

- comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eye (Lond)*. 2020; 34(8):1357-1370.
- Kim C.Y., Park K.H., Ahn J., et al.** Treatment patterns and medication adherence of patients with glaucoma in South Korea. *Br J Ophthalmol*. 2017; 101(6):801-807.
  - Kuriakose R.K., Cho S., Nassiri S., Hwang F.S.** Comparative outcomes of standard perioperative eye drops, intravitreal triamcinolone acetonide-moxifloxacin, and intracameral dexamethasone-moxifloxacin-ketorolac in cataract surgery. *J Ophthalmol*. 2022; 2022:4857696.
  - Matossian C.** Challenges to topical drop adherence after cataract surgery. *Ophthalmology*. 2021; 45(19).
  - Matossian C.** Noncompliance with prescribed eyedrop regimens among patients undergoing cataract surgery - prevalence, consequences, and solutions. *US Ophthalmic Review*. 2020; 13(1):18-22.
  - Sanguansak T., Morley K.E., Morley M.G., et al.** Two-way social media messaging in postoperative cataract surgical patients: prospective interventional study. *J Med Internet Res*. 2017; 19(12):e413.

## KHẢO SÁT NGUYÊN NHÂN VIÊM TỤY CẤP TÁI PHÁT, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH

Phạm Đỗ Thục Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Trường Sơn<sup>1,2</sup>, Đào Việt Hằng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Khảo sát nguyên nhân viêm tụy cấp tái phát (VTC) (2) Tìm hiểu mối liên quan giữa nguyên nhân (NN) viêm tụy cấp tái phát với đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 106 bệnh nhân viêm tụy cấp tái phát được điều trị trong thời gian 8/2023 đến 4/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ các nguyên nhân gây viêm tụy cấp tái phát theo nhóm: tăng triglyceride (TG) (50%); rượu (27,4%); sỏi mật (8,5%); nguyên nhân khác (14,1%). Số lượng nam giới chiếm ưu thế ở nhóm do rượu, do tăng triglyceride và nhóm khác. Bệnh nhân viêm tụy cấp tái phát do tăng triglyceride có nồng độ calci máu toàn phần thấp hơn các nhóm còn lại ( $P = 0,011$ ). Viêm tụy cấp tái phát do rượu có nồng độ PH thấp nhất và nồng độ CRP cao nhất trong 4 nhóm ( $P=0,023$ ;  $P = 0,004$ ). Nhóm nguyên nhân viêm tụy cấp tái phát do sỏi mật có nồng độ AST cao hơn hẳn các nhóm còn lại ( $P = 0,036$ ). Bệnh nhân có số lần mắc viêm tụy cấp lớn hơn hai có nồng độ calci thấp hơn những bệnh nhân mới có 1 lần VTC tái phát ( $P= 0,025$ ). Mức độ nặng của viêm tụy cấp tái phát được đánh giá bởi phân loại Atlanta sửa đổi 2012, thang điểm CTSI và thang điểm IMRIE đều không có sự biệt đáng kể giữa các nguyên nhân. **Kết luận:** Viêm tụy cấp do tăng Triglyceride là nguyên nhân thường gặp nhất. Bệnh nhân bị viêm tụy cấp tái phát từ hai lần trở lên có nồng độ calci máu thấp hơn những bệnh nhân có một lần tái phát viêm tụy cấp.

**Từ khóa:** viêm tụy cấp tái phát, viêm tụy cấp tái phát do tăng Triglyceride, VTC do rượu, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

### SUMMARY

#### ACUTE RECURRENT PANCREATITIS: ETIOLOGY, CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AS WELL AS DISEASE SEVERITY

