

Thoraflex tại BV Chợ Rẫy bước đầu cho thấy an toàn và hiệu quả với tỷ lệ tử vong tương đồng so với các nghiên cứu thế giới và 100% tái cấu trúc ĐMC thuận lợi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Czerny M, Schmidli J, Adler S, et al. Current options and recommendations for the treatment of thoracic aortic pathologies involving the aortic arch: an expert consensus document of the European Association for Cardio-Thoracic surgery (EACTS) and the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Cardiothorac Surg. Jan 1 2019;55(1):133-162.doi:10.1093/ejcts/ezy313
2. Dohle DS, Tsagakakis K, Janosi RA, et al. Aortic remodelling in aortic dissection after frozen elephant trunkdagger. Eur J Cardiothorac Surg. Jan 2016;49(1):111-7. doi:10.1093/ejcts/ezv045
3. Ma WG, Zheng J, Sun LZ, Elefteriades JA. Open Stented Grafts for Frozen Elephant Trunk Technique: Technical Aspects and Current Outcomes. Aorta (Stamford). Aug 2015;3(4):122-35.doi:10.12945/j.aorta.2015.14.062
4. Phung DHS, Nguyen TS, Vo HL, et al. A novel modification of frozen elephant trunk technique: unique protocol from one institution. Eur Rev Med Pharmacol Sci. Jul 2021;25(14):4738-4745. doi:10.26355/eurev.202107_26384
5. Preventza O, Liao JL, Olive JK, et al. Neurologic complications after the frozen elephant trunk procedure: A meta-analysis of more than 3000 patients. J Thorac Cardiovasc Surg. Jul 2020; 160(1): 20-33 e4.doi:10.1016/j.jtcvs.2019. 10.031
6. Shrestha M, Kaufeld T, Beckmann E, et al. Total aortic arch replacement with a novel 4-branched frozen elephant trunk prosthesis: Single-center results of the first 100 patients. J Thorac Cardiovasc Surg. Jul 2016;152(1):148-159 e1.doi:10.1016/j.jtcvs.2016.02.077
7. Sun L, Qi R, Zhu J, Liu Y, Zheng J. Total arch replacement combined with stented elephant trunk implantation: a new "standard" therapy for type a dissection involving repair of the aortic arch? Circulation. Mar 8 2011;123(9):971-8. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.015081
8. Yamamoto H, Kadohama T, Yamaura G, Tanaka F, Takagi D, Kiryu K, Itagaki Y. Total arch repair with frozen elephant trunk using the "zone 0 arch repair" strategy for type A acute aortic dissection. J Thorac Cardiovasc Surg. Jan 2020; 159(1): 36-45. doi:10.1016/j.jtcvs.2019. 01.125

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Huệ¹, Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy gây tổn thương tế bào nang tuyến tụy do sự tiêu hủy của các men tụy. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn INSPPIRE và Atlanta sửa đổi năm 2012 từ tháng 07/2024 đến tháng 06/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nữ nhiều hơn trẻ nam với tuổi trung vị là 4,8 tuổi và 87,3% trường hợp viêm tụy cấp thể nhẹ. Nhóm viêm tụy cấp nặng vừa – nặng có thời gian nhịn ăn, thời gian ăn sữa thủy phân hoàn toàn dài hơn, kháng sinh, Octreotid và thuốc chống đông cũng được chỉ định với tần suất cao hơn, tỷ lệ nằm viện >14 ngày cao hơn ($p=0,045$), thời gian đau bụng và sốt kéo dài hơn so với nhóm nhẹ (p lần lượt là 0,002; 0,015). Số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, CRP và lipase, D-Dimer lần lượt tăng cao hơn ở nhóm nặng vừa – nặng. Các chỉ số này có xu hướng giảm dần theo thời gian, riêng CRP và D-

