

3. **X. Qiu, B. Hu, J. Ke và các cộng sự.** (2025), "Global, regional, and national trends in peripheral arterial disease among older adults: findings from the global burden of disease study 2021", *Aging Clin Exp Res*, 37(1), tr. 150, doi: 10.1007/s40520-025-03037-0.
4. **S. Lee, M. Tanaka, S. Patel và các cộng sự.** (2024), "Clinical Utility of Infrapopliteal Calcium Score for the Evaluation of Severity of Peripheral Artery Disease", *J Vasc Interv Radiol*, 35(3), tr. 370-376.e2, doi: 10.1016/j.jvir.2023.11.023.
5. **C. He, J. G. Yang, Y. M. Li và các cộng sự.** (2014), "Comparison of lower extremity atherosclerosis in diabetic and non-diabetic patients using multidetector computed tomography", *BMC Cardiovasc Disord*, 14, tr. 125, doi: 10.1186/1471-2261-14-125.
6. **Y. Dong, Y. Liu, P. Cheng và các cộng sự.** (2023), "Lower limb arterial calcification and its clinical relevance with peripheral arterial disease", *Front Cardiovasc Med*, 10, tr. 1271100, doi: 10.3389/fcvm.2023.1271100.
7. **O. Bourron, C. E. Aubert, S. Liabeuf và các cộng sự.** (2014), "Below-knee arterial calcification in type 2 diabetes: association with receptor activator of nuclear factor  $\kappa$ B ligand, osteoprotegerin, and neuropathy", *J Clin Endocrinol Metab*, 99(11), tr. 4250-8, doi: 10.1210/jc.2014-1047.
8. **T. Alnima, R. I. Meijer, H. M. H. Spronk và các cộng sự.** (2023), "Diabetes- versus smoking-related thrombo-inflammation in peripheral artery disease", *Cardiovasc Diabetol*, 22(1), tr. 257, doi: 10.1186/s12933-023-01990-6.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN XƠ GAN RƯỢU CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA - GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024-2025

Nguyễn Công Long<sup>1,3</sup>, Nguyễn Thị Nhã<sup>2,4</sup>, Bùi Phương Thảo<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 68 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan rượu có đái tháo đường từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 57,13 ± 8,05, 100% là nam giới, có tiền sử uống rượu trên 20 năm, 50% bệnh nhân có điểm AUDIT > 20 điểm. Triệu chứng lâm sàng suy chức năng gan bao gồm mệt mỏi, chán ăn (66,1%); vàng da (45,6%); nôn, đại tiện phân máu (38,2%), cổ trướng (57,4%), thiếu máu (55,8%). Đa số bệnh nhân có chỉ số hemoglobin, tiểu cầu, prothrombin giảm. Tại thời điểm nhập viện, 55,9% người bệnh có đường máu  $\geq 11,1$ mmol/l, chỉ có 1 bệnh nhân đường máu < 3,9mmol/l. Giá trị trung bình các enzym của gan xu hướng tăng: ALT: 81,52 ± 170,39 U/l, AST: 132,4 ± 189,19U/l, GGT: 471,54 ± 427,07U/l. Hình ảnh nội soi đa phần giãn tĩnh mạch thực quản, trong đó giãn độ III chiếm 58,8%. Về các biến chứng xơ gan, phổ biến nhất là cổ trướng 70,6%, xuất huyết tiêu hóa 38,2%; hội chứng não gan 19,1%; hội chứng gan thận 4,4%, và nhiễm trùng dịch cổ trướng 3,0%. **Kết luận:** Người bệnh xơ gan rượu có đái tháo đường đa phần nhập viện vì có tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết đi kèm các biến

chứng của xơ gan. **Từ khóa:** xơ gan rượu, đái tháo đường, hạ đường huyết.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND LABORATORY FINDINGS IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC CIRRHOSIS AND DIABETES MELLITUS AT GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL, 2024–2025