**Objectives:** (1) Investigate the causes of Acute recurrent pancreatitis (2) Study the relationship between the causes of acute recurrent pancreatitis and clinical and paraclinical characteristics as well as the severity of the disease. **Materials and methods:** Cross-sectional, prospective study on 106 patients with Acute recurrent pancreatitis treated from August 2023 to April 2024. **Results:** The proportion of causes of Acute recurrent pancreatitis by group: increased Triglyceride (50%); alcohol (27,4%); gallstones (8,5%); other ones (14,1%). The number of men is predominant in the group of due to alcohol, increased triglyceride and other ones. Patients with Acute recurrent pancreatitis due to increased triglyceride have lower total blood calcium levels than the remaining groups ( $P = 0.011$ ). Recurrent pancreatitis due to alcohol had the lowest PH level and the highest CRP level among the four cause groups ( $P=0,023$ ;  $P=0,004$ ). The group with Acute recurrent pancreatitis due to gallstones had higher AST levels than the other groups ( $P=0,036$ ). Patients with more than two episodes of pancreatitis had lower calcium levels than those with only one episode of pancreatitis ( $P=0,025$ ). The severity of Acute recurrent pancreatitis was assessed by the 2012 revised Atlanta classification, the CTSI score, and the IMRIE score, with no significant differences among the causes. **Conclusion:** Pancreatitis due to hypertriglyceride was the common cause of Acute recurrent pancreatitis. Patients with two or more Acute recurrent pancreatitis had lower serum calcium levels than those with only one Acute recurrent pancreatitis. **Keywords:** Acute recurrent pancreatitis, Acute recurrent pancreatitis due to hypertriglyceride, alcoholic pancreatitis, clinical and paraclinical characteristics.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) đã trở thành một bệnh lý

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn

Email: nguyentruongsonbm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024

tiêu hóa phổ biến trong những thập kỷ vừa qua, với tác động ngày càng gia tăng lên việc chăm sóc sức khỏe <sup>(1,2)</sup>. Trong khi hầu hết bệnh nhân (BN) mắc VTC đều có triệu chứng nhẹ và hồi phục hoàn toàn, một số khác có thể phải đối mặt với các đợt VTC tái phát, hệ quả là dẫn đến viêm tụy mãn tính hoặc thậm chí là ung thư tụy <sup>(3,4)</sup>. Tuy nhiên, các nghiên cứu dịch tễ về nguyên nhân (NN) gây VTC tái phát cũng như đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của VTC tái phát còn tương đối mơ hồ. Trên thực tế, tỷ lệ của các NN dẫn đến VTC rất khác nhau giữa các nghiên cứu. Một số nghiên cứu cho rằng rượu là NN hay gây VTC tái phát nhất, số khác lại có kết luận rượu và tăng TG chiếm tỷ lệ bằng nhau trong việc gây VTC tái phát với 30% <sup>(5)</sup>. Sự khác biệt này có thể đến từ sự không tương đồng về cỡ mẫu, thời gian thực hiện nghiên cứu và đặc điểm của từng bệnh nhân. Do đó, nhằm góp phần khảo sát các NN gây bệnh cũng như các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân VTC tái phát. Chúng tôi thực hiện đề tài: "*Khảo sát nguyên nhân viêm tụy cấp tái phát, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mức độ nặng của bệnh*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán VTC tái phát tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, BVBM.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi 2012, bệnh nhân có từ 2 lần nhập viện vì VTC trở lên, các lần nhập viện vì VTC cách nhau 3 tháng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân thiếu dữ liệu.
- Bệnh nhân bị viêm tụy mạn hoặc ung thư tụy.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.1.3. Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Tiêu hóa gan mật, bệnh viện Bạch Mai

**2.1.4. Thời gian nghiên cứu:** 8/2023-

### Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung	VTC do rượu (n=29)	VTC do tăng TG (n=53)	VTC do sỏi mật (n=9)	NN khác (n=15)	P
Tuổi	46,24 $\pm$ 10,88	44,77 $\pm$ 9,35	64,78 $\pm$ 14,06	43,80 $\pm$ 14,74	0,000
Giới tính (n;%): Nam	28 (96,6)	37 (69,8)	4 (44,4)	10 (66,7)	0,002
Nữ	1 (3,4)	16 (30,2)	5 (55,6)	5 (33,3)	
BMI (%): <18,5	3 (10,3)	2 (3,8)	2 (22,2)	1 (6,7)	0,435
18,5 – 25	21 (72,4)	37(69,8)	6 (66,7)	12 (80)	
>25	5 (17,2)	14 (26,4)	1 (11,1)	2 (13,3)	
Tiền sử ĐTĐ (n;%)	7 (24,1)	13 (24,5)	3 (33,3)	3 (20)	0,25