Dimer tăng trong 48 giờ đầu sau đó giảm rõ rệt ở thời điểm ra viện. **Kết luận:** Phần lớn các trường hợp viêm tụy cấp ở trẻ em đều nhẹ và có thể kiểm soát thành công bằng cho tụy nghỉ ngơi và bù đủ dịch trong khi viêm tụy cấp thể nặng vừa – nặng đòi hỏi phải sử dụng kháng sinh, thuốc giảm tiết và chống đông với thời gian nằm viện kéo dài hơn. **Từ khóa:** Viêm tụy cấp, trẻ em, điều trị, kết quả điều trị.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE PANCREATITIS IN CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Acute pancreatitis is an acute inflammatory condition of the pancreas characterized by acinar-cell injury due to autodigestion by pancreatic enzymes. **Aim:** To evaluate treatment outcomes of acute pancreatitis in children at Vietnam National Children's Hospital. **Materials and methods:** A descriptive study of 70 patients diagnosed with acute pancreatitis according to the INSPPIRE criteria and the 2012 revised Atlanta classification from July 2024 to June 2025. **Result:** The median age was 4.8 years and female predominated. Mild acute pancreatitis accounted for 87,3% of cases. In the moderately severe-severe group, both the duration of fasting and duration of exclusive hydrolyzed formula feeding were significantly longer, and the use of antibiotics, Octreotide and anticoagulants was more frequently compared with the mild group. Children with moderately severe - severe disease had a higher

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025

proportion of hospital stays longer than 14 days ($p=0.045$), and experienced longer durations of abdominal pain and fever ($p=0.002$ and $p=0.015$, respectively). White blood cell count, neutrophil percentage, C-reactive protein, lipase and D-Dimer levels were significantly higher in the moderate – severe and severe group. All markers trended downward over time, although CRP and D-Dimer increased within the first 48 hours before falling markedly by discharge. **Conclusions:** Most cases of acute pancreatitis in children are mild and can be successfully managed with pancreatic rest and adequate fluid therapy, whereas moderate to severe acute pancreatitis requires the use of antibiotics, proton pump inhibitor therapy, and anticoagulation, and is associated with longer hospital stays.

Keywords: Acute pancreatitis, children, treatment, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy gây tổn thương tế bào nang tuyến tụy do sự tiêu hủy của các men tụy.¹ Trên toàn cầu, viêm tụy cấp ở trẻ em đang có xu hướng tăng dần trên toàn thế giới, tiến gần đến tỷ lệ bệnh tương đương người lớn.² Ở Việt Nam, số lượng trẻ viêm tụy cấp gần đây có xu hướng tăng dần.^{3,4} Chẩn đoán viêm tụy cấp ở trẻ em khá khó khăn do các triệu chứng lâm sàng không điển hình. Tiêu chuẩn chẩn đoán chủ yếu dựa vào xét nghiệm enzym tụy hay chẩn đoán hình ảnh. Nhiều thang điểm cho phép tiên lượng và đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp ở người lớn như Ranson, APACHE II, Glasgow không áp dụng được cho trẻ em do yếu tố tuổi, điều này gây nên khó khăn cho việc chẩn đoán xác định cũng như mức độ nặng của bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em.⁵ Điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em hiện nay vẫn chủ yếu dựa và phác đồ điều trị viêm tụy cấp dành cho người lớn. Các nghiên cứu trên trẻ em chủ yếu tập trung vào đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm tụy cấp. Các nghiên cứu mang tính tổng hợp một phác đồ điều trị đầy đủ cho trẻ em bị viêm tụy cấp còn chưa nhiều. Mặc dù Hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Bắc Mỹ (NASPGHAN) đưa ra các khuyến cáo điều trị viêm tụy cấp cho trẻ em vào năm 2018,⁵ các vấn đề liên quan đến điều trị vẫn chỉ dừng ở từng khuyến cáo cho từng vấn đề của viêm tụy cấp và chưa có phác đồ cụ thể. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Tiêu hóa,

Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/07/2024 đến 30/06/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Trẻ <18 tuổi được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn INSPPIRE và Atlanta sửa đổi năm 2012.⁵ Trẻ và cha mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ đầy đủ quy trình khám, đánh giá điều trị viêm tụy cấp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:** Trẻ bị viêm tụy cấp xảy ra trên nền viêm tụy mạn, viêm tụy tái diễn. Viêm tụy cấp đến muộn sau 7 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, 70 trẻ đủ điều kiện được lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

- **Các biến số nghiên cứu:** Bệnh nhân được thu thập các thông tin về tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lúc vào viện và diễn biến trong quá trình điều trị, các phương pháp điều trị đã được sử dụng. Bệnh nhân được đánh giá mức độ nặng theo Hiệp hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Bắc Mỹ (NASPGHAN) năm 2018.⁶