**Objective:** To investigate the clinical and subclinical characteristics of patients with alcoholic cirrhosis and diabetes. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study of 68 patients diagnosed with alcoholic cirrhosis and diabetes from August 2024 to May 2025. **Results:** The average age was 57.13±8.05, and 100% were male. They had a history of alcohol use for over 20 years, and 50% of patients had an AUDIT score > 20 points. Clinical symptoms of liver dysfunction included fatigue, loss of appetite (66.1%); jaundice (45.6%); vomiting, bloody stools (38.2%), ascites (57.4%), and anemia (55.8%). The majority of patients had reduced hemoglobin, platelets, and prothrombin levels. At the time of admission, 55.9% of patients had a blood glucose level  $\geq 11.1$  mmol/L, while only 1 patient had a blood glucose level < 3.9 mmol/L. The average values of liver enzymes tended to increase: ALT: 81.52±170.39 U/L, AST: 132.4±189.19 U/L, GGT: 471.54±427.07 U/L. Endoscopy images showed mostly esophageal varices, with grade III varices accounting for 58.8%. Regarding complications of cirrhosis, the most common were ascites (70.6%), gastrointestinal bleeding (38.2%); hepatic encephalopathy (19.1%); hepatorenal syndrome (4.4%), and spontaneous bacterial peritonitis (3.0%). **Conclusion:** Patients with alcoholic cirrhosis and diabetes were mostly hospitalized for hyperglycemia or hypoglycemia

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa Hoà Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nhã

Email: nguyennhatb1992@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

accompanied by complications of cirrhosis. **Keywords:** alcoholic cirrhosis, diabetes, hypoglycemia.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Xơ gan là bệnh lý nội khoa phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Bên cạnh nguyên nhân hàng đầu là lạm dụng rượu, các nghiên cứu gần đây cho thấy có mối liên quan giữa xơ gan và hội chứng chuyển hóa, trong đó có rối loạn chuyển hóa glucose. Một số tác giả cho rằng, rượu và đái tháo đường có tác động tương hỗ lẫn nhau, làm trầm trọng thêm bệnh cảnh xơ gan. Nghiên cứu của Kumar và cộng sự (2018) đã chứng minh được có tới 27,6-71,1% người bệnh xơ gan rượu được phát hiện bệnh lý đái tháo đường đi kèm.<sup>1</sup> Một trong cơ chế chính gây nên tình trạng rối loạn dung nạp đường cũng như đái tháo đường là kháng insulin. Theo Carr và cộng sự, ngoài các yếu tố gây nên tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân xơ gan nói chung, ở bệnh nhân xơ gan rượu còn có cơ chế gây kháng insulin của rượu.<sup>2</sup> Đái tháo đường xuất hiện ở bệnh nhân xơ gan rượu làm nặng các biến chứng của xơ gan, đồng thời, tần suất xuất hiện các biến chứng của bệnh đái tháo đường như hạ đường huyết có xu hướng tăng lên, đặt ra thách thức lớn trong việc quản lý người bệnh. Hiện nay nghiên cứu đặc điểm bệnh cũng như đường máu trên bệnh nhân xơ gan rượu có ĐTĐ còn ít, chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xét nghiệm nồng độ Glucose máu ở bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu thực hiện trên 68 người bệnh xơ gan rượu điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa-Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

- Chẩn đoán bệnh gan do rượu theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Gan mật châu Âu – EASL (2018)<sup>3</sup>: Tiền sử lạm dụng rượu ở mức có hại: Điểm AUDIT ở nam > 8 điểm, nữ > 4 điểm, lượng rượu sử dụng ở nam > 30g cồn/ngày, nữ > 20g cồn/ngày. Có bằng chứng lâm sàng và/hoặc cận lâm sàng của tổn thương gan. Loại trừ các nguyên nhân thường gặp của bệnh gan mạn tính ở Việt Nam (viêm gan virus B, viêm gan virus C).

