KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM TỤY CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI THANH HÓA

Phạm Thị Quỳnh[1], Lê Thị Vân Anh[1], Nguyễn Văn Hoàng[1,2], Lê Thị Thùy Dung[3], Nguyễn Thị Việt Hà[4], Nguyễn Thị Thùy Trang[5]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tụy cấp là tình trạng tổn thương tế bào tụy do sự tiêu hủy của các enzym 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: Đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh 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: Trong 51 trẻ viêm tuỵ cấp, tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,3:1, thể nhẹ chiếm 74,5%, 68,5% trường hợp không xác định được căn nguyên. Nhóm thể nặng vừa – nặng có thời gian nằm viện dài hơn (7,77 ± 2,09 so với 5,92 ± 2,07 ngày, p = 0,008) và tỷ lệ dùng kháng sinh cao hơn hẳn nhóm thể nhẹ (100% so với 13,1%, p < 0,001). Tại thời điểm ra viện, tỷ lệ trẻ có nồng độ amylase và lipase máu trở về bình thường lần lượt là 84,3% và 30,2%. Tỷ lệ điều trị khỏi hoàn toàn là 51%, tái phát 35,3%, chuyển viện phẫu thuật 11,7%.

Kết luận: Viêm tụy cấp ở trẻ em phần lớn nhẹ, đáp ứng tốt với điều trị nội khoa bảo tồn. Thể vừa – nặng cần dùng kháng sinh nhiều hơn và có thời gian nằm viện dài hơn. Kết quả điều trị chung khả quan nhưng tỷ lệ tái phát còn đáng lưu ý, cần theo dõi dài hạn.

Từ khóa: Acute pancreatitis; children; treatment outcomes; Thanh Hoa.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE PANCREATITIS IN CHILDREN AT THANH HOA CHILDREN'S HOSPITAL

Background: 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: Evaluation of treatment outcomes of acute pancreatitis in children at Thanh Hoa children's hospital.

Materials and Methods: A case series study was conducted on 51 patients diagnosed with acute pancreatitis according to the 2012 Revised Atlanta Classification and treated at the Department of Gastroenterology, Thanh Hoa Children's Hospital.

Results: Among the 51 pediatric acute pancreatitis, the male-to-female ratio was 1.3:1, 74.5% accounted for mild severity and 68.5% without identified etiology. Patients in moderate and severe groups had longer hospital stays (7.77 ± 2.09 vs. 5.92 ± 2.07 days, p = 0.008) and higher antibiotic use (100% vs. 13.1%, p < 0.001) than those in mild group. At the time of discharge, serum amylase and lipase levels had normalized in 84.3% and 30.2% of the pediatric patients, respectively. Complete recovery occurred in 51.0%, recurrence in 35.3%, and 11.7% were transferred for surgery.

Conclusion: Most cases of pediatric acute pancreatitis were mild and responded well to conservative treatment. Moderate and severe groups required more antibiotic therapy and longer hospitalization. Overall outcomes were favorable, though the recurrence rate warrants long-term follow-up.

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 tự tiêu hủy của các enzym tụy với mức độ từ nhẹ đến nặng, có thể gây tử vong.[1] Bệnh từng được xem là hiếm gặp ở trẻ em, nhưng tỷ lệ mắc đang gia tăng toàn cầu (3,6–13,3/100.000 trẻ/năm), chiếm 50–65% bệnh lý tụy ở trẻ em.[1] Bệnh phần lớn là thể phù nề, tiến triển lành tính, nhưng có thể biểu hiện cấp tính với hoại tử tụy và các biến chứng nặng đe dọa tính mạng.[2] Biểu hiện lâm sàng ở trẻ em thường không điển hình, gây khó khăn

