

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERIDE, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

Lê Hải Song Hà^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, kết hợp tiền cứu trên 21 bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride; điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2021. Bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Atlanta (sửa đổi 2012) và điều trị theo phác đồ của Bệnh viện Quân y 105.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình $38,9 \pm 9,36$ tuổi, nam giới chiếm 85,71%. Tiền sử rối loạn lipid máu 23,8%; lạm dụng rượu 61,9%; mắc bệnh đái tháo đường 19%; tình trạng viêm tụy cấp mức độ nhẹ 76,19%; nồng độ triglyceride máu trung bình là $61,31 \pm 18,97$ mmol/L. Thời gian nằm viện trung bình 12 ± 4 ngày. Sau điều trị PEX, nồng độ triglyceride và cholesterol máu giảm lần lượt 76,5% và 59%; không có bệnh nhân tử vong.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, tăng triglyceride, PEX.

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics and treatment results of hypertriglyceridemia acute pancreatitis

Subjects and methods: Retrospective and prospective descriptive study on 21 patients with acute pancreatitis due to increased triglycerides; treated at the Emergency Department, Military Hospital 105, from August 2020 to August 2021. Patients with acute pancreatitis due to increased triglycerides were diagnosed according to the Atlanta criteria (revised 2012) and treated according to the protocol of Military Hospital 105.

Results: The average patient was 38.9 ± 9.36 years old, male accounted for 85.71%. History of lipid disorders 23.8%; alcohol abuse 61.9%; 19% have diabetes; mild acute pancreatitis 76.19%; The average blood triglyceride concentration was 61.31 ± 18.97 mmol/L. The average hospital stay is 12 ± 4 days. After PEX treatment, triglyceride and cholesterol levels decreased by 76.5% and 59%, respectively. No patient died.

Keywords: Acute pancreatitis, hypertriglyceridemia, PEX.

Chịu trách nhiệm nội dung: Lê Hải Song Hà, mobile: lehaisongha@gmail.com.

Ngày nhận bài: 05/7/2023; mời phản biện khoa học: 7/2023; chấp nhận đăng: 24/8/2023.

¹Bệnh viện Quân y 105

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng tổn thương tụy cấp tính, thường xảy ra đột ngột với những triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp, từ mức độ nhẹ (thể phù nề) tới mức độ nặng (thể hoại tử), có thể tiến triển gây biến chứng suy đa tạng, thậm chí tử vong nếu không được chẩn đoán kịp thời và điều trị đúng hướng.

Ở Hoa Kỳ, tỉ suất mắc VTC hằng năm khoảng 13-45/100.000 người, trong đó tỉ lệ nặng chiếm khoảng 10-20%. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy số người mắc VTC đang gia tăng trong

những năm gần đây. Nhờ sự phát triển của y học, các biện pháp điều trị VTC (điều trị hỗ trợ, điều trị nguyên nhân, điều trị hồi sức) ngày càng có nhiều tiến bộ.

Sau hai nguyên nhân hay gặp ở bệnh lí VTC (sỏi mật và rượu), tăng triglycerid (TG) là nguyên nhân phổ biến thứ ba gây VTC và có xu hướng gặp ngày càng nhiều, đặc biệt trên các đối tượng bệnh nhân (BN) nam giới, tuổi trung niên, có thói quen uống rượu. Trong điều trị VTC do tăng TG, thay huyết tương (Plasma exchange - PEX) đang được coi là phương pháp điều trị có hiệu quả. Tuy nhiên,

việc nghiên cứu về lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị VTC do tăng TG vẫn rất cần được quan tâm triển khai, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị BN VTC do tăng TG, tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

21 BN có chẩn đoán VTC do tăng TG, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2021.

- Tiêu chuẩn chọn BN: BN có chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi 2012 [8] và có chỉ số TG khi vào viện hoặc xét nghiệm lại sau ăn 12 giờ $\geq 11,3$ mmol/L.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN VTC không do nguyên nhân tăng TG; chỉ số TG khi vào viện và xét nghiệm lại sau ăn 12 giờ $< 11,3$ mmol/L; BN có bệnh án không đầy đủ thông tin; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi đời, giới tính, tiền sử và yếu tố nguy cơ bệnh lí VTC.