- Chẩn đoán xơ gan khi có biểu hiện hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- Chẩn đoán đái tháo đường được đưa ra nếu một bệnh nhân đã được chẩn đoán là ĐTĐ trước đó, hoặc nếu đường huyết lúc đói là  $\geq 7.0$  mmol/l trong 2 ngày khác nhau, hoặc đường máu bất kì

$\geq 11.1$  mmol/l kèm triệu chứng lâm sàng tăng đường máu hoặc nếu mức hba1c  $\geq 6,5\%$ <sup>4</sup>.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan rượu
- Được chẩn đoán đái tháo đường
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân xơ gan ung thư hóa hoặc nghi ngờ ung thư, bệnh nhân xơ gan hôn mê nghi ngờ do nguyên nhân khác (tai biến mạch não, ngộ độc), có bệnh lý nặng, xơ gan mất bù kèm theo như viêm tụy cấp, nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: Cách chọn mẫu thuận tiện, thực tế có 68 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

**Các bước tiến hành nghiên cứu:**

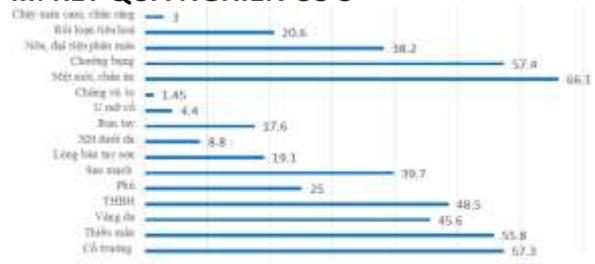
- Tất cả bệnh nhân chọn vào nghiên cứu được khai thác kỹ tiền sử bệnh (tiền sử xơ gan, đái tháo đường, thuốc dùng,...), khám lâm sàng: khám phát hiện các triệu chứng xơ gan, đái tháo đường, các biến chứng xơ gan.

- Bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm cần thiết (công thức máu, sinh hóa máu, đông máu cơ bản, HbA1C, Tổng phân tích nước tiểu, và xét nghiệm đường máu lúc vào, đường máu mao mạch: lúc đói, sau ăn 2 giờ trong 24 giờ đầu nhập viện, theo dõi đường máu trước các bữa ăn, 21 giờ, và 2 giờ/ 1 lần với bệnh nhân nặng rối loạn ý thức, hoặc khi có biểu hiện hạ đường máu.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên máy tính theo chương trình SPSS 20.0. Sử dụng các test thống kê y học. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Đề tài được thông qua bởi hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội. Các đối tượng và/hoặc gia đình đối tượng nghiên cứu (trong trường hợp bệnh nhân có hội chứng não gan) được giải thích rõ về nghiên cứu, lợi ích, trách nhiệm tham gia nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**



**Biểu đồ 3.1.** Phân bố triệu chứng lâm sàng của

*bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường*

**Nhận xét:** Về triệu chứng cơ năng, đa số người bệnh có biểu hiện: mệt mỏi, chán ăn chiếm 66,1%; tiếp theo là chướng bụng 57,4%; nôn, đại tiện phân máu 38,2%; chỉ có 2 trường hợp chảy máu cam, chân răng 2,9%. Về triệu chứng thực thể, phổ biến nhất là cổ trướng: 57,3%; tiếp theo là thiếu máu: 55,8%; có 1 trường hợp chứng vú to, và 2 trường hợp u mỡ cổ: 4,4%.

**Bảng 3.1. Đặc điểm xét nghiệm huyết học của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường**

	Chỉ số	n	%
<b>Hb (g/l)</b>	Giảm	60	88,2
	Bình thường	8	11,8
	X±SD (Min-Max)	102,7±21,93	(60-144)
<b>Tiểu cầu (G/l)</b>	Giảm	62	91,2
	Bình thường	6	8,8
	X±SD (Min-Max)	98,32±48,22	(25-245)
<b>PT (%)</b>	Giảm	53	77,9
	Bình thường	15	22,1
	X±SD (Min-Max)	56,43±19,49	(20,6-118)

**Nhận xét:** Đa số người bệnh có chỉ số hemoglobin giảm, tiểu cầu giảm và PT (%) giảm, chiếm tỉ lệ lần lượt là 88,2%; 91,2%; 77,9%.

