Radiology; 296(2): E79-E85.
5. **Kovács A, Palásti P, Veréb D, et al**. (2021). The sensitivity andspecificity of chest CT in the diagnosis of COVID-19. Eur Radiol;31(**5**):2819-2824.
6. **Weinstock MB, Echenique A, Russell JW, et al**. (2020) Chest X-Ray Findings in 636 Ambulatory Patients with COVID-19 Presenting to an Urgent Care Center: A Normal Chest X-Ray Is no Guarantee. J Urgent Care Med; 14(**7**), 13-18.
7. **Wong HYF, Lam HYS, Fong AHT, et al**. (2019). Frequency and Distribution of Chest Radiographic Findings in COVID-19 Positive Patients. Radiology. 2019. Published online March 27, 201160.
8. **Zhao W, Zhong Z, Xie X, et al**. (2020). Relation Between Chest CT Findings and Clinical Conditions of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia: A Multicenter Study. AJR Am J Roentgenol; 214(**5**): 1072-1077.

ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERIDE THEO PHÂN ĐỘ TĂNG TRIGLYCERIDE CỦA HỘI NỘI TIẾT 2010

Nguyễn Thị Mộng Trinh[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm tụy cấp (VTC) do tăng triglyceride (TG) làm tăng nguy cơ biến chứng tại chỗ, VTC tái phát, tần suất biến chứng nhiều hơn và tử vong cao hơn so với các nguyên nhân khác. Do vậy việc xác định được các yếu tố liên quan đến phân độ nặng của tăng TG ở nhóm BN VTC do tăng TG là cần thiết và quan trọng trong việc quản lý bệnh nhân (BN) VTC. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục của BN VTC do tăng TG với phân độ nặng của tăng TG theo Hội nội tiết 2010. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 132 BN VTC do tăng TG nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 5 năm 2019. BN VTC do tăng TG được chia thành hai nhóm theo phân độ nặng của tăng TG theo Hội nội tiết: tăng TG rất nặng (≥ 2000mg/dL) và tăng TG nặng (1000 – 1999mg/dL). Giá trị TG được ghi nhận trong vòng 48 giờ đầu sau nhập viện. Tiến hành khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng VTC do tăng TG và đánh giá sự khác nhau giữa hai nhóm này trong mối liên quan với các yếu tố nhân trắc học, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục của BN VTC do tăng TG. **Kết quả:** So với nhóm tăng TG nặng, trung bình hemoglobin (Hb) ở BN VTC do tăng TG cao hơn một cách có ý nghĩa ở nhóm tăng TG rất nặng (p=0,017). Có sự khác nhau về thời gian prothrombin (PT) (p=0,001), creatinine (p=0,011) và CRP giờ thứ 48 sau nhập viện (CRP_{48}) (p=0,019) giữa hai nhóm. Tần suất về tiền căn rối loạn lipid máu cao hơn một cách có ý nghĩa ở nhóm tăng TG rất nặng (p=0,022). Phân tích đa biến chứng minh tiền căn tăng TG, CRP_{48}, Hb và PT liên quan có ý nghĩa thống kê ở nhóm VTC tăng TG rất nặng (p<0.05). **Kết luận:** Ở BN VTC do tăng TG, nhóm tăng TG rất nặng có trung bình Hb dài hơn, PT ngắn hơn và creatinine thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm tăng TG nặng. Trong phân tích đa biến, nhóm tăng TG rất nặng liên quan đến tiền căn loạn lipid máu, CRP_{48}, Hb và PT (p<0.05). Viêm tụy cấp do tăng TG có biểu hiện lâm sàng giống với viêm tụy cấp nói chung.