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được thể hiện dưới dạng tần suất và tỷ lệ, các biến định lượng được thể hiện dưới giá trị trung vị. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nhi Trung ương số 2428/BVNTW-HĐĐĐ ngày 23 tháng 09 năm 2024. Gia đình và bệnh nhân nghiên cứu được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 70 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào phân tích.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu		n	%
Tuổi (năm)	<2	1	1,4
	2-10	63	90,2
	>10	6	8,4
Giới	Nam	28	39,4
	Nữ	42	60,6
Tình trạng dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng	5	7,0
	Bình thường	59	84,5
	Thừa cân – béo phì	6	8,5
Mức độ nặng	Nhẹ	61	87,3
	Nặng vừa – nặng	9	12,7

90,2% trẻ nằm trong nhóm tuổi 2-10 tuổi, 0,67/1. 84,5% trẻ có dinh dưỡng bình thường và với trung vị là 4,8 tuổi. Tỷ lệ trẻ trai/gái là 87,3% bệnh nhân viêm tụy cấp thể nhẹ.

Bảng 2. Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng theo mức độ nặng của viêm tụy.

Sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng		Viêm tụy cấp nhẹ (n=61)		Viêm tụy cấp nặng vừa - nặng (n=9)		p
		n	%	n	%	
Thời gian đau bụng (Ngày)	<3	59	96,7	5	55,6	0,002
	>3	2	3,3	4	44,4	
Thời gian nôn (Ngày)	<3	35	57,4	6	66,7	-
	>3	1	1,6	0	-	
Thời gian sốt (Ngày)	<3	25	41	2	22,2	0,015
	>3	0	0	2	22,2	
Thời gian nằm viện (Ngày)	<7	25	41	1	11,1	0,018
	7-14	28	45,9	5	55,6	0,1
	>14	8	13,1	3	33,3	0,045

Tỷ lệ trẻ có thời gian đau bụng và sốt >3 ngày ở nhóm nặng vừa – nặng cao hơn so với nhóm nhẹ (p lần lượt 0,002; 0,015). Nôn xuất hiện ở 60% trường hợp với thời gian nôn trung vị là 1 ngày. Tỷ lệ trẻ viêm tụy cấp thể nặng vừa – nặng, có thời gian nằm viện <7 ngày thấp hơn (11,1% so với 41%, p=0,018) và >14 ngày cao hơn (33,3% so với 13,1%, p=0,045) so với thể nhẹ.

Bảng 3. Sự thay đổi các triệu chứng cận lâm sàng theo mức độ nặng của viêm tụy

Sự thay đổi các triệu chứng cận lâm sàng		Viêm tụy cấp nhẹ (n=61)		Viêm tụy cấp nặng vừa - nặng (n=9)		p
		n	%	n	%	
Số lượng bạch cầu	Bình thường	45	73,8	4	44,4	0,116
	Tăng	15	24,6	5	55,6	0,107
	Giảm	1	1,6	0	-	-
Tỷ lệ bạch cầu trung tính (NEUT%)	Bình thường	44	72,1	0	-	-
	Tăng	15	24,6	9	100	<0,001
	Giảm	2	3,3	0	-	-
CRP (mg/L)	<6	35	57,4	2	22,2	0,074
	6-100	24	39,3	4	44,5	1,000
	>100	2	3,3	3	33,3	0,013
Lipase (U/L)	< 500	36	59	1	11,1	0,01
	500 –1000	17	27,9	3	33,3	0,708
	>1000	8	13,1	5	55,6	0,009
P-Amylase (U/L)	<500	52	85,2	4	44,4	0,013
	500-1000	7	11,5	4	44,4	0,029
	>1000	2	22,2	1	11,1	0,343
D-Dimer (µg/mL)	<1000	8	13,1	0	-	-
	1000-4000	10	16,4	2	22,2	0,676
	>4000	6	9,8	5	55,6	0,067

Ở nhóm viêm tụy cấp nặng vừa – nặng, tỷ lệ trẻ có bạch cầu trung tính và CRP tăng cao hơn (p lần lượt là <0,001 và 0,013) và có nồng độ lipase ở ngưỡng >1000U/L gấp khoảng 4 lần nhóm nhẹ (13,1%; p=0,009). Tỷ lệ trẻ có D-Dimer >4000 µg/mL gấp ở nhóm nặng vừa – nặng cao hơn so với nhóm nhẹ, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,067).

Bảng 4. Các phương pháp điều trị viêm tụy cấp theo mức độ nặng.