**Bảng 3.2. Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường**

	Chỉ số	n	%
<b>AST</b>	Tăng	58	85,3
	Bình thường	10	14,7
	X ± SD (Min- Max)	132,4±189,19	(17-1337)
<b>ALT</b>	Tăng	35	51,5
	Bình thường	33	48,5
	X ± SD (Min- Max)	81,52±170,39	(6-1364)
<b>GGT</b>	Tăng	65	95,6
	Bình thường	3	4,4
	X ± SD (Min- Max)	471,54±427,07	(23-1879)
<b>HbA1C</b>	Tăng	39	57,4
	Bình thường	29	42,6
	X ± SD (Min-Max)	6,68 ± 1,40	(4,2-13,7)
<b>Glucose</b>	≥11,1mmol/l	38	55,9
	3,9-<11,1mmol/l	29	42,6
	<3,9mmol/l	1	1,5
	X ± SD (Min- Max)	13,73±6,88	(3,1-33,3)

**Nhận xét:** Đa số người bệnh có chỉ số AST tăng, GGT tăng, HbA1C tăng chiếm tỉ lệ lần lượt là 85,3%, 95,6% và 57,4%.

**Bảng 3.3. Hình ảnh nội soi của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường**

Đặc điểm hình ảnh nội soi	n	%	
<b>XHTH do TALTMC (có điểm chảy máu)</b>	20	29,4	
<b>Giãn tĩnh mạch thực quản</b>	Độ I	4	5,9
	Độ II	15	22,1
	Độ III	40	58,8
<b>Giãn TMTQ lan xuống DD</b>	GOV1	1	1,5
<b>Giãn TMTQ không liên tiếp với DD</b>	IGV1	13	19,1
<b>Tổn thương khác dạ dày (không do TALTMC)</b>	5	7,4	

**Nhận xét:** 29,4% người bệnh chảy máu do TALTMC trên nội soi. Hình ảnh nội soi dạ dày chủ yếu TALTMC; giãn TMTQ độ III chiếm 58,8%.

**Bảng 3.4. Đặc điểm biến chứng xơ gan của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường**

Biến chứng	n	%
Hội chứng não gan	13	19,1
Nhiễm trùng dịch cổ trướng	2	3,0
Xuất huyết tiêu hóa	26	38,2
Hội chứng gan thận	3	4,4
Cổ trướng	48	70,6

**Nhận xét:** Biến chứng phổ biến nhất là cổ trướng 70,6%; tiếp theo là xuất huyết tiêu hóa là 38,2%; có 3 trường hợp hội chứng gan thận và 2 trường hợp nhiễm trùng dịch cổ trướng.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các triệu chứng lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân: mệt mỏi, chán ăn: 66,1%; vàng da: 45,6%; nôn, đại tiện phân máu: 38,2%, cổ trướng: 57,4%, thiếu máu: 55,8% (Biểu đồ 3.1). Kết quả của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu bệnh nhân xơ gan có đái tháo đường như Phạm Thị Thuý<sup>5</sup>. Bên cạnh đó cũng ghi nhận một số triệu chứng khá hiếm gặp: u mỡ: 4,4%, chứng vú to ở nam giới: 1,45%. Trên lâm sàng, bệnh nhân xơ gan do sử dụng rượu trong thời gian kéo dài kèm theo mức độ phụ thuộc rượu cao, vấn đề hội chứng cai khá phổ biến: run tay, rối loạn ý thức: nổi nhảm, hoang tưởng, triệu chứng toàn thân: mạch nhanh, huyết áp tăng. Hội chứng cai có thể có cả ở bệnh nhân có biến chứng não gan, nghiên cứu Ngô Thuý Dung tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu có hội chứng cai lên đến 41,9%<sup>6</sup>.