Từ khóa: viêm tụy cấp do tăng triglyceride, tăng triglyceride rất nặng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH HYPERTRIGLYCERIDEMIA INDUCED ACUTE PANCREATITIS ACCORDING TO THE CLASSIFICATION OF HYPERTRIGLYCERIDEMIA BY THE 2010 ENDOCRINE SOCIETY

Backgrounds: Hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis (HTGP) was associated with increased risk of local complications, recurrent acute panpcreatitis, the frequence of other complications and high mortality as compared to other causes. Determining factors associated with the severity of hypertriglyceridemia (HTG) in patients with HTGP was necessary and important in management of patients with acute pancreatitis. **Oblective:** To assess the relationship between clinical, subclinical factors and outcomes in patients with hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis (HTGP) with the severity of hypertriglyceridemia (HTG) by the 2010 endocrine society. Methods: We prospectively analyzed a total of 132 patients with HTGP from January 2017 to May 2019 at Cho Ray Hospital. HTGP patients were divided into two groups according to the grades of hypertriglyceridemia (HTG) by Endocrine Society [4]: very severe HTG (≥2000 mg/dL) and severe HTG (1000 – 1999 mg/dL). Serum TG levels measured within 48 hours of admission. We analyzed the differences between two groups of patients, including general infomation, clinical characteristics, biochemical data and outcomes. **Results:** Comparing with the severe HTG group, patients with the very svere HTG had significantly higher level of hemoglobin (Hb) (p=0.017), lower levels of prothrombin time (PT) (p=0.001) and creatinine (p=0.011). The prevalence of dyslipidemia was significantly high in the very svere HTG group (p=0.022). Multivariate analysis

[1]*Trường Đại học Trà Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mộng Trinh
Email: ntmtrinh@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 14.6.2022
Ngày phản biện khoa học: 28.7.2022
Ngày duyệt bài: 9.8.2022

demonstrated that history of hypertension, levels of C-reactive protein at 48 hours post-hospitalization (CRP48), and levels of Hb and PT were statistically significant relating with the very severe HTG (p<0.05). **Conclusions:** In patients with HTGP, there were significantly higher of Hb and lower of PT, creatinine in patients with the very severe HTG as compared to the severe HTG. The very severity of HTG was significantly associated with history of dyslipidemia. According to the multivariate analysis, history of hypertension, levels of CRP48 and levels of Hb and PT were significant related to the very severe HTG (p<0.05). Hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis has a clinical presentation similar to that of general acute pancreatitis.

Keywords: hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis, very severe hypertriglyceridemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy, có khoảng 5 đến 10 % BN VTC đe dọa tính mạng và tử vong đáng kể. Những hiểu biết hiện tại về nguyên nhân và cơ chế của VTC thì liên quan trực tiếp đến kết cục thuận lợi, ngăn ngừa VTC tái phát và quản lý BN VTC tốt hơn [9]. Tăng TG được xem là nguyên nhân thường gặp hàng thứ ba của VTC, trong đó tăng TG nặng và tăng TG rất nặng làm tăng nguy cơ VTC, trong khi tăng TG nhẹ hoặc trung bình có thể là yếu tố nguy cơ tim mạch [3]. Nguyên nhân tăng TG có thể nguyên phát (như bất thường gen chuyển hóa lipid) hoặc thứ phát do rượu, đái tháo đường không kiểm soát, thai kỳ, béo phì, sử dụng estrogen, chế độ ăn và thuốc [9]. Tăng TG thường xảy ra sau yếu tố thứ phát ở những người có bất thường gen chuyển hóa lipid trước đó [3]. Tại Việt Nam, hiện có một vài nghiên cứu về VTC tăng TG đã và đang được nghiên cứu sâu hơn [1], [2], các nghiên cứu về VTC do tăng TG còn khá ít. Do vậy để góp phần làm rõ hơn và có thêm thông tin về đặc điểm của bệnh đồng thời xác định yếu tố nào liên quan đến phân độ nặng của tăng TG ở nhóm dân số VTC do tăng TG là cần thiết và quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng, cận làm sàng và kết cục của BN VTC do tăng TG với phân độ nặng của tăng TG theo Hội nội tiết 2010.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.Đối tượng nghiên cứu: BN đủ 18 tuổi trở lên, thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán của VTC, được chẩn đoán tăng TG máu với nồng độ TG ≥1000mg/dL và loại trừ nguyên nhân khác kể cả viêm tuỵ mạn. Xét nghiệm TG máu được thực hiện trong vòng 48 giờ sau nhập viện. Không nhận vào nghiên cứu những BN có bệnh lý mạn tính nặng chưa kiểm soát được và không đủ thông tin cần thiết.