5/2024

**2.3. Cỡ mẫu:** Thuận tiện, tất cả BN thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

**2.4. Các bước tiến hành và phân tích số liệu:** Ghi nhận các thông tin về chỉ số nhân trắc học, nghề nghiệp, các bệnh lý kèm theo, lý do vào viện, dấu hiệu sinh tồn, triệu chứng lâm sàng kèm theo các chỉ số xét nghiệm. Siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có thuốc cản quang, hoặc MRI có thuốc đối quang từ trong thời gian 48h nhập viện, Siêu âm nội soi cũng như các xét nghiệm cận lâm sàng tìm nguyên nhân. Thời gian nằm viện và nhập ICU (intensive care unit) cũng được ghi nhận.

Mức độ nặng và kết cục lâm sàng của bệnh nhân dựa vào: Đánh giá mức độ nặng của VTC theo phân độ Atlanta sửa đổi năm 2021, thang điểm CTSI, thang điểm IMRIE. Tiêu chuẩn nhập ICU của Trung tâm Tiêu hóa gan mật - BVBM: có chỉ định thay huyết tương, lọc máu liên tục hoặc bệnh nhân có suy cơ quan kéo dài. Số ngày nằm viện: thời gian từ lúc BN vào viện đến lúc ra viện (BN còn sống) hoặc bệnh ổn định chuyển đến y tế địa phương theo dõi tiếp. Bảng ngày ra viện – ngày vào.

**2.5. Nhập và phân tích số liệu theo phần mềm SPSS 20.0:** So sánh sự khác biệt giữa các biến sử dụng test khi bình phương và kiểm định One-way ANOVA. Giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024 có 106 bệnh nhân đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu: Tuổi trung bình người bệnh là 46,47  $\pm$  12,25. 50,9% người bệnh lớn hơn hoặc bằng 44 tuổi. Nam chiếm tỷ lệ 76,4%, nữ chiếm tỷ lệ 23,6%, tỷ lệ nam/ nữ  $\sim 3/1$  ( $p < 0,001$ ). Trong 106 BN này, có 53 bệnh nhân (50%) được chẩn đoán là VTC tái phát do tăng triglyceride máu, 29 bệnh nhân do rượu, 9 bệnh nhân được chẩn đoán VTC do sỏi đường mật và 15 bệnh nhân chưa xác định được nguyên nhân (NN).

Tiền sử THA (n;%)	2 (6,9)	10 (18,9)	3 (33,3)	2 (13,3)	0,225
Viêm tụy cấp từ 3 lần trở lên (n;%)	14 (48,3)	23 (43,4)	4 (44,4)	6 (40)	0,696
Số ngày nằm viện (ngày)	4,93±2,87	6,96±6,02	16,22±13,82	6,13±3,74	0,043

**Nhận xét:** Nhóm VTC tái phát do rượu, tăng Triglyceride và các NN khác chủ yếu xảy ra ở nam giới, VTC tái phát do sỏi mật ở nữ nhiều hơn nam với P là 0,002. BMI (body mass index) từ 18,5 đến 25 thường gặp nhất ở tất cả các nguyên nhân, tuy nhiên P > 0,05. VTC do sỏi mật có số ngày nằm viện trung bình dài nhất lên

tới 16,22 ngày, trong khi VTC do rượu chỉ có 4,93 ngày, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,043. Tỷ lệ bệnh nhân có từ 3 lần VTC trở lên giữa các nhóm là như nhau (p = 0,696). Viêm tụy cấp do sỏi mật có tuổi trung bình cao hơn hẳn các nhóm còn lại.

**Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng theo từng nhóm nguyên nhân.**

Giá trị (n;%)	VTC do rượu (n=29)	VTC do tăng TG (n=53)	VTC do sỏi mật (n=9)	NN khác (n=15)	P
Chướng bụng	21 (72,4)	35 (66)	6 (66,7)	6 (40)	0,200
Nôn	8 (27,6)	20 (37,7)	4 (44,4)	3 (20)	0,458
Bí trung tiện	11 (37,9)	20 (37,7)	2 (22,2)	4 (26,7)	0,737
Sốt	4 (13,8)	6 (11,3)	2 (22,2)	2 (13,3)	0,759

**Nhận xét:** Tỷ lệ BN chướng bụng và bí trung tiện ở nhóm VTC do rượu cao hơn các nhóm khác; bệnh nhân VTC do sỏi mật có tỷ lệ nôn và sốt cao hơn 3 nhóm còn lại. Tuy nhiên tất cả đều không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng theo từng nhóm nguyên nhân:**

Giá trị	VTC do rượu (n=29)	VTC do tăng TG (n=53)	VTC do sỏi mật (n=9)	NN khác (n=15)	P
PH	7,401 ± 0,043	7,407 ± 0,051	7,449 ± 0,0199	7,429 ± 0,0488	0,023
WBC (G/L)	11,42 ± 4,57	11,72 ± 4,41	14,88 ± 8,16	13,17 ± 4,90	0,491
HCT (%)	42,34 ± 4,71	39,59 ± 6,71	42,14 ± 4,29	39,79 ± 7,80	0,221
AST (U/L)	48,51 ± 36,40	34,37 ± 32,86	183,90 ± 161,62	36,83 ± 25,70	0,036
CREATININ(μmol/L)	68,18 ± 26,00	63,17 ± 21,00	73,06 ± 22,62	67,33 ± 20,22	0,565
CALCI toàn phần (mmol/L)	2,09 ± 0,23	2,02 ± 0,367	2,16 ± 0,12	2,23 ± 0,14	0,011
CRP (mg/L)	134,37 ± 120,67	113,47 ± 108,96	63,55 ± 83,76	38,04 ± 64,12	0,004

**Nhận xét:** bệnh nhân VTC do rượu có PH toan hơn những NN còn lại với PH trung bình của VTC do rượu là 7,401. CRP ở nhóm VTC tái phát do rượu cũng cao hơn các nhóm còn lại (p = 0,004). Nhóm bệnh nhân VTC do tăng TG máu có trung bình nồng độ calci máu thấp nhất (p=0,011). VTC do sỏi mật có giá trị trung bình nồng độ AST cao hơn nhiều so với những nhóm còn lại (p = 0,036).

**Bảng 4: So sánh mức độ nặng của VTC tái phát theo phân loại Atlanta theo các NN.**

Phân loại VTC (n;%)	VTC do rượu (n=29)	VTC do tăng TG (n=53)	VTC do sỏi mật (n=9)	NN khác (n=15)	P
Nhẹ	12 (41,4)	19 (35,8)	2 (22,2)	3 (20)	0,619
Trung bình	14 (48,3)	25 (47,2)	6 (66,7)	11 (73,3)	
Nặng	3 (10,3)	9 (17)	1 (11,1)	1 (6,7)	

**Nhận xét:** VTC tái phát có mức độ trung bình thường gặp nhất ở tất cả các NN, trong khi đó VTC do tăng TG có tỷ lệ bệnh nhân VTC mức độ nặng cao nhất. Tuy nhiên sự khác biệt này không có nghĩa thống kê với p = 0,619.