Hemoglobin trung bình: 102,7 ± 21,93; 88,2% hemoglobin giảm, kết quả xét nghiệm cho thấy tỷ lệ thiếu máu của đối tượng nghiên cứu cao hơn nhiều so với khám lâm sàng (Bảng 3.1). Số lượng tiểu cầu trung bình 98,32 ± 48,22; 91,2% bệnh nhân có lượng tiểu cầu giảm. Kết quả của chúng tôi tương đương với Phạm Thị Thuý<sup>5</sup> tỷ lệ thiếu máu trên bệnh nhân xơ gan

có đái tháo đường 83%. Tỷ lệ hemoglobin giảm của chúng tôi tương đương Behera và Bibhu Prasad tuy nhiên tỷ lệ giảm tiểu cầu lại cao hơn: 68,12%<sup>7</sup>. Thiếu máu trong bệnh lý xơ gan có nhiều nguyên nhân khác nhau: thiếu sắt, acid folic, vitamin, cường lách, đi kèm bệnh lý mạn tính đái tháo đường. Đặc điệt rượu được coi là chất gây ức chế quá trình tạo máu. Những bệnh nhân có thể thiếu hụt các acid folic, vitamin do kém hấp thu hay suy dinh dưỡng hoặc tác dụng độc hại trực tiếp tới quá trình tạo máu. Do đó người nghiện rượu nói chung có thể thiếu máu với nhiều mức độ: từ trung bình tới nặng, đặc trưng bởi hồng cầu to, bất thường về cấu trúc đi kèm với đó là tình trạng giảm tiểu cầu cao hơn so với bệnh nhân xơ gan thông thường. Tỷ lệ % prothrombin trung bình trong nghiên cứu  $56,43 \pm 19,49$  nhỏ hơn so với giá trị dưới, giá trị thấp nhất 20,6%, cao nhất 118%, đa phần đối tượng giảm: 77,9%, là một trong chỉ số đánh giá chức năng gan, kết quả của chúng tôi tương đồng với Ngô Thuỳ Dung<sup>6</sup>.

Về xét nghiệm đánh giá mức độ tổn thương tế bào gan thông qua các enzym gan, bảng 3.2 cho thấy giá trị AST trung bình  $132,4 \pm 189,19$  U/l; ALT trung bình  $81,52 \pm 170,39$  U/l; GGT trung bình:  $471,54 \pm 427,07$ U/l đa phần đều tăng so với giá trị bình thường. Kết quả của chúng tôi tương đương với Ngô Thuỳ Dung, tuy nhiên các giá trị trung bình chúng tôi nghiên cứu thấp hơn so với các giá trị nghiên cứu về xơ gan rượu của Phạm Thị Dung (2018): là  $233,81 \pm 494,65$  U/L và  $100,74 \pm 267,38$  U/L (AST/ALT >2); nồng độ GGT trung bình là  $526,29 \pm 571,28$  U/L<sup>8</sup>. Nồng độ AST tăng cao hơn ALT (~2 lần) và GGT tăng cao phù hợp với đặc điểm của bệnh gan mạn do rượu. Có sự khác biệt với nghiên cứu trước đó do các đối tượng xơ gan rượu trong nghiên cứu của chúng tôi, một số bệnh nhân đã ngưng sử dụng rượu trong một thời gian khi bệnh trở nặng. Giá trị HbA1C của nhóm đối tượng nghiên cứu trung bình  $6,68 \pm 1,40$ . Trên bệnh nhân xơ gan rượu có thiếu máu do nhiều nguyên nhân khác nhau, giá trị HbA1C tỏ ra kém chính xác, đặc biệt bệnh nhân XHTH được truyền máu. Đường máu trung bình lúc vào viện  $13,73 \pm 6,88$ ; giá trị  $\geq 11,1$ mmol/l: 55,9%; phần lớn bệnh nhân có đường máu bất kỳ cao.