[1]*Bệnh viện Nhi Thanh Hóa*
[2]*Phân hiệu Đại Học Y Hà Nội tại Thanh Hóa*
[3]*Viện Đào tạo Y Dược - Trường Đại học Thủ Dầu Một*
[4]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[5]*Học viện Y Dược cổ truyền Việt Nam*
Người chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân Anh
Email: vananh.pedia@gmail.com
Mã bài: N1882601
Ngày nhận bài: 10/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 7/6/2026
Ngày duyệt bài: 1/8/2026

cho chẩn đoán và tiên lượng. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về viêm tụy cấp ở trẻ em còn hạn chế và tập trung chủ yếu tại các bệnh viện tuyến trung ương.[3] Việc áp dụng các khuyến cáo quốc tế (như của NASPGHAN) vào thực hành lâm sàng tại các tuyến y tế trong nước vẫn còn khoảng trống lớn do thiếu phác đồ chuẩn hóa phù hợp nguồn lực thực tế.

Về bằng chứng điều trị, nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai và cộng sự tại Bệnh viện Nhi Trung ương đã bước đầu mô tả kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em, song số liệu từ các bệnh viện tuyến tỉnh còn rất hạn chế.[3] Trên thế giới, khuyến cáo của NASPGHAN cùng các nghiên cứu về bù dịch tích cực và nuôi ăn qua đường tiêu hóa sớm cho thấy chiến lược điều trị liên quan chặt chẽ đến kết cục lâm sàng (thời gian nằm viện, mức độ nặng) ở trẻ viêm tụy cấp.[4,5] Việc áp dụng các bằng chứng này tại các bệnh viện tuyến tỉnh Việt Nam vẫn còn là khoảng trống cần được bổ sung bằng dữ liệu thực tiễn.

Bệnh viện Nhi Thanh Hóa là bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh hạng I, tiếp nhận điều trị cho lượng bệnh nhân nhi lớn trong tỉnh và các tỉnh lân cận, với số trẻ nhập viện do viêm tụy cấp có xu hướng gia tăng những năm gần đây. Dù bệnh viện đã được trang bị tương đối đầy đủ phương tiện cận lâm sàng, tuy nhiễn vẫn còn nhiều thách thức trong phân loại nguy cơ, theo dõi diễn biến và tối ưu hóa điều trị do thiếu dữ liệu tổng kết thực tế tại địa phương. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhi được chẩn đoán viêm tụy cấp và điều trị tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 1 đến 16 tuổi được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi 2012[6]; trẻ được làm xét nghiệm enzym tụy tại thời điểm nhập viện để xác định chẩn đoán; bệnh nhân và người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Viêm tụy cấp xảy ra trên nền viêm tụy mạn tính, viêm tụy tái diễn, hoặc bệnh nhân đến viện sau 7 ngày kể từ khi khởi phát.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa, từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

- Cỡ mẫu, chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện; 51 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn được tuyển chọn trong thời gian nghiên cứu.

- Phân loại mức độ nặng: Mức độ nặng được phân loại theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi 2012[6]: thể nhẹ khi không có suy tạng và không có biến chứng tại chỗ/toàn thân; thể nặng vừa khi có suy tạng thoáng qua (hồi phục trong vòng 48 giờ) và/hoặc có biến chứng tại chỗ hay toàn thân nhưng không có suy tạng kéo dài; thể nặng khi có suy tạng kéo dài trên 48 giờ. Do cỡ mẫu nhóm nặng còn nhỏ, nghiên cứu gộp chung hai mức độ "nặng vừa" và "nặng" thành một nhóm "thể vừa – nặng" để so sánh với thể nhẹ.

- Biến số nghiên cứu: gồm 3 nhóm chính:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời gian từ khi khởi phát đau bụng đến khi nhập viện, nguyên nhân viêm tụy cấp, mức độ nặng.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: nồng độ amylase, lipase máu tại thời điểm nhập viện, khi cho ăn lại và khi ra viện; ngưỡng tăng men tụy được tính theo bội số của giới hạn trên bình thường (ULN) tại labo Bệnh viện Nhi Thanh Hóa (ULN amylase = 220 U/L; ULN lipase = 82 U/L), phân loại thành các mức < 1×ULN, 1–3×ULN và ≥ 3×ULN.