2.3.Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

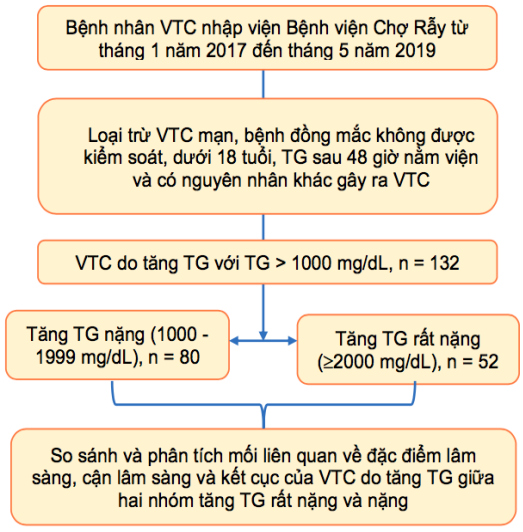
2.4.Phương thức tiến hành. Các BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, nhập khoa Nội Tiêu hóa – Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 5 năm 2019.

Ghi nhận các thông tin về chỉ số nhân trắc học, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, biến chứng tại chỗ - toàn thân, suy tạng và kết cục lâm sàng (VTC nặng, thời gian nằm viện, nhập ICU, bệnh nặng tử vong hoặc xin về).

Phân loại mức độ tăng TG máu theo Hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hội Nội tiết 2010 [3]: tăng TG nặng (1000-1999mg/dL) và tăng TG rất nặng (≥2000mg/dL). Sau đó tiến hành khảo sát các yếu tố trên ở BN VTC do tăng TG với phân độ nặng của tăng TG theo Hội nội tiết Mỹ. Tất cả BN VTC do tăng TG được điều trị cơ bản và được can thiệp giảm TG bằng thay huyết tương, insulin hoặc fenofibrate. Lưu đồ nghiên cứu như sơ đồ 1.

2.5. Phân tích thống kê. Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0; giá trị p <0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê. Các khoảng tin cậy được trình bày ở mức giới hạn 95%.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.



Sơ đồ 1. Lưu đồ nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 132 BN được nhận vào nghiên cứu. Trong đó, có 52 BN thuộc nhóm tăng TG rất nặng (≥2000 mg/dL) và 80 BN thuộc nhóm tăng TG nặng (1000 - 1999 mg/dL). Đặc điểm dân số nghiên cứu giữa 2 nhóm như bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng và kết cục của BN VTC do tăng TG giữa 2 nhóm như bảng 2, bảng 3 và bảng 4.

3.1.Mối liên quan giữa yếu tố lâm sàng với phân độ nặng của tăng TG ở BN VTC do tăng TG

Bảng 1. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và phân độ tăng TG máu ở BN VTC do tăng TG

Biến		Tăng TG rất nặng (n = 52)	Tăng TG nặng (n = 80)	χ2 or t	P
Tuổi, M ± SD		39,6 ± 6,7	41,6 ± 10,3	-1,203	0,231
Giới tính	Nam	39 (38,2%)	63 (61,8%)	0,8 (0,4 – 1,8)	0,615
	Nữ	14 (40%)	21 (60%)		
BMI	M ± SD	23,9 ± 2,8	24,3 ± 2,8	-0.761	0,448
	≥ 23 kg/m^2	31 (36%)	55 (64%)	0,7 (0,3 – 1,4)	0,282
Tiền căn VTC, n(%)		20 (44,4%)	25 (55,6%)	1,3 (0,7 – 2,9)	0,393
ĐTĐ, n(%)		21 (46,7%)	24 (53,3%)	1,5 (0,8 – 3,3)	0,219
THA, n(%)		10 (43,5%)	13 (56,5%)	1,2 (0,5 – 3,1)	0,659
Sử dụng rượu, n(%)		14 (42,4%)	19 (57,6%)	1,2 (0,5 – 2,6)	0,681
Rối loạn lipid máu, n(%)		12 (63,2%)	7 (36,8%)	3,1 (1,1 – 8,6)	**0,022**
Thuốc (Estrogen), n(%)		2 (100%)	0 (0%)	//	0,153

M ± SD: trung bình ± độ lệch chuẩn

Chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân độ tăng TG rất nặng với nhóm BN có tiền căn rối loạn lipid máu (OR=3,1; 95% CI: 1,1 – 8,6; p = 0,022). Không tìm thấy mối liên quan giữa tăng TG máu rất nặng với các yếu tố: BMI thừa cân, nam giới, tiền căn VTC, đái tháo đường (ĐTĐ), tăng huyết áp (THA), sử dụng rượu và thuốc (Estrogen) (p >0,05).