**Bảng 5: So sánh mức độ nặng của VTC tái phát theo thang điểm CTSI.**

Điểm CTSI (n;%)	VTC do rượu (n=29)	VTC do tăng TG (n=53)	VTC do sỏi mật (n=9)	NN khác (n=15)	P
0 - 3	11 (37,9)	23 (43,4)	5 (55,6)	7 (50)	0,857
4 - 6	16 (55,2)	26 (49,1)	3 (33,3)	7 (50)	
7 - 10	2 (6,9)	4 (7,5)	1 (11,1)	0	

**Nhận xét:** VTC do rượu, do tăng TG máu và do nguyên nhân khác có tỷ lệ BN có CTSI 4 -6 điểm là cao nhất, tỷ lệ VTC thể nhẹ cao nhất ở nhóm VTC do sỏi mật. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,857)

**Bảng 6: So sánh mức độ nặng của VTC tái phát theo thang điểm IMRIE**

ĐIỂM IMRIE (n,%)	VTC do rượu (n=29)	VTC do tăng TG (n=53)	VTC do sỏi mật (n=9)	Nguyên nhân khác (n=15)	P
IMRIE < 3	26 (89,7)	47 (88,7)	6 (66,7)	13 (86,7)	0,327
IMRIE ≥ 3	3 (10,3)	6 (11,3)	3 (33,3)	2 (23,3)	

**Nhận xét:** VTC do sỏi mật có tỉ lệ VTC với IMRIE ≥ 3 cao hơn những nguyên nhân còn lại. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với kết quả này (p = 0,327).

**Bảng 7: So sánh mức độ nặng, tỷ lệ bệnh nhân nhập ICU (intensive care unit) và nồng độ calci máu toàn phần với số lần mắc VTC.**

Giá trị (n;%)	Số lần VTC = 2 (n=59)	Số lần VTC > 2 (n=47)	P
Nhập ICU	4 (6,8)	1 (2,1)	0,379
Atlanta			0,912
Nhẹ	19 (34,2)	17 (36,2)	
Trung bình	32 (54,2)	24 (51,1)	
Nặng	8 (13,6)	6 (12,8)	
Nồng độ calci toàn phần (mmol/L)	2,14 ± 0,23	2,00 ± 0,36	0,025

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhập ICU, tỷ lệ mức độ nặng theo phân loại Atlanta sửa đổi 2012 cao hơn ở nhóm mới chỉ có một lần tái phát VTC tuy nhiên kết quả này không có ý nghĩa thống kê. Nồng độ calci máu toàn phần ở nhóm chỉ có một lần VTC tái phát cao hơn nhóm có từ 2 lần viêm tụy cấp tái phát trở lên với P = 0,025.

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu VTC tái phát là 46,74 ± 12,25 và nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là từ 40 – 49 tuổi, độ tuổi này không có sự khác biệt đáng kể với các nghiên cứu khác về VTC nói chung<sup>(6-8)</sup>. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tăng TG máu là NN thường gặp nhất gây VTC tái phát chiếm đến 50% tổng số bệnh nhân, tiếp sau đó là do rượu, trong khi đó NN chủ yếu gây VTC nói chung ở Việt Nam là do rượu trong hầu hết các nghiên cứu đã được thực hiện<sup>(7,8)</sup>. Một phân tích tổng hợp được thực hiện bởi Shuai Li<sup>(5)</sup> về tỷ lệ tái phát và các yếu tố nguy cơ tái phát cũng cho thấy rằng tỷ lệ tái phát VTC cao nhất ở nhóm NN do tăng TG và rượu (cả hai đều chiếm 30%); sự khác biệt này so với nghiên cứu của chúng tôi có thể là do cách thiết kế nghiên cứu, đặc điểm dân số khác nhau và đặc biệt là mức độ tuân thủ trong điều trị ở bệnh nhân có rối loạn lipid máu ở Việt Nam còn thấp, dẫn đến tỉ lệ VTC tái phát do tăng TG cao hơn hẳn do rượu.

Ở nhóm viêm tụy cấp do rượu, do tăng TG máu và NN khác, kết quả của nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm phần lớn (lần lượt là 96,9%, 69,8%; do tăng TG và 66,7%), trái lại VTC tái phát do sỏi mật, tỷ lệ nữ giới lại vượt trội hơn với 55,6% (P < 0,001). Nhóm NN do sỏi mật thường gặp ở nữ hơn nam vì nhìn chung tỷ lệ bệnh nhân nữ bị sỏi mật cũng thường gặp ở nữ hơn<sup>(9)</sup>. Phân bố giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đối tương

đồng với các nghiên cứu về VTC nói chung với tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 3/1<sup>(10)</sup>.