+ Biến số đánh giá hiệu quả điều trị: các biện pháp điều trị đã áp dụng (nhịn ăn – nuôi dưỡng tĩnh mạch, giảm đau, kháng sinh, giảm tiết acid); thời gian nằm viện; kết quả điều trị chung, được phân loại và định nghĩa như sau: (1) Khỏi hoàn toàn – hết triệu chứng lâm sàng, nồng độ amylase/lipase trở về bình thường, ra viện không cần điều trị đặc hiệu thêm; (2) Khỏi có biến chứng – hết triệu chứng cấp nhưng còn biến chứng tại chỗ (nang giả tụy, ổ dịch quanh tụy…) đã được xử trí ổn định trước khi ra viện; (3) Tái phát – xuất hiện đợt viêm tụy cấp mới, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn

chẩn đoán nêu trên, ở bệnh nhân đã được xác định hồi phục hoàn toàn từ đợt trước, ghi nhận trong thời gian nghiên cứu (đến tháng 7/2025); (4) Chuyển viện/phẫu thuật – chuyển tuyến trên để can thiệp ngoại khoa do biến chứng hoặc nguyên nhân cần phẫu thuật.

- Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến định lượng phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn và so sánh bằng t-test hai mẫu độc lập; biến định lượng phân bố không chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị) và so sánh bằng kiểm định Mann-Whitney U. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ % và so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi tần số kỳ vọng nhỏ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi đề cương được thông qua bởi Hội đồng bảo vệ đề cương thạc sĩ của Trường Đại học Y Hà Nội và được sự chấp thuận của Ban lãnh đạo Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Thông tin bệnh nhân được mã hóa và bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2025 tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa có 51 trường hợp viêm tụy cấp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ bị viêm tụy cấp trong nghiên cứu (n = 51)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 6 tuổi	23	45,1
	6 – 10 tuổi	10	19,6
	>10 tuổi	18	35,3
Giới	Nam	29	56,9
	Nữ	22	43,1
Mức độ nặng	Thể nhẹ	38	74,5
	Thể nặng vừa – nặng	13	25,5
Thời gian từ khi đau bụng đến khi nhập viện	< 2 ngày	19	37,3
	2 – 5 ngày	31	60,7
	> 5 ngày	1	2,0
Nguyên nhân	Bệnh lý đường mật	5	9,8
	Bệnh lý tụy	2	3,9
	Chấn thương	1	2,0
	Nhiễm giun	2	3,9
	Do gen	3	5,9
	Do thuốc	1	2,0
	Rối loạn chuyển hóa acid béo	2	3,9
	Không rõ nguyên nhân	35	68,5

Nhận xét: Tuổi trung bình mắc viêm tụy cấp là 7,7 ± 3,9 tuổi (1,5–15,5 tuổi), với 45,1% gặp ở trẻ dưới 6 tuổi. Tỷ lệ trẻ trai/gái mắc viêm tụy cấp là 1,3/1. Thể nhẹ chiếm 74,5% và thể nặng vừa – nặng chiếm

25,5%. Thời gian từ khi khởi phát đau bụng đến khi nhập viện trung bình là 1,9 ± 0,96 ngày, không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm mức độ nặng (p > 0,05). Có 31,4% trường hợp xác định được căn nguyên, trong đó viêm tụy cấp do bệnh lý đường mật và do gen gặp với tỷ lệ lần lượt là 9,8% và 5,9%.

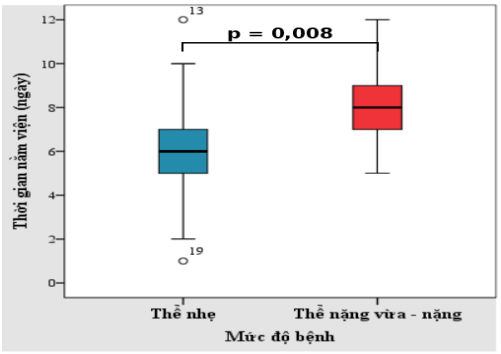
3.2. Các biện pháp điều trị và thời gian nằm viện

Bảng 2. Các biện pháp điều trị viêm tụy cấp theo mức độ nặng

Phương pháp điều trị	Thể nhẹ (n = 38)		Thể vừa – nặng (n = 13)		p
	n	%	n	%	
Nhịn ăn + truyền dịch	38	100	13	100	1,000
Giảm đau	2	5,3	2	15,4	0,266
Kháng sinh	5	13,1	13	100	< 0,001
Giảm tiết acid	38	100	13	100	1,000

Giá trị p tính bằng kiểm định Fisher's exact test.