3.2.Đặc điểm cận lâm sàng và kết cục của BN VTC do tăng TG theo phân độ tăng TG

Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân độ tang TG rất nặng với Hb, PT, creatinine và CRP_{48} (>150mg/L) (bảng 2). Cụ thể, nhóm tăng TG rất nặng có chỉ số Hb dài hơn, CRPvà creatinin thấp hơn, thời gian PT ngắn hơn so với nhóm tăng TG nặng với p lần lượt là 0,017; 0,019; 0,011 và 0,001. Không có sự khác nhau về giá trị của HC, Hct, BC, TC, APTT, natri, kali, BUN, creatinine và glucose máu giữa 2 nhóm này (p > 0,05).

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm cận lâm sàng và phân độ tăng TG máu ở BN VTC do tăng TG

Biến	Tăng TG rất nặng (n = 52)	Tăng TG nặng (n = 80)	χ2 or t or U	P
HC, M ± SD	5,0 ± 0,7	5,0 ± 0,8	-1,180	0,858
Hb, M ± SD	16,0 ± 2,3	15,0 ± 2,4	2,412	**0,017**
Hct, M ± SD	43,2 ± 6,4	44,0 ± 6,1	-0,711	0,478
CRP_{48}, M ± SD	225,2 ± 106,0	263,1 ± 109,6	-1,966	0,051
TC, M ± SD	248,0 ± 90,5	224,0 ± 72,4	1,685	0,094
BC, trung vị	64,3	68,0	1965,0	0,592
PT, trung vị	53,0	75,3	1375,5	**0,001**
APTT, trung vị	69,0	65,0	1950,5	0,546
Glucose, trung vị	80,0	64,3	1904,0	0,412
BUN, trung vị	60,6	70,3	1773,5	0,153
Creatinine, trung vị	56,1	73,3	1536,5	**0,011**
Natri, trung vị	61,9	69,5	1840,0	0,262
Kali, trung vị	65,1	67.4	2006,5	0,732
Hct >44%*, n (%)	5 (38,5%)	8 (61,5%)	1,0 (0,3 – 3,1)	0,942
BUN >20mg/dL*, n (%)	7 (28,0%)	18 (72,0%)	0,5 (0,2 – 1,4)	0,195
Creatinine >1.9 mg/dL, n (%)	5 (35,7%)	9 (64,3%)	0,8 (0,3 – 2,7)	0,766
CRP_{48} >150mg/L, n (%)	37 (34,6%)	70 (65,4%)	0,3 (0,1 – 0,9)	**0,019**
Glucose ≥ 200mg/dL	33 (42,3%)	45 (57,7%)	1,8 (0,9 – 3,7)	0,109
Natri máu< 135 mEq/L	36 (39,6%)	55 (60,4%)	1,4 (0,7 – 2,8)	0,410

*sau bù dịch; M ± SD: trung bình ± độ lệch chuẩn

Giá trị amylase máu và lipase máu tăng gấp 3 lần giới hạn trên bình thường ở nhóm tăng TG rất nặng chiếm tỷ lệ lần lượt là 48,8% và 28,8%

Bảng 3. Amylase và lipase máu ở BN VTC do tăng TG theo phân độ tăng TG máu

Biến	Tăng TG rất nặng, n (%)	Tăng TG nặng, n (%)	χ2 or t or U	P value
Số trường hợp thực hiện xét nghiệm amylase máu, n = 118				
Amylase (U/L) ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường, n = 43	21 (48,8%)	22 (51,2%)	1,9 (0,9 – 4,1)	0,097
Số trường hợp thực hiện xét nghiệm lipase máu, n = 73				
Lipase (U/L) ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường, n = 52	15 (28,8%)	37 (71,2%)	0,8 (0,3 – 2,4)	0,705

