                | 0,000 |
| Calci (mmol/L)               |        | 2,2 ± 0,150                 | 2,1 ± 0,241                 | 1,87 ± 0,466                 | 0,000 |
| Amylase máu<br>(U/L)         |        | 227,6 ± 164                 | 436,4 ± 440                 | 1749,5 ± 3224                | 0,008 |
| Lipase máu (U/L)             |        | 494,5 ± 308                 | 1463 ± 2249                 | 8747 ± 17851                 | 0,009 |
| Triglyceride<br>(mmol/L)     |        | 18,1 ± 6,69                 | 18,4 ± 6,09                 | 16,0 ± 6,86                  | 0,445 |
| CRP (mg/L)                   |        | 45,9 ± 67,5                 | 179,8 ± 128                 | 187,2 ± 130,1                | 0,036 |
| CLVT (B/C/D/E)               |        | 6/7/4/1                     | 9/9/6/14                    | 0/3/3/10                     | 0,023 |
| Tổng                         |        | 18                          | 38                          | 16                           |       |

Triglyceride không liên quan đến mức độ nặng của bệnh với p = 0,445.





**Hình 1.** Mẫu máu BN VTC có tăng TG (BA số 12).

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung

Tuổi TB trong nghiên cứu là  $42,8 \pm 10,84$  (21 - 69 tuổi), nam giới chiếm 80,6%, nữ giới là 19,4%, thể trạng theo BMI, TB là  $24,4 \pm 1,508$   $\text{kg/m}^2$  (từ 17,3 - 29,7  $\text{kg/m}^2$ ). Điều này cho thấy VTC có tăng TG chủ yếu gặp ở nam giới, trong độ tuổi lao động. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình với tỷ lệ nam/nữ là 2,95, tuổi TB là 40,4 tuổi, BMI TB  $22,2 \pm 2,65$   $\text{kg/m}^2$  [6]. Thời gian đến viện TB là  $20,8 \pm 11,96$  giờ, nhóm mắc bệnh từ 12 - 24 giờ (62,4%), thời gian là một yếu tố đánh giá mức độ bệnh, theo James T.W, trong vòng 72 giờ phải đánh giá được mức độ bệnh để có biện pháp điều trị phù hợp [9].

### 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng cơ năng điển hình là đau bụng cấp tính vùng thượng vị gặp 97,2%, trướng bụng là 93,1%, buồn nôn và nôn gặp 76,4%, và bí trung tiện

gặp 50% (Bảng 1). Khám thực thể ấn điểm sườn lưng đau là 72,2%, cảm ứng phúc mạc gặp 29,2%, sốt 27,8%, xuất huyết dưới da là 13,9%. Theo Nguyễn Gia Bình, đau bụng thượng vị gặp 98,7%, buồn nôn và nôn là 92%, bí trung tiện 86,7%, 100% bụng trướng và có dấu hiệu cảm ứng phúc mạc là 61,3% [6]. Chúng tôi gặp triệu chứng khó thở là 22,2%, đây thường là dấu hiệu sớm của tình trạng suy hô hấp, một biến chứng nặng của bệnh. Fortson M.R và CS nghiên cứu 272 ca VTC do tăng TG thấy 100% đau bụng, buồn nôn và nôn kéo dài cả ngày [4]. Triệu chứng sốt gặp 27,8%, mạch nhanh trên 90 chu kỳ/phút gặp 63,9%. Theo Lee S.H và CS nghiên cứu VTC do tăng TG thấy sốt tăng cao hơn ở những BN tăng TG cao [10]. Yang A.L thấy triệu chứng lâm sàng và đau bụng ở VTC do tăng TG tương tự như VTC thông thường, tuy nhiên diễn biến thường nặng hơn và suy đa tạng kéo dài [11].

### 3. Các yếu tố nguy cơ

Đánh giá các yếu tố nguy cơ, chúng tôi thấy tiền sử lạm dụng rượu chiếm 62,5%, tiểu đường là 22,2%, rối loạn lipid máu là 20,8% và đã từng VTC trước đây là 37,5%, sỏi túi mật là 11,1%. Theo Nguyễn Gia Bình, tiền sử lạm dụng rượu gặp 65,3%, rối loạn lipid máu là 25,3%, đã từng VTC trước đây là 37,5% [6]. Sun Y nghiên cứu

năm 2022, nguyên nhân phổ biến nhất gây VTC tái phát là tăng TG chiếm 38,3%, hút thuốc và cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp là hai yếu tố nguy cơ độc lập [12].