Nhận xét: 100% bệnh nhi viêm tụy cấp được nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch và dùng thuốc giảm tiết acid ở cả hai nhóm mức độ nặng (p = 1,000). Không có sự khác biệt ý nghĩa thống kê về tỷ lệ dùng thuốc giảm đau giữa hai nhóm (5,3% so với 15,4%; p = 0,266). Tỷ lệ dùng kháng sinh ở nhóm thể nặng vừa – nặng cao hơn rõ rệt so với nhóm thể nhẹ (100% so với 13,1%; p < 0,001).



Biểu đồ 1. Liên quan giữa mức độ nặng của bệnh và thời gian nằm viện

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân viêm tụy cấp thể nhẹ ngắn hơn so với viêm tụy cấp thể nặng vừa – nặng (5,92 ± 2,07 và 7,77 ± 2,09 ngày); do phân bố số ngày nằm viện có các giá trị ngoại lai (bệnh nhân số 13 và số 19 trên biểu đồ), sự khác biệt được so sánh bằng kiểm định Mann-Whitney U và có ý nghĩa thống kê (p = 0,008).

3.3. Biến đổi nồng độ enzym tụy trong quá trình điều trị

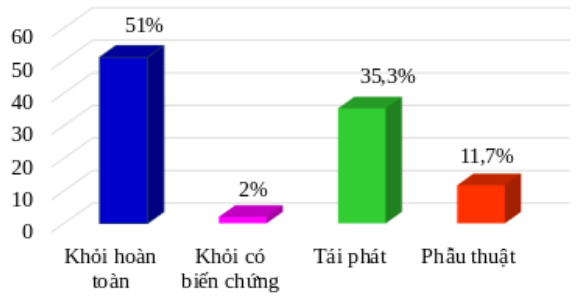
Bảng 3. Sự thay đổi nồng độ amylase và lipase trung bình lúc vào viện và trong quá trình điều trị

Sự thay đổi nồng độ enzym tụy		Lúc nhập viện		Khi cho ăn lại		Ra viện	
		n	%	n	%	n	%
Amylase (U/L) (n = 51)	≥ 3×ULN (>660)	27	52,9	6	11,8	-	-
	1–3×ULN (220–660)	15	29,4	24	47,1	8	15,7
	< 1×ULN (<220)	9	17,7	21	41,1	43	84,3
Lipase (U/L) (n = 43)	≥ 3×ULN (>246)	33	76,3	23	53,5	11	25,6
	1–3×ULN (83–246)	6	15,9	14	32,6	19	44,2
	< 1×ULN (<83)	4	7,8	6	13,9	13	30,2

ULN: giới hạn trên bình thường (amylase 220 U/L; lipase 82 U/L).

Nhận xét: Tại thời điểm trẻ tập ăn lại, tỷ lệ men tụy còn tăng ≥ 3 lần ULN của amylase và lipase lần lượt là 11,8% và 53,5%. Tại thời điểm ra viện, tỷ lệ nồng độ amylase máu trở về bình thường là 84,3%; tỷ lệ nồng độ lipase máu trở về bình thường là 30,2%, cho thấy lipase có xu hướng trở về bình thường chậm hơn amylase.