**Đặc điểm lâm sàng:** Tỷ lệ các bệnh nhân VTC tái phát ở các nhóm nguyên nhân có triệu chứng nôn, bí trung tiện, chướng bụng có sự khác biệt, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân VTC tái phát do rượu có PH thấp hơn so với ba nhóm NN còn lại (7,4; P = 0,023). Từ lâu rượu đã được biết đến là một NN phổ biến gây giảm PH máu, trong quá trình chuyển hóa rượu (ethanol thành acid axetic), khi mô gan tiếp xúc với rượu thời gian dài, NADH (Nicotinamid adenin dinucleotid) tích tụ gây cản trở trao đổi chất của ty thể, thúc đẩy việc nhiễm toan ceton và toan lactic xảy ra. Nồng độ CRP ở nhóm VTC tái phát do rượu cao hơn những nhóm nguyên nhân còn lại, kết quả này tương tự với kết quả của một nghiên cứu về viêm tụy cấp nói chung<sup>(7)</sup>. Nồng độ calci toàn phần trung bình của nhóm TG thấp nhất trong 4 nhóm NN gây VTC tái phát với giá trị là 2,02 mmol/L. Theo sinh lý chuyển hóa TG, chúng sẽ được thủy phân bởi lipase thành glycerol và acid béo, những acid béo này sẽ gắn với Ca<sup>2+</sup> dẫn đến hạ calci máu. Nồng độ trung bình AST của nhóm NN do sỏi mật cao nhất với 183,9 U/L. Trong một nghiên cứu được thực hiện bởi NO Zarnescu cũng đưa ra kết luận tương tự, nồng độ AST thường cao hơn ở những bệnh nhân VTC do sỏi mật.

Để đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân VTC tái phát, phân loại Atlanta sửa đổi 2012; thang điểm CTSI và thang điểm IMRIE được sử dụng. Kết quả cho thấy rằng không có sự khác biệt về mức độ nặng giữa các nhóm nguyên nhân gây VTC tái phát. Tuy nhiên khi so sánh nồng độ calci toàn phần giữa nhóm BN có 2 lần VTC và nhóm có từ 3 lần VTC trở lên, cho thấy, nồng độ calci có xu hướng thấp hơn khi số lần

tái phát của bệnh nhân tăng lên ( $p = 0,025$ ).

Điểm hạn chế của nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ ghi nhận những bệnh nhân VTC tái phát nhập Trung tâm tiêu hóa gan mật - BVBM, tuy nhiên một số trường hợp VTC rất nặng khi nhập cấp cứu A9 sẽ được điều trị trực tiếp tại đây hoặc được chuyển lên Trung tâm hồi sức BVBM. Do đó, cần thực hiện thêm nhiều nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để có cái nhìn chính xác và tổng quan hơn.

## V. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp do tăng TG là NN phổ biến nhất gây VTC tái phát chiếm 50% số bệnh nhân. Trong khi bệnh nhân VTC tái phát do rượu có PH máu thấp nhất, bệnh nhân VTC tái phát do tăng TG có nồng độ Calci máu thấp nhất và nhóm VTC do sỏi mật có nồng độ AST cao hơn nhiều so với các nhóm còn lại. Về mức độ nặng của VTC tái phát, nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa nguyên nhân VTC tái phát và mức độ nặng của bệnh. Nhóm bệnh nhân có từ 2 lần tái phát trở lên có nồng độ calci toàn phần thấp hơn nhóm mới chỉ có một lần tái phát.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines.** IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2013;13(4 Suppl 2):e1-15.