Tình trạng tăng áp cửa ở bệnh nhân xơ gan trên nội soi thể hiện sự giãn các TMTQ tĩnh mạch dạ dày, hoặc bệnh dạ dày tăng áp điển hình. Kết quả ở bảng 3.3 chỉ ra 29,4% có tình trạng chảy máu do TALTMC, đa phần bệnh nhân có giãn TMTQ, giãn độ III nhiều nhất 58,5%, giãn TMTQ lan xuống dạ dày (giãn tĩnh mạch tâm vị) 1,5%

và 19,1% bệnh nhân có giãn tĩnh mạch phình vị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng và phù hợp với y văn trước đó. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa là hậu quả chính của viêm gan rượu và là nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong liên quan đến gan. Rượu có thể trực tiếp gây tăng áp lực tĩnh mạch cửa thông qua nhiều cơ chế, bao gồm tăng lưu lượng máu vào tĩnh mạch cửa, tăng co mạch trong gan, viêm và những thay đổi trong mạch máu gan như xơ hóa quanh xoang và xơ cứng tĩnh mạch. Bên cạnh đó bằng chứng kết luận cho thấy ĐTD làm tăng nguy cơ xuất huyết giãn tĩnh mạch và dễ bị tái chảy máu giãn tĩnh mạch và diễn biến lâm sàng không ổn định, bao gồm tỷ lệ tử vong cao hơn<sup>9</sup>.

Các biến chứng xơ gan trong nghiên cứu của chúng tôi được trình bày ở bảng 3.5. Biến chứng phổ biến nhất là cổ trướng: 70,6%, XHTH do TALTMC: 38,2%; hội chứng não gan: 19,1%; hội chứng gan thận: 4,4%, nhiễm trùng dịch cổ trướng: 3,0%. Sự hiện diện của ĐTD và xơ gan ở cùng một bệnh nhân biểu hiện sự tổn thương bệnh lý kép đối với gan, tăng nguy cơ mắc biến chứng XHTH do TALTMC, bệnh não gan, nhiễm trùng với bất kể xơ gan do nguyên nhân gì<sup>2</sup>. Kết quả của chúng tôi tương đương nghiên cứu Nguyễn Thanh Nam<sup>10</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Người bệnh xơ gan rượu có đái tháo đường đa phần nhập viện vì có tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết đi kèm các biến chứng của xơ gan.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kumar R.** Hepatogenous Diabetes: An Underestimated Problem of Liver Cirrhosis. *Indian J Endocrinol Metab.* 2018;22(4):552-559. doi: 10.4103/ijem.IJEM\_79\_18
- Carr RM, Correnti J.** Insulin resistance in clinical and experimental alcoholic liver disease. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2015; 1353(1):1-20. doi:10.1111/nyas.12787
- Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH.** ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. *Am J Gastroenterol.* 2018;113(2):175-194. doi:10.1038/ajg.2017.469
- EISayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al.** Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care.* 2023;46 (Supplement\_1): S10-S18. doi:10.2337/dc23-S001
- Phạm Thị Thuỳ.** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có đái tháo đường. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2004.
- Ngô Thuỳ Dung.** Khảo sát giá trị thang điểm ABIC trong tiên lượng bệnh gan do rượu. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/8559/7576>. Published October 2023. Accessed May 21, 2025.

7. **Behera BP, Dash M.** An observational study of clinical and hematological profile of cirrhosis of liver. *Asian J Pharm Clin Res.* February 2020;149-152. doi:10.22159/ajpcr.2020.v13i4.36862
8. **Phạm Thị Dung.** Nghiên cứu nồng độ Homocystein huyết tương ở bệnh nhân xơ gan do rượu. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Học viện Quân Y. 2018.
9. **Coman LI, Coman OA, Bădărău IA, Păunescu H, Ciocirlan M.** Association between Liver Cirrhosis and Diabetes Mellitus: A Review on Hepatic Outcomes. *JCM.* 2021;10(2):262. doi:10.3390/jcm10020262
10. **Nguyễn Thanh Nam, Nguyễn Công Long HVC.** Biến chứng xơ gan ở bệnh nhân xơ gan mật bù có sỏi đường. *VMJ.* 2023;527(2). doi:10.51298/vmj.v527i2.5848

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM TỤY CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI THANH HÓA