Bảng 4. So sánh kết cục ở BN VTC do tăng TG giữa hai nhóm tăng TG

Biến		Tăng TG rất nặng (n = 52)	Tăng TG nặng (n = 80)	χ2 or U	p
Suy hô hấp, n (%)		11 (27,9%)	24 (72,1%)	0,6 (0,3 – 1,4)	0,261
Suy thận, n (%)		7 (38,9%)	11 (61,1%)	1,0 (0,4 – 2,7)	0,962
Suy tim mạch, n(%)		5 (55,6%)	4 (44,4%)	2,0 (0,5 – 7,9)	0,304
Suy tạng kéo dài, n (%)		8 (40,0%)	12 (60%)	1,0 (0,4 – 2,7)	0,952
Hoại tử tụy, n (%)		10 (27,0%)	27 (73,0%)	0,5 (0,2 – 1,1)	0,070
VTC do tăng TG	Nặng, n (%)	8 (40,0%)	12 (60,0%)	1,0 (0,4 – 2,7)	0,952
	Nhẹ/trung bình nặng, n (%)	44 (39,3%)	68 (60,7%)		
Thời gian nằm viện, trung vị		66,5	66,5	2079,0	0,996
Nhập ICU, n (%)		13 (52,0%)	12 (48,0%)	1,9 (0,8 – 4,5)	0,152
Tử vong, n (%)		3 (75%)	1 (25%)	4,8 (0,5–47,8)	0,300

Không tìm thấy sự khác nhau về thời gian nằm viện, nhập ICU, suy cơ quan, suy tạng dai dẳng, hoại tử tụy, độ nặng VTC và tỉ lệ tử vong giữa 2 nhóm tăng TG rất nặng và tăng TG nặng (p >0,05).

3.3. Phân tích hồi quy nhị phân đa biến

Bảng 5. Hồi quy nhị giá đa biến ở BN VTC do tăng TG trong mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với phân độ tăng TG rất nặng theo Hội nội tiết 2010

Biến	OR (95% CI)	p
Rối loạn lipid máu	0,3 (0,1 – 0,8)	**0,022**
Hb	0,8 (0,7 – 1,0)	**0,019**
PT	1,4 (1,0 – 1,9)	**0,043**
Creatinine	1,2 (0,7 – 1,9)	0,568
CRP_{48}>150mg/L	2,8 (1,1 – 7,3)	**0,037**

Phân tích đa biến chứng minh tiền căn rối loạn lipid máu, Hb, PT và giá trị CRP_{48} >150mg/L liên quan có ý nghĩa thống kê ở BN có mức tăng TG rất nặng (p <0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,8 ± 9,1. Tỉ số nam/nữ là 3,4/1. Không có sự khác nhau về tuổi trung bình, giới tính và BMI thừa cân giữa hai nhóm (p>0,05). Ở nhóm tăng TG rất nặng, không tìm thấy mối liên quan với tiền căn VTC, ĐTĐ, THA và sử dụng rượu khi so với nhóm tăng TG nặng. Có lẽ tiền căn VTC, ĐTĐ, sử dụng rượu là các yếu tố nguy cơ của VTC và VTC do tăng TG nên khi chúng tôi phân tích các yếu tố trên trong dân số VTC do tăng TG giữa 2 nhóm cho thấy không khác biệt. Trong khi, nhóm tăng TG máu rất nặng liên quan có ý nghĩa thống kê với tiền căn rối loạn lipid máu (OR=3,1; 95% CI: 1,1 – 8,6; p =0,022). Rối loạn lipid máu là một trong các yếu tố nguy cơ thứ phát gây tăng TG [9]. Tăng TG thường xảy ra sau yếu tố thứ phát ổ những người có bất thường gen chuyển hóa lipid trước đó [3]. Tần suất rối loạn lipid máu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Fortson [5]. Tỷ lệ này khác nhau phụ thuộc vào BN có quan tâm đến vấn đề sức khỏe, tầm soát bệnh hoặc BN có biết rối loạn lipid máu từ trước hay không. Tiền căn bệnh đồng mắc trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Fortson [5] và về yếu tố thứ phát của tăng TG (ĐTĐ không kiểm soát/ không biết, béo phì, rượu, rối loạn lipid máu, thuốc,...).