Các phương pháp điều trị		Viêm tụy cấp nhẹ (n=61)		Viêm tụy cấp nặng vừa - nặng (n=9)		p
		n	%	N	%	
Nhịn ăn hoàn toàn và nuôi dưỡng tĩnh mạch (Ngày)	<3	55	90,2	3	33,3	<0,001
	>3	6	9,8	6	66,7	
Thời gian ăn sữa thủy phân hoàn toàn (Ngày)	<5	34	55,7	2	22,2	0,08
	>5	27	44,3	7	77,8	
Hô hấp hỗ trợ	Thở oxy	-	-	2	22,2	-

	Thở máy	-	-	1	11,1	
Truyền dịch + PPI*		59	96,7	9	100	-
Kháng sinh		33	54,1	9	100	0,009
Octreotide		10	16,4	5	55,6	0,018
Thuốc chống đông		3	4,9	5	55,6	<0,001

(*)PPI: Thuốc ức chế bơm proton

Ở nhóm viêm tụy cấp nặng vừa – nặng, tỷ lệ trẻ có thời gian nhịn ăn và thời gian ăn sữa thủy phân hoàn toàn thường kéo dài cao hơn so với nhóm nhẹ (p lần lượt <0,001 và 0,08). Hỗ trợ hô hấp chỉ ghi nhận ở 3 trường hợp viêm tụy cấp nặng vừa – nặng (33,3%). Tỷ lệ trẻ phải truyền

dịch và sử dụng PPI cao ở tất cả các thể viêm tụy cấp. Nhóm trẻ viêm tụy cấp thể nặng vừa và nặng phải sử dụng kháng sinh, Octreotid và thuốc chống đông cao hơn so với nhóm nhẹ, p lần lượt là 0,009; 0,018; <0,001.

Bảng 5. Sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm theo diễn biến điều trị

Sự thay đổi các triệu chứng cận lâm sàng theo diễn biến điều trị		Lúc vào viện		48 giờ		Ra viện	
		n	%	n	%	n	%
Số lượng bạch cầu	Bình thường	49	70	22	75,9	37	90,2
	Tăng	20	28,6	7	24,1	1	2,4
	Giảm	1	1,4	0	-	3	7,3
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính	Bình thường	44	62,9	23	79,3	32	78
	Tăng	24	34,3	4	13,8	2	4,9
	Giảm	2	2,9	2	6,9	7	17,1
CRP (mg/L)	<6	39	55,7	12	46,2	34	81
	6-100	26	37,1	10	38,5	8	19
	>100	5	7,1	4	15,4	-	-
Lipase (U/L)	< 500	37	52,9	27	73	62	93,9
	500 – 1000	20	28,6	7	18,9	3	4,5
	>1000	13	18,6	3	8,1	1	1,5
P-Amylase (U/L)	<500	56	80	35	94,6	65	98,5
	500-1000	11	15,7	2	5,4	1	1,5
	>1000	3	4,3	-	-	-	-
D-Dimer (µg/mL)	<1000	8	25,8	7	28	12	48
	1000-4000	12	38,7	6	24	10	40
	>4000	11	35,5	12	48	3	12

Trong 48 giờ đầu, CRP và D-Dimer tăng và giảm rõ rệt ở thời điểm trẻ xuất viện. Tỷ lệ bệnh nhân còn tình trạng tăng bạch cầu, tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, nồng độ lipase >500U/L và P-Amylase >500U/L giảm rõ rệt ở thời điểm sau 48 giờ và khi ra viện so với lúc nhập viện.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, 70 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu. Kết quả từ bảng 1 cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 2-10 tuổi (90,2%) với tuổi trung vị là 4,8 tuổi. Trẻ gái có xu hướng bị viêm tụy cấp cao hơn so với trẻ trai. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thương, tuổi trung vị của trẻ viêm tụy cấp là 5,5 tuổi, tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,2/1.⁴ Trong nghiên cứu của Nydegger A và cộng sự, viêm tụy hay gặp nhất ở lứa tuổi vị thành niên.² Tỷ lệ trẻ gái cao hơn trẻ trai cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Chu Thị Phương

Mai.³ Tỷ lệ trẻ có dinh dưỡng bình thường và viêm tụy cấp thể nhẹ chiếm tỷ lệ cao (>80%). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong nước và quốc tế.^{2,3}