#### 4. Các xét nghiệm sinh hóa máu

Triệu chứng cận lâm sàng chẩn đoán VTC là amylase và/hoặc lipase máu tăng gấp 3 lần bình thường, hình ảnh siêu âm hoặc chụp CLVT ổ bụng điển hình [7]. Tại bảng 2, nồng độ amylase máu TB là  $675,9 \pm 1626,4$  (U/L), lipase máu TB là  $2.839,8 \pm 8.958$  (U/L), 9 BN (12,5%) có chỉ số amylase máu và 2 BN có nồng độ lipase máu ở mức bình thường; tuy nhiên, triệu chứng lâm sàng và hình ảnh CLVT điển hình theo Atlanta, 2012 [7]. Nguyễn Gia Bình thấy amylase máu không tăng là 20% [6], Yadav D. thấy amylase không tăng trong VTC tăng TG là 25% [5]. Các tác giả đều thấy tỷ lệ VTC do tăng TG mà amylase và lipase không tăng, lâm sàng điển hình, xét nghiệm máu nồng độ TG tăng cao, lấy máu có màu trắng đục như sữa là dấu hiệu rõ nhất [5] (Hình 1).

Nồng độ TG trong nghiên cứu TB là  $17,8 \pm 6,40$  mmol/L cao nhất là 30,82 mmol/L, kèm theo cholesterol cũng tăng, TB là  $14,09 \pm 7,75$  mmol/L, số ca có TG từ 11,3 mmol/L trở lên là 58 ca (80,6%). Theo tuyên bố đồng thuận của WSES, khi loại bỏ các yếu tố khác, nếu chỉ số TG > 11,3 mmol/L được

xem là nguyên nhân gây VTC [8]. Kết quả này phù hợp với Nguyễn Gia Bình, nồng độ TG là  $19,88 \pm 17,38$  mmol/L, cholesterol là  $13,36 \pm 6,68$  mmol/L. Theo Yadav D., tăng TG bất kỳ, > 200 mg/dL, > 500 mg/dL và > 1.000 mg/dL nguy cơ mắc VTC tương ứng là 0,05%, 4%, 10% và 25% [5].

Nồng độ glucose máu là  $9,9 \pm 7,23$  mmol/L, cao nhất là 49,3 mmol/L, có 22,2% BN đang điều trị bệnh tiểu đường, Nguyễn Gia Bình thấy có 74,7% BN có glucose máu tăng > 6,4 mmol/L, trong đó 18,7% có tiền sử tiểu đường [6]. Theo Yadav D., so sánh thấy nhóm VTC có TG tăng thì glucose máu tăng hơn so với nhóm VTC không tăng TG [5].

Chỉ số ure máu TB là  $4,9 \pm 2,56$  mmol/L, creatinine máu TB là  $102,4 \pm 44,9$   $\mu$ mol/L; có 14 BN (19,4%) chẩn đoán suy thận cấp với creatinine > 130  $\mu$ mol/L. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình là 36% [6]. Theo WSES, chỉ số ure > 20 mmol/L là một yếu tố dự báo độc lập về nguy cơ tử vong [8]. Nồng độ calci máu TB là  $2,1 \pm 0,33$  mmol/L, thấp nhất là 1,04 mmol/L, theo phân loại của Ranson, calci < 2mmol/L là yếu tố tiên lượng nặng [2]. Xét nghiệm CRP  $157,3 \pm 129,3$  mg/L, cao nhất là 444,13 mg/L, cao hơn nghiên cứu của Lee S.H., chỉ số CRP là  $41 \pm 81$  mg/L và có liên quan đến tình trạng sốt [10].



### 5. Các xét nghiệm huyết học

Kết quả xét nghiệm huyết học tại bảng 3, chúng tôi quan tâm tới chỉ số hematocrit, kết quả là  $0,43 \pm 0,49$  L/L, có 31,9% BN có kết quả  $> 0,45$ . Hematocrit của chúng tôi không cao, phản ánh tình trạng thiếu dịch ít, có thể do BN đến sớm ngay ngày đầu của bệnh nên chỉ số hematocrit chưa biến đổi rõ. Xét nghiệm bạch cầu TB là  $13,5 \pm 4,51$  G/L, cao nhất là 24,17 G/L. Các thành phần hồng cầu, Hb, tiểu cầu và prothrombin trong VTC ngày đầu gần như chưa ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm. Nghiên cứu của Lee S.H., có kết quả Hct là  $0,424 \pm 0,52$  và không liên quan đến tình trạng sốt, chỉ số bạch cầu của tác giả là  $12,0 \pm 3,55$  G/L và liên quan chặt chẽ tới tình trạng sốt [10].