Phạm Thị Quỳnh<sup>1,3</sup>, Lê Thị Vân Anh<sup>3</sup>,  
Nguyễn Văn Hoàng<sup>2,3</sup>, Nguyễn Thị Việt Hà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Viêm tụy cấp là tình trạng tổn thương tế bào tụy do sự tiêu hủy của các men tụy với các mức độ từ nhẹ đến nặng với tình trạng hoại tử tụy, có thể gây tử vong nếu không xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi 2012 điều trị tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh là  $7,7 \pm 3,9$  tuổi. Tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,3:1. 25,5% trẻ mắc viêm tụy cấp thể nặng. 68,5% trường hợp không xác định được căn nguyên. Tỷ lệ trẻ có đau bụng, buồn nôn và/hoặc nôn lần lượt là 98% và 66,7%, không có sự khác biệt về các triệu chứng này giữa nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ và nặng. Sốt xuất hiện sớm gợi ý tình trạng viêm tụy cấp nặng. Tỷ lệ trẻ có tăng amylase và lipase lần lượt là 52,9% và 76,7%. Tăng dấu ấn viêm như tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu trung tính và CRP với tỷ lệ lần lượt là 66,7% và 56,9% và 41,2%. Tỷ lệ trẻ có hình ảnh bất thường trên siêu âm tụy và CT bụng lần lượt là 62,7% và 82,1%. **Kết luận:** Việc xác định nguyên nhân viêm tụy cấp ở trẻ em còn gặp nhiều khó khăn do các biểu hiện lâm sàng không điển hình. Xét nghiệm amylase, lipase và siêu âm là những thăm dò có giá trị trong chẩn đoán sớm viêm tụy cấp. **Từ khóa:** viêm tụy cấp, trẻ em, lâm sàng, cận lâm sàng, Thanh Hóa

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE PANCREATITIS IN CHILDREN AT THANH HOA PEDIATRIC HOSPITAL

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Phân hiệu Đại Học Y Hà Nội tại Thanh Hóa

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà  
Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

Acute pancreatitis is a condition characterized by pancreatic cell injury caused by autodigestion from pancreatic enzymes, ranging in severity from mild to severe, with necrotizing pancreatitis that may be fatal if not treated promptly. **Aims:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric acute pancreatitis at Thanh Hoa Pediatric Hospital. **Materials and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 51 children diagnosed with acute pancreatitis based on the revised Atlanta 2012 criteria. All patients received treatment at the Department of Gastroenterology, Thanh Hoa Children's Hospital. **Results:** The mean age at diagnosis was  $7.7 \pm 3.9$  years. The male-to-female ratio was 1.3:1. Severe acute pancreatitis accounted for 25.5% of cases. The prevalences of children presenting with abdominal pain and nausea and/or vomiting were 98% and 66.7%, respectively, with no significant differences in these symptoms between the mild and severe acute pancreatitis groups. Early onset of fever was suggestive of severe acute pancreatitis. Laboratory investigations revealed elevated serum lipase and amylase levels in 76.7% and 52.9%, respectively. Leukocytosis and neutrophilia were observed in 66.7% and 56.9% of patients, while increased C-reactive protein (CRP) was found in 41.2%. Imaging findings showed pancreatic abnormalities in 62.7% on abdominal ultrasound and in 82.1% on computed tomography (CT). **Conclusion:** The diagnosis of acute pancreatitis in children remains clinically challenging due to its nonspecific presentation. However, serum enzyme assays (amylase and lipase) and imaging modalities such as ultrasound and CT play a crucial role in early detection and management.

**Keywords:** acute pancreatitis, children, clinical characteristics, paraclinical characteristics, Thanh Hoa.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy gây tổn thương tế bào tuyến do sự tiêu hủy của các enzyme tụy với mức độ từ nhẹ đến nặng, có thể gây tử vong.<sup>1</sup> Bệnh được xem là hiếm gặp ở trẻ em trước đây, nhưng hiện nay tỷ lệ mắc đang gia tăng toàn cầu với 3,6–