Kết quả từ bảng 2 cho thấy, thời gian đau bụng có xu hướng kéo dài hơn ở nhóm nặng vừa – nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,002), thời gian đau bụng trung bình là 2,1 + 1,3 ngày. Sốt gặp ở 41,4% trường hợp, thời gian sốt >3 ngày có tỷ lệ cao hơn ở nhóm nặng vừa – nặng (p=0,015). Tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai³ và nhất quán với khuyến cáo phân loại mức độ nặng của NASPGHAN: viêm tụy cấp thể nhẹ thường tự lui trong tuần đầu, còn các trường hợp đau nhiều và sốt dai dẳng hoặc bạch cầu tăng sau 3-6 ngày thường được xếp vào mức độ nặng vừa – nặng vì nguy cơ biến chứng cao hơn.⁶ Nôn xuất hiện ở 60% trường hợp, tương đương tần suất 59-75% trường hợp được ghi nhận trong nghiên cứu của Nydegger và

Antunes.^{2,7} Tỷ lệ trẻ ở nhóm viêm tụy cấp thể nặng vừa – nặng, có thời gian nằm viện <7 ngày thấp hơn (11,1% so với 41%, $p=0,018$) và >14 ngày cao hơn (33,3% so với 13,1%, $p=0,045$) so với nhóm nhẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân viêm tụy cấp trong nghiên cứu là $10,01 \pm 9,8$ ngày với trung vị là 7 ngày. Trong nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai, thời gian nằm viện trung bình $12,1 \pm 8,6$ ngày và bệnh nhân viêm tụy cấp thể nặng có thời gian nằm viện dài hơn thể nhẹ.³ Theo Antunes và cộng sự, thời gian nằm viện trung vị là 6 ngày (dao động từ 2-89 ngày).⁷

Cơ chế chính của viêm tụy cấp là tổn thương tế bào nang trong ống tụy làm giải phóng các yếu tố nội bào, từ đó thu hút bạch cầu đa nhân trung tính, tế bào đơn nhân làm kích hoạt các cytokine gây viêm và sản phẩm oxy hóa vào máu gây ra đáp ứng viêm hệ thống. Viêm tụy cấp nhẹ với tổn thương chủ yếu là phù nề, tình trạng viêm chủ yếu giới hạn trong tuyến tụy trong khi ở nhóm nặng chủ yếu là viêm tụy cấp thể hoại tử với các cơn bão cytokine làm nặng thêm các triệu chứng lâm sàng và chỉ số sinh hóa.¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3), tỷ lệ trẻ ở nhóm viêm tụy cấp nặng vừa – nặng, có số lượng bạch cầu xu hướng tăng cao hơn trong khi tỷ lệ bạch cầu trung tính và CRP tăng cao hơn và tỷ lệ trẻ có nồng độ lipase ở ngưỡng >1000U/L gấp khoảng 4 lần nhóm nhẹ. Tỷ lệ trẻ có D-Dimer >4000 $\mu\text{g/mL}$ gấp ở nhóm nặng vừa – nặng cao hơn so với nhóm nhẹ. Điều này cho thấy ở nhóm bệnh nhân nặng, phản ứng viêm hệ thống xảy ra mạnh mẽ hơn, đi kèm với rối loạn đông máu và nguy cơ tổn thương đa cơ quan cao hơn.

Nguyên tắc điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em là hồi sức dịch sớm và hợp lý, dinh dưỡng đường tiêu hóa, quản lý đau, kháng sinh hợp lý và theo dõi sát toàn trạng, biến chứng sớm và điều trị theo nguyên nhân.⁵ Kết quả từ bảng 4 cho thấy, 88,9% bệnh nhân viêm tụy cấp nặng vừa – nặng nhìn ăn >3 ngày, trong khi tỷ lệ này ở nhóm viêm tụy cấp nhẹ chỉ là 29,5%. Tỷ lệ bệnh nhân nhìn ăn kéo dài trong nhóm nặng tương đương với nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai, tuy nhiên ở nhóm nhẹ, tỷ lệ nhìn ăn >3 ngày trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn đáng kể.³ Nhóm trẻ viêm tụy cấp thể nặng vừa và nặng phải sử dụng kháng sinh, Octreotid và thuốc chống đông cao hơn so với nhóm nhẹ. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh ở nhóm viêm tụy cấp nhẹ trong nghiên cứu của chúng tôi là 54,1%, thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai. Đặc biệt, tỷ lệ dùng Sandostatin trong cả 2 nhóm