VTC do tăng TG thứ phát sau sử dụng thuốc estrogen đã có báo cáo theo ca [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận có 2 trường hợp VTC do tăng TG liên quan đến việc sử dụng thuốc ngừa thai dạng viên uống estrogen. Yếu tố nguy cơ có thể thấy của VTC do tăng TG sau nguyên nhân estrogen bao gồm bất thường chuyển hóa lipid, đề kháng insulin, béo phì, sử

dụng rượu và thai kỳ [10]. Thuốc estrogen có thể làm giảm 40% sự nhạy cảm insulin kèm theo tăng nồng độ AB tự do, cholesterol, TG trong máu và có đáp ứng theo liều [9].

Không có sự khác nhau về giá trị amylase máu và lipase máu giữa 2 nhóm tăng TG rất nặng và tăng TG nặng (p>0.05). Giá trị amylase máu và lipase máu tăng gấp 3 lần giới hạn trên bình thường ở nhóm tăng TG rất nặng chiếm tỷ lệ lần lượt là 44,9% và 26,9% (bảng 3). Điều này phù hợp với giá trị amylase có thể thấp giả hoặc bình thường trong VTC do tăng TG [9]. Tỷ lệ tăng amylase và lipase máu sẽ khác nhau giữa các nghiên cứu là do mức chọn ngưỡng tăng, dân số VTC, thời điểm đo amylase và lipase máu. Theo Cameron [4], tăng lipid máu có thể can thiệp vào việc xác định nồng độ amylase trong máu hoặc sự hiện diện của chất ức chế sự tồn tại của amylase. Amylase có thể bình thường giả tạo khi TG trong máu tăng >500 mg/dL và có thể do xuất hiện hiện tượng kháng amylase. Lipase ít bị ảnh hưởng bởi sự tăng TG máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tăng TG rất nặng có giá trị Hb cao hơn (p=0,017), PT ngắn hơn (p=0.001) và creatinine thấp hơn (p=0.011). Ở nhóm tăng TG rất nặng, giá trị CRP_{48} thấp hơn một cách có ý nghĩa khi so với nhóm tăng TG nặng (OR=0.3; 95% CI: 0.1 – 0.9; p=0,019). Lý giải điều này, theo Samar Firdous [8], CRP tăng lên cùng với chỉ số khối cơ thể, có một mối tương quan dương trung gian giữa CRP và BMI (> 23 kg/m2 với p < 0,01) và TG cho thấy mối tương quan âm tính yếu. Nếu trung bình BMI tăng 1 đơn vị, CRP tăng 0,239 lần và CRP tăng đáng kể. Trong khi trung bình tăng 1 đơn vị chất béo trung tính làm cho CRP giảm -0,006 lần nhưng giá trị này không đáng kể. Điều này giải thích tại sao giá trị CRP_{48} > 150mg/dL thấp hơn ở nhóm VTC do tăng TG có TG tăng rất nặng.

Không có sự khác nhau về giá trị của hồng cầu, Hct, bạch cầu, tiểu cầu, APTT, natri, kali, BUN, creatinine, glucose và tỉ số N/L giữa 2 nhóm tăng TG rất nặng và tăng TG nặng với p > 0,05. Có thể là do ngưỡng tăng TG và cỡ mẫu trong nghiên cứu của chứng tôi không đủ để tìm thấy sự khác biệt.

Theo Jung Ah Kim [7], thời gian Prothrombin cao hơn ở nhóm TG ≥200 mg/dL khi so sánh với mức TG thấp hơn ngưỡng giá trị đó. Tăng Lipid máu có liên quan đến sự tăng hoạt động của hệ thống đông máu trong dân số bình thường vì vậy có thể giải thích cho kết quả đông máu ở BN tăng TG rất nặng so với nhóm tăng TG nặng. Trung bình Hb tại thời điểm nhập viện cao hơn một cách có ý nghĩa ở nhóm tăng TG rất nặng. Nó có thể bị ảnh hưởng bởi nồng độ TG tăng trong máu và tình trạng cô đặc máu trong bệnh cảnh của VTC.