2. **Iannuzzi JP et al.** Global Incidence of Acute Pancreatitis Is Increasing Over Time: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2022 Jan;162(1):122–34.
3. **Sankaran SJ et al.** Frequency of progression from acute to chronic pancreatitis and risk factors: a meta-analysis. *Gastroenterology*. 2015 Nov;149(6):1490-1500.e1.
4. **Sadr-Azodi O et al.** Pancreatic Cancer Following Acute Pancreatitis: A Population-based Matched Cohort Study. *Am J Gastroenterol*. 2018 Nov;113(11):1711–9.
5. **Khurana V, Ganguly I.** Recurrent acute pancreatitis. *JOP*. 2014 Sep 28;15(5):413–26.
6. **Li S et al.** Recurrence rates and risk factors for recurrence after first episode of acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Internal Medicine*. 2023 Oct 1;116:72–81.
7. **Saxena R et al.** Clinical, Biochemical, and Radiological Correlation in the Severity of Acute Pancreatitis: A Retrospective Study. *Cureus*. 15(2):e34996.
8. **Hoàng Văn Chương, Lê Phương Thảo và cộng sự.** Khảo sát nguyên nhân viêm tụy cấp và mối liên quan với mức độ nặng của bệnh tại trung tâm tiêu hóa gan mật - bệnh viện bạch mai. *Vmj*. 2023 Jul 5;527(2).
9. **Võ Duy Thông và cộng sự.** Viêm tụy cấp do rượu và do tăng triglyceride máu: mức độ nặng và kết cục lâm sàng. *Vmj*. 2021 Jun 2;499(1–2).
10. **Sun H et al.** Gender and metabolic differences of gallstone diseases. *World J Gastroenterol*. 2009 Apr 21;15(15):1886–91.

# KHẢO SÁT KHẢ NĂNG GẮN SẮT TOÀN PHẦN HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI

Bùi Văn Tuấn<sup>1</sup>, Đặng Thành Chung<sup>1</sup>, Lê Việt Thắng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát khả năng gắn sắt toàn phần huyết tương (Total iron binding capacity - TIBC) và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 157 bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối và 54 người bình thường tương đồng về tuổi và giới tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023. Thu thập đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu, nồng độ TIBC huyết tương được định lượng bằng phương pháp ELISA. **Kết quả:** Nồng độ TIBC trung bình nhóm bệnh 51,61 (21,69 – 73,03) ( $\mu\text{mol/l}$ ) thấp hơn nhóm

chứng là 70,39 (47,31 – 90,19) ( $\mu\text{mol/l}$ ) với  $p < 0,001$ . Tỷ lệ BN giảm TIBC huyết tương là 28,7%. Tỷ lệ giảm TIBC ở nam là 36,1%, cao hơn ở nữ là 20,3% với  $p < 0,05$ . Nồng độ TIBC liên quan đến tuổi, tuổi  $\geq 60$  tỷ lệ giảm TIBC cao nhất với  $p < 0,05$ . Nồng độ TIBC tương quan thuận với nồng độ Protein ( $r = 0,213$ ,  $p < 0,01$ ). Nồng độ TIBC tương quan thuận với số lượng Hồng cầu ( $r = 0,192$ ,  $p < 0,05$ ), Hemoglobin ( $r = 0,229$ ,  $p < 0,005$ ) và với Hematocrit ( $r = 0,215$ ,  $p < 0,01$ ). **Kết luận:** Nồng độ TIBC huyết tương giảm ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối. Nồng độ TIBC huyết tương liên quan đến giới tính, tuổi. Nồng độ TIBC tương quan thuận với nồng độ Protein và các chỉ số hồng cầu. **Từ khóa:** Bệnh thận giai đoạn cuối, Khả năng gắn sắt toàn phần huyết tương.

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

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Tuấn

Email: btuan.nt12@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

## SUMMARY

### SURVEYING THE CONCENTRATION OF TOTAL IRON BINDING CAPACITY IN PATIENTS WITH END-STAGE CHRONIC RENAL DISEASE

**Objectives:** To evaluate the serum total iron binding capacity (TIBC) and its relation with some