### 6. Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

Tất cả BN trong nghiên cứu đều được chụp CLVT có thuốc cản quang, kết quả 20,8% Balthazar B., 26,4% Balthazar C., Balthazar D. và E. là 18,1% và 34,7%. Theo WSES khuyến cáo, nên chụp CLVT sau 72 giờ mắc bệnh sẽ cho kết quả chính xác hơn [8]. Kết quả Balthazar E của chúng tôi thấp hơn Nguyễn Gia Bình là 48%, tuy nhiên, tác giả cho chụp CLVT sau 72 giờ nên tổn thương tụy nặng hơn [6].

### 7. Phân loại mức độ VTC

Phân loại mức độ: Bệnh nhẹ là 25%, vừa là 52,8% và nặng là 22,2%. 16 BN

mức độ nặng gồm suy hô hấp là 13 ca (18,7%); 3 ca (4,17%) sốc mạch nhanh  $> 130$  chu kỳ/phút, huyết áp tâm thu  $< 90$  mmHg, sau khi bù đủ dịch không cải thiện phải dùng thuốc vận mạch. Theo Atlanta 2012, những trường hợp suy tạng dai dẳng trên 48 giờ được xếp vào mức độ nặng [7]. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình, mức độ nhẹ và vừa chiếm 72%, số BN nặng là 28%, có 16% trong tình trạng sốc [6].

### 8. Các yếu tố liên quan đến mức độ bệnh

Kết quả tại bảng 4, tình trạng sốt, mạch và các chỉ số glucose, ure, creatinine, amylase, calci, CRP, chụp CLVT ổ bụng lúc nhập viện đều liên quan tới mức độ nặng của bệnh với  $p < 0,05$ . Chỉ số ure và creatinine phản ánh mức độ tổn thương thận cấp; vì vậy, khi có tổn thương thận chứng tỏ tình trạng bệnh nặng hơn không có tổn thương. Theo WSES, mức độ tổn thương tụy trên CLVT là một tiêu chí quan trọng để đánh giá độ nặng của bệnh [8]. Các chỉ số tuổi, BMI, hồng cầu, hematocrit, bạch cầu và TG không liên quan tới mức độ bệnh với  $p > 0,05$ .

### KẾT LUẬN

VTC có tăng TG thường gặp ở nhóm tuổi lao động, nam giới là chủ yếu và tiền sử có lạm dụng rượu. Triệu chứng lâm sàng hầu hết gặp đau bụng,

buồn nôn và nôn, bụng trướng, khó thở. Tỷ lệ suy hô hấp là 18,1%, sốc suy tuần hoàn là 4,2%, kết quả VTC mức độ nhẹ là 25%, vừa là 52,8% và nặng là 22,2%.

Kết quả xét nghiệm glucose, ure, creatinine, amylase, calci, CRP và chụp CLVT lúc nhập viện liên quan đến mức độ nặng của bệnh có ý nghĩa với  $p < 0,05$ , chỉ số TG, thể trạng BN không liên quan đến mức độ bệnh với  $p > 0,05$ .

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peery AF, Crockett SD, Murphy C. et al. Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: Update 2021. *Gastroenterology*. 2022; 162(2): 621-644.
2. Nguyễn Khánh Trạch và Trần Ngọc Ân. Viêm tụy cấp, Bệnh học nội khoa - Dành cho đối tượng sau đại học. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2004.
3. Zhu Y, Pan X, Zeng H, et al. A Study on the etiology, severity, and mortality of 3260 patients with acute pancreatitis according to the revised atlanta classification in jiangxi china over an 8-year period. *Pancreas*. 2017, 46(4):504-509.
4. Fortson MR, Freedman SN and Webster PD 3<sup>rd</sup>. Clinical assessment of hyperlipidemic pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 1995; 90(12):2134-9.
5. Yadav D, and Pitchumoni CS. Issues in hyperlipidemic pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*. 2003, 36(1):54-62.
6. Nguyễn Gia Bình. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp tăng triglyceride. Bệnh viện Bạch Mai. Bộ Y tế. 2013.
7. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis-2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013, 62(1):102-111.
8. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg*. 2019:14-27.
9. James TW, and Crockett SD. Management of acute pancreatitis in the first 72 hours. *Curr Opin Gastroenterol*. 2018; 34(5):330-335.
10. Lee SH, and Park JM. Hypertriglyceridemia is a risk factor for fever in early acute non-biliary pancreatitis. 2021; 78(6):337-343.
11. Yang AL, and McNabb-Baltar J. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2020; 20(5):795-800.
12. Sun Y, and Jin J. Risk factors for recurrent pancreatitis after first episode of acute pancreatitis. 2022; 15:1319-1328.