Tăng TG máu là một yếu tố độc lập liên quan đến kết cục của BN VTC, đặc biệt là VTC do tăng TG khi so sánh với các nguyên nhân khác và từng mức tăng TG. Các nghiên cứu cho thấy VTC có mức TG tăng nặng và rất nặng có ảnh hưởng rõ rệt trên độ nặng của VTC, khả năng tái phát, biến chứng hoại tử tụy và các biến cố suy tạng nhiều hơn, tăng nguy cơ biến chứng tại chỗ, hội chứng đáp ứng viêm kéo dài hơn, tần suất tử vong và thời gian nằm viện dài hơn [6]. Trong nghiên cứu của Wan J, thời gian nằm viện, suy tạng, suy cơ quan dai dẳng, hoại tử tụy, nhập ICU và tỉ lệ tử vong tăng theo phân độ nặng của tăng TG (p<0,001). Theo He WH [6], biến cố suy cơ quan dai dẳng, suy tạng, hoại tử tụy ở nhóm VTC tăng TG cao hơn khi so với nhóm không tăng TG (p<0,05). Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy sự khác nhau về thời gian nằm viện, nhập ICU, suy cơ quan, suy tạng dai dẳng, hoại tử tụy, tỉ lệ tử vong và độ nặng của VTC giữa 2 nhóm tăng TG rất nặng và nặng (P>0,05). Có lẽ do ngưỡng tăng TG trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ để đánh giá được sự khác biệt về ảnh hưởng của TG trên kết cục của dân số nghiên cứu.

Trong tương lai, chúng ta cần có những nghiên cứu tiến cứu với cỡ mẫu lớn để thiết lập ngưỡng tăng TG thích hợp trong dân số VTC do tăng TG để có thể đánh giá xác đáng mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng và kết cục ở BN VTC do tăng TG. Từ đó góp phần trong việc theo dõi lâm sàng, điều trị và quản lý BN VTC do tăng TG. Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế: cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, thời gian lấy mẫu ngắn nên tần suất bệnh VTC do tăng TG có thể thấp hơn so với thực tế.

V. KẾT LUẬN

Ở BN VTC do tăng TG, nhóm tăng TG rất nặng có trung bình Hb, PT và creatinin cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê khi so sánh với nhóm tăng TG nặng. Trong phân tích đa biến, nhóm tăng TG rất nặng liên quan đến tiền căn loạn lipid máu và giá trị CRP giờ 48 (p<0,05). Trong tương lai, chúng ta cần nghiên cứu tiền cứu lớn hơn và ngưỡng giá trị tăng TG thích hợp để có thể đánh giá mối liên quan giữa phân độ tăng TG và kết cục của VTC do tăng TG ở BN VTC do tăng TG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thanh Liêm (2010),** Tương quan giữa tăng Triglyceride máu và độ nặng viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Ranson, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. **Võ Thị Lương Trân (2018),** "So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu với viêm tụy cấp do nguyên nhân khác", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 22 (2), pp. 328.
3. **Berglund L. et al (2012),** "Evaluation and treatmJHent of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline", J Clin Endocrinol Metab, 97 (9), pp. 2969-2989.
4. **Cameron J. L. et al (1973),** "Acute pancreatitis with hyperlipemia: the incidence of lipid abnormalities in acute pancreatitis", Ann Surg, 177 (4), pp. 483-489.
5. **Fortson M. R. et al (1995**), "Clinical assessment of hyperlipidemic pancreatitis", Am J Gastroenterol, 90 (12), pp. 2134-2139.
6. **He W. H. et al (2016),** "Comparison of severity and clinical outcomes between hypertriglyceridemic pancreatitis and acute pancreatitis due to other causes", Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 96 (32), pp. 2569-2572.
7. **Kim J. A. et al (2015),** "Influence of blood lipids on global coagulation test results", Annals of laboratory medicine, 35 (1), pp. 15-21.
8. **Samar F. (2014),** "Correlation of CRP, fasting serum triglycerides and obesity as cardiovascular risk factors", J Coll Physicians Surg Pak, 24 (5), pp. 308-313.
9. **Scherer J. et al. (2014),** "Issues in hypertriglyceridemic pancreatitis: an update", J Clin Gastroenterol, 48 (3), pp. 195-203.
10. **Seo D. et al (2017),** "Estrogen-induced acute pancreatitis: A case report and literature review", Obstetrics & gynecology science, 60 (5), pp. 485-489.