3.4. Kết quả điều trị chung



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị viêm tụy cấp

Nhận xét: Trong tổng số 51 trẻ viêm tụy cấp được nghiên cứu, 26 trường hợp (51,0%) khỏi bệnh hoàn toàn, 1 trường hợp (2,0%) khỏi có biến chứng, 18 trường hợp (35,3%) tái phát và 6 trường hợp (11,7%) được chuyển viện để phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả từ Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhi viêm tụy cấp là 7,7 ± 3,9 tuổi. Lứa tuổi mắc viêm tụy cấp ở trẻ em khá dao động giữa các nghiên cứu. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai tại Bệnh viện Nhi Trung ương (6,2 ± 3,3 tuổi).[3] Nghiên cứu của Lautz ghi nhận tuổi trung bình mắc bệnh là 10,94 ± 4,88 tuổi.[2] Tỷ lệ trẻ trai mắc viêm tụy cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trẻ gái (1,3/1), trong khi một số nghiên cứu trong nước lại ghi nhận tỷ lệ trẻ gái nhiều hơn trẻ trai.[3] Thời gian từ khi khởi phát đau bụng đến khi nhập viện trung bình là 1,9 ± 0,96 ngày và không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm mức độ nặng (p > 0,05), khác với nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai (3,0 ± 1,8 ngày),[3] có thể do nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu đó nặng hơn, đã qua điều trị tuyến dưới trước khi chuyển đến.

Nguyên nhân viêm tụy cấp

Nghiên cứu ghi nhận 31,4% trường hợp xác định được căn nguyên, tương đồng với dao động chung trên thế giới (tỷ lệ không rõ nguyên nhân 30–70%).[2] Bệnh lý đường mật (chủ yếu nang ống mật chủ) là nguyên nhân xác định được thường gặp nhất (9,8%), tương tự ghi nhận của Chu Thị Phương Mai.[3] Đáng chú ý, nhiễm giun (3,9%) vẫn là yếu tố liên quan tại địa phương, khác với các nước phát triển nơi nguyên nhân thường gặp là bệnh lý đường mật hoặc do thuốc.[1] Tỷ lệ vô căn cao trong nghiên cứu của chúng tôi cần được nhìn nhận chủ yếu là hệ quả của hạn chế xét nghiệm chuyên sâu (di truyền, chuyển hóa, hình ảnh học nâng cao) tại đơn vị, hơn là phản ánh đặc điểm dịch tễ thực sự.

Kết quả điều trị viêm tụy cấp

Điều trị nội khoa trong nghiên cứu chủ yếu là cho tụy nghỉ ngơi, bù dịch, giảm đau, giảm tiết acid và kháng sinh khi cần, phù hợp khuyến cáo quản lý viêm tụy cấp ở trẻ em của NASPGHAN.[4] Toàn bộ trẻ được nhịn ăn, truyền dịch và dùng thuốc giảm tiết acid ở cả hai nhóm mức độ nặng (p = 1,000). Kháng sinh được chỉ định cho 100% trẻ thể nặng vừa – nặng so với 13,1% ở thể nhẹ (p < 0,001), tương tự nhận định của Wu và Banks về nguy cơ nhiễm khuẩn và đáp ứng viêm hệ thống cao hơn ở thể nặng.[7] Thuốc ức chế bơm proton được dùng ở 100% bệnh nhi, dù hiện chưa có đồng thuận rằng đây là chỉ định bắt buộc thường quy trong viêm tụy cấp.

Về biến đổi cận lâm sàng, kết quả từ Bảng 3 cho thấy tại thời điểm ra viện, tỷ lệ amylase máu trở về bình thường (84,3%) cao hơn nhiều so với lipase (30,2%), phù hợp với đặc điểm động học đã biết là lipase tăng kéo dài hơn amylase trong viêm tụy cấp. Điều này gợi ý quyết định cho ăn lại và ra viện nên dựa chủ yếu vào cải thiện lâm sàng hơn là chờ lipase bình thường hoàn toàn, phù hợp khuyến cáo của NASPGHAN.[4]

Thời gian nằm viện trung bình của thể nhẹ (5,92 ± 2,07 ngày) ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với thể nặng vừa – nặng (7,77 ± 2,09 ngày; p = 0,008), tương tự nghiên cứu của Grzybowska-Chlebowczyk và cộng sự (8,2 ± 3,1 ngày ở thể nặng so với khoảng 5 ngày ở thể nhẹ).[8] Nghiên cứu của Szabo và cộng sự cũng cho thấy chiến

lược bù dịch tích cực và cho ăn lại sớm có liên quan đến thời gian nằm viện ngắn hơn và mức độ bệnh nhẹ hơn ở trẻ viêm tụy cấp,[5] gợi ý việc chuẩn hóa thời điểm bù dịch và cho ăn lại có thể cải thiện thêm kết quả điều trị tại đơn vị.