hiện tại đều giảm rõ rệt so với nghiên cứu trước.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ D-Dimer >4000 $\mu\text{g/mL}$ ở nhóm viêm tụy cấp nặng vừa – nặng chiếm 55,6%, có xu hướng cao hơn so với nhóm nhẹ (9,8%), $p=0,067$. Đáng chú ý, có đến 55,6% bệnh nhân trong nhóm nặng vừa – nặng được chỉ định dùng thuốc chống đông, và hầu hết thuộc nhóm có D-Dimer >4000 $\mu\text{g/mL}$. Những dữ liệu này gần tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thương,⁴ cho thấy giá trị D-Dimer tăng có giá trị trong đánh giá mức độ nặng của bệnh.

Kết quả từ bảng 5 cho thấy, trong 48 giờ đầu, CRP và D-Dimer tăng và giảm rõ rệt ở thời điểm trẻ xuất viện. Tỷ lệ bệnh nhân còn tình trạng tăng bạch cầu, tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính, nồng độ lipase >500U/L và P-Amylase >500U/L giảm rõ rệt ở thời điểm sau 48 giờ và khi ra viện so với lúc mới nhập viện, $p<0,05$. Newton MV và cộng sự cũng báo cáo rằng nồng độ D-Dimer >1000 $\mu\text{g/L}$ trong 48 giờ đầu gợi ý hoại tử tụy và luôn đi kèm với mức CRP tăng cao, cả hai đều giảm đáng kể sau can thiệp hồi sức dịch và dinh dưỡng.⁸ Như vậy, vai trò của CRP và D-Dimer như các dấu ấn sinh hóa quan trọng để theo dõi tiến triển và tiên lượng viêm tụy cấp, đặc biệt để phân biệt giữa thể nhẹ và thể nặng, cũng như đánh giá kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các trường hợp viêm tụy cấp ở trẻ em đều nhẹ và có thể kiểm soát thành công bằng cho tụy nghỉ ngơi và bù đủ dịch trong khi viêm tụy cấp thể nặng vừa – nặng đòi hỏi phải sử dụng kháng sinh, thuốc giảm tiết và chống đông với thời gian nằm viện kéo dài hơn. Có sự khác biệt về chỉ số viêm giữa hai nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ và nặng, đặc biệt trong 48 giờ đầu sau khởi phát bệnh đòi hỏi sự theo dõi cẩn thận để điều trị kịp thời và tiên lượng được diễn biến của viêm tụy cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sellers ZM, Barakat MT, Abu-El-Haija M. A Practical Approach to Management of Acute Pancreatitis: Similarities and Dissimilarities of Disease in Children and Adults. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(12):2545.
2. Nydegger A, Heine RG, Ranuh R, et al. Changing incidence of acute pancreatitis: 10-year experience at the Royal Children's Hospital, Melbourne. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;22(8):1313-1316.
3. Chu Thị Phương Mai, Đỗ Thị Minh Phương, Nguyễn Thị Việt Hà. Kết quả điều trị bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020;3:109-112.

4. **Nguyen Hoai Thuong, Ninh Quoc Dat, Nguyen Thi Viet Ha.** Coagulation disorders in children with acute pancreatitis at the Vietnam National Children's Hospital. *Tap chi nghien cuu Y hoc.* 2023;173(12E13):112-119.
5. **Abu-El-Haija M, Kumar S, Quiros JA, et al.** Management of acute pancreatitis in the pediatric population: a clinical report from the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Pancreas Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66(1):159-176.
6. **Abu-El-Haija M, Kumar S, Szabo F, et al.** Classification of acute pancreatitis in the pediatric population: clinical report from the NASPGHAN Pancreas Committee. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;64(6):984-990.
7. **Antunes H, Nascimento J, Mesquita A, et al.** Acute pancreatitis in children: a tertiary hospital report. *Scand J Gastroenterol.* 2014;49(5):642-647.
8. **Newton MV.** D-dimer as a marker of severity and prognosis in acute pancreatitis. *Int J Appl Basic Med Res.* 2024;14(2):101-107.