CONG VẸO CỘT SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở HỌC SINH TIỂU HỌC DÂN TỘC KHMER TẠI 2 TỈNH SÓC TRĂNG VÀ AN GIANG

Phạm Thanh Vũ[1], Nguyễn Thị Thùy Dương[2], Nguyễn Văn Tập[3], Lâm Minh Quang[4], Nguyễn Đức Huệ[5], Phan Thị Diện[6]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cong vẹo cột sống ở lứa tuổi học đường là vấn đề mang tính cấp thiết. Một số nghiên cứu trên thế giới, và Việt Nam cho thấy tỷ lệ mắc con vẹo cột sống ngày càng gia tăng, dẫn đến những mối lo về thể chất và tâm lý cho học sinh. Đây là mối quan tâm của không chỉ riêng các bậc phụ huynh mà còn là mối quan tâm lớn của hệ thống giáo dục, y tế. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 643 học sinh tại 2 trường tiểu học dân tộc Khmer, trường Tham Đôn 2 và B Núi Tô. Học sinh được khám sàng lọc cong vẹo cột sống sau khi phụ huynh chấp thuận cho học sinh tham gia nghiên cứu. trong khoảng thời gian tháng 18/02/2021 đến tháng 26/02/2021. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến cong vẹo cột sống ở học sinh tiểu học dân tộc Khmer 02 tỉnh Sóc Trăng Và An Giang. **Kết quả:** Tỷ lệ học sinh tiểu học dân tộc Khmer mắc cong vẹo cột sống là 21,15%. Trong đó, tỷ lệ học sinh mắc cong cột sống (gù hoặc ưỡn) là 2,95% và vẹo cột sống là 18,97%. Tìm thấy mối liên có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ mắc cong vẹo cột sống ở học sinh với giới tính và tình trạng dinh dưỡng (BMI) (p<0,05). **Kết luận:** Nghiên cứu cung cấp các số liệu về tỷ lệ học sinh mắc cong vẹo cột sống qua đó cho thấy tình trạng sức khỏe cột sống của học sinh nhằm giúp phụ huynh và giáo viên tiểu học cần thường xuyên quan tâm đến điều kiện sinh hoạt, học tập và chế độ dinh dưỡng hợp lý giúp cho sự phát triển của xương trong giai đoạn phát triển của học sinh tiểu học.

Từ khóa: cong vẹo cột sống, học sinh tiểu học dân tộc Khmer.

SUMMARY

SCOLIOSIS AND SOME RELATED FACTORS AMONG ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS OF KHMER ETHNIC IN AN GIANG AND SOC TRANG PROVINCE

Objectives: To estimate the prevalence of scoliosis and to identify some related factors to scoliosis among elementary school students of Khmer ethnic group in Soc Trang and An Giang province. **Results**: The study indicated that 16.13% of students had scoliosis; among those, the prevalence was 2.95% for spinal curvature (kyphosis or lordosis) and 18.97 scoliosis curve. Found a statistically significant association between the prevalence of scoliosis in schoolchildren and gender and nutritional status (BMI) (p<0.05). **Conclusion:** The study provides data on the percentage of students with scoliosis, thereby showing the status of students' spine health to help parents and primary school teachers need to regularly pay attention to living conditions, Learning and proper nutrition help the development of bones during the development period of primary school students.

[1]*Phân Viện khoa học an toàn vệ sinh lao đông và Bảo vệ môi trường miền Nam*
[2]*Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương*
[3]*Đại học Trà Vinh*
[4] *Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
[5]*Bệnh viện Răng – Hàm Mặt Trung ương – TP.HCM*
[6]*Viện Sốt Rét Ký sinh trùng - Côn trùng Tp. HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Vũ
Email: thanhvupham73@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.6.2022
Ngày phản biện khoa học: 29.7.2022
Ngày duyệt bài: 9.8.2022