Về kết cục chung, 51% bệnh nhi khỏi hoàn toàn và 2% khỏi có biến chứng, cho thấy đa số trẻ có tiên lượng tốt sau điều trị nội khoa, phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,3%, cao hơn ghi nhận của Chu Thị Phương Mai (25%),[3] có thể liên quan đến nhóm nguyên nhân chuyển hóa, bất thường giải phẫu và di truyền – vốn có xu hướng tái phát cao; trên thế giới, tỷ lệ tái phát cũng dao động rộng 15–35%. Đáng chú ý, 11,7% trường hợp phải chuyển viện để phẫu thuật, phần lớn liên quan đến nguyên nhân thực thể (như nang ống mật chủ) cần can thiệp ngoại khoa. Việc theo dõi sát và tìm nguyên nhân là cần thiết để hạn chế tái phát.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu còn một số hạn chế: đây là nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh tại một trung tâm, cỡ mẫu còn hạn chế (đặc biệt nhóm thể nặng vừa – nặng chỉ có 13 ca) và chọn mẫu thuận tiện, không có nhóm đối chứng nên chưa thể so sánh hiệu quả giữa các phác đồ điều trị. Bệnh viện cũng chưa có đầy đủ các xét nghiệm chuyên sâu về di truyền, chuyển hóa và hình ảnh học nâng cao, có thể ảnh hưởng đến khả năng xác định căn nguyên ở một số trường hợp. Các nghiên cứu đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn sẽ giúp đánh giá toàn diện hơn kết quả điều trị và nguy cơ tái phát.

V. KẾT LUẬN

Đa số viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa có mức độ nhẹ và đáp ứng tốt với điều trị nội khoa bảo tồn, trong khi thể nặng vừa – nặng cần sử dụng kháng sinh nhiều hơn đáng kể (100% so với 13,1%, $p < 0,001$) và có thời gian nằm viện dài hơn (7,77 ± 2,09 so với 5,92 ± 2,07 ngày, $p = 0,008$). Kết quả điều trị chung khả quan với 51% khỏi hoàn toàn, song tỷ lệ tái phát còn ở mức đáng lưu ý (35,3%) và viêm tụy cấp vô căn vẫn chiếm tỷ lệ cao (68,5%), cho thấy cần tiếp tục theo dõi dài hạn và tìm kiếm căn nguyên để hạn chế tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Morinville VD, Husain SZ, Bai H, et al.** Definitions of pediatric pancreatitis and survey of present clinical practices. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;55(3):261-265. doi:10.1097/MPG.0b013e31824f1516
2. **Lautz TB, Chin AC, Radhakrishnan J.** Acute pancreatitis in children: spectrum of disease and predictors of severity. *J Pediatr Surg.* 2011;46(6):1144-1149. doi:10.1016/j.jpedsurg.2011.03.044
3. **Chu Thị Phương Mai, Đỗ Thị Minh Phương, Nguyễn Thị Việt Hà và cs.** 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. **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. doi:10.1097/MPG.0000000000001715
5. **Szabo FK, Fei L, Cruz LA, Abu-El-Haija M.** Early enteral nutrition and aggressive fluid resuscitation are associated with improved clinical outcomes in acute pancreatitis. J Pediatr. 2015;167(2):397-402. doi:10.1016/j.jpeds.2015.05.030
6. **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. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779
7. **Wu BU, Banks PA.** Clinical management of patients with acute pancreatitis. Gastroenterology. 2013;144(6):1272-1281. doi:10.1053/j.gastro.2013.01.075
8. **Grzybowska-Chlebowczyk U, Jasielska M, Flak-Wancerz A, et al.** Acute pancreatitis in children. Prz Gastroenterol. 2018;13(1):69-75. doi:10.5114/pg.2017.70470