KẾT QUẢ CHU SINH CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP THAI PHỤ CÓ TĂNG KHOẢNG SÁNG SAU GÁY

Vũ Trọng Hùng¹, Nguyễn Minh Hoàng², Nguyễn Thị Bích Vân^{1,2}

TÓM TẮT

Tăng khoảng sáng sau gáy trong quý I thai kỳ là dấu hiệu quan trọng giúp sàng lọc sớm bất thường bẩm sinh và tiên lượng kết cục thai kỳ. **Mục tiêu:** Mô tả kết cục sau sinh ở thai nhi có khoảng sáng sau gáy tăng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 320 thai phụ có KSSG $\geq 2,5$ mm, được chọc ối tại Trung tâm Chẩn đoán trước sinh – Bệnh viện Phụ sản Trung ương, từ tháng 2/2022 đến tháng 2/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ sinh sống sau sinh là 70,0%. Nhóm KSSG từ 5,0–5,9 mm và $\geq 6,0$ mm ghi nhận tỷ lệ bất thường sau sinh và tử vong/thai chết lưu cao nhất, lần lượt tỷ lệ bất thường là 8,3% và 4,8%; tử vong/thai chết lưu là 37,5% và 57,1%. Trẻ sinh ra chủ yếu có cân nặng trong khoảng 2500–<4000g (90,6%) và đạt điểm Apgar từ 7–10 (98,7%). **Kết luận:** Thai nhi có khoảng sáng sau gáy tăng có nguy cơ cao gặp bất lợi trong giai đoạn chu sinh. Đo KSSG cần được kết hợp với theo dõi chặt chẽ và tư vấn đầy đủ để quyết định hướng xử trí thai kỳ phù hợp. **Từ khóa:** khoảng sáng sau gáy, kết quả chu sinh.

SUMMARY

PERINATAL OUTCOMES IN PREGNANCIES WITH INCREASED NUCHAL TRANSLUCENCY

Increased nuchal translucency (NT) in the first trimester is a key ultrasound marker for early detection of congenital abnormalities and for predicting perinatal outcomes. **Objective:** To describe postnatal outcomes in fetuses with increased nuchal translucency. **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 320 pregnant women with nuchal translucency (NT) ≥ 2.5 mm who underwent amniocentesis at the Prenatal Diagnosis Center – National Hospital of Obstetrics and

Gynecology, from February 2022 to February 2024. **Results:** The overall live birth rate was 70.0%. The highest rates of postnatal abnormalities and perinatal mortality were observed in the NT 5.0–5.9 mm and ≥ 6.0 mm groups. Specifically, the rates of postnatal abnormalities were 8.3% and 4.8%, while rates of fetal or neonatal death were 37.5% and 57.1%, respectively. Most infants had a birth weight between 2500 and <4000 g (90.6%), and 98.7% achieved Apgar scores of 7–10. **Conclusion:** Fetuses with increased NT are at higher risk of adverse perinatal outcomes, even with a normal karyotype. NT measurement should be interpreted alongside close follow-up and comprehensive counseling to guide appropriate pregnancy management. **Keywords:** nuchal translucency, perinatal outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bẩm sinh là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở trẻ em.¹ Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), khoảng 6% trẻ sơ sinh trên toàn thế giới mắc ít nhất một dị tật bẩm sinh, tương đương gần 8 triệu trẻ mỗi năm, trong đó phần lớn là ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình.^{2,3} Tại Việt Nam, mỗi năm có khoảng 40.000 trẻ sinh ra bị dị tật bẩm sinh, chiếm khoảng 1,5–2% tổng số trẻ sinh; trong đó hơn 1.700 trẻ tử vong ngay sau sinh.⁴

Sàng lọc trước sinh bằng siêu âm và xét nghiệm sinh hóa đang ngày càng phổ biến, giúp phát hiện sớm các bất thường bẩm sinh. Khoảng sáng sau gáy (KSSG) là một chỉ dấu quan trọng trong siêu âm quý I, liên quan đến nguy cơ bất thường nhiễm sắc thể và dị tật cấu trúc. Tuy nhiên, ngay cả khi kết quả nhiễm sắc thể bình thường, thai nhi có KSSG dày vẫn có thể gặp các kết cục bất lợi như sảy thai, thai chết lưu, sinh non hoặc dị tật sau sinh.⁵ Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, việc đo KSSG và chẩn đoán trước sinh bằng chọc ối rất phổ biến. Tuy nhiên, các dữ liệu trong nước về kết quả chu sinh ở nhóm

¹Trường đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trọng Hùng

Email: Tronghungdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025