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: triệu chứng toàn thân và triệu chứng tiêu hóa; các chỉ tiêu xét nghiệm máu (amylase, TG, cholesterol), hình ảnh siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng; mức độ nặng VTC (đánh giá theo phân loại Atlanta, 2012).

+ Đặc điểm điều trị và kết quả: đặc điểm kĩ thuật PEX; biến đổi các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau điều trị; thời gian điều trị và tỉ lệ khỏi bệnh ra viện.

- Phương tiện nghiên cứu và căn cứ đánh giá:

+ Chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi 2012 (BN có 2 trong 3 tiêu chí: có cơn đau bụng điển hình; xét nghiệm amylase/lipase máu tăng cao ≥ 3 lần so với giá trị bình thường; cắt lớp vi tính hoặc siêu âm có hình ảnh VTC [8]).

+ Điều trị BN VTC bằng các liệu pháp truyền dịch, giảm đau, giảm tiết, nhịn ăn, kết hợp PEX (theo phác đồ của Bệnh viện Quân y 105).

+ Các xét nghiệm thực hiện tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Quân y 105. Chỉ tiêu TG máu định lượng

trước PEX (khi BN vào viện; sau khi BN ăn 12 giờ) và sau PEX; thực hiện trên máy AU 2700 Beckman Coulter (Hoa Kỳ).

+ Thực hiện quy trình thay huyết tương trên máy lọc máu Diapact (hãng B/Braun), máy Prisma (hãng Gambro). Đường vào: bằng ống thông hai nòng đặt ở tĩnh mạch lớn (theo phương pháp Seldinger). Thiết lập vòng tuần hoàn ngoài cơ thể theo các bước: chọn phương thức PEX, lắp màng lọc và dây dẫn; đuổi khí trong màng lọc và dây dẫn (bằng dung dịch natriclorua 0,9% pha heparin 5.000 UI/1.000 ml); kiểm tra toàn bộ hệ thống an toàn của vòng tuần hoàn ngoài cơ thể (các khóa, đầu tiếp nối của máy); nối đường máu ra với tuần hoàn ngoài cơ thể (mở bơm máu tốc độ 60-70 ml/phút, bơm liều đầu heparin 50 UI/kg rồi duy trì heparin 1.000 UI/giờ, khi máu đến 1/3 quả lọc thì ngừng bơm máu, nối tuần hoàn ngoài cơ thể với đường tĩnh mạch và tăng dần tốc độ máu đến 100 ml/ phút); đặt các thông số cho máy hoạt động (lưu lượng máu phụ thuộc huyết áp, liều heparin phụ thuộc phân nhóm nguy cơ chảy máu, lưu lượng huyết tương cần tách bỏ 20 ml/phút). Theo dõi lâm sàng, cận lâm sàng, phát hiện các bất thường để xử trí phù hợp.

- Xử lí số liệu: số liệu thu thập từ bệnh án nghiên cứu, xử lí theo phương pháp toán thống kê y học.

- Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện chấp thuận. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của BN

- Tuổi đời: BN phân bố từ 28-60 tuổi, trung bình $38,9 \pm 9,36$ tuổi.

Các BN đều trong độ tuổi lao động và tham gia nhiều hoạt động xã hội với thói quen uống nhiều rượu. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên (BN VTC trung bình $40,4 \pm 9,90$ tuổi [2]), nhưng cao hơn nghiên cứu của Trần Phương (BN VTC trung bình $31 \pm 4,5$ tuổi [5]) và thấp hơn nghiên cứu của Hà Mạnh Hùng (BN VTC trung bình $50,9 \pm 13,8$ tuổi [4]). Sự khác biệt về độ tuổi BN VTC của nghiên cứu này với các tác giả khác có thể do chúng tôi nghiên cứu trên BN VTC tăng TG (thường gặp ở đối tượng có thói quen uống nhiều rượu, ăn uống không điều độ) và Trần Phương nghiên cứu tập trung trên đối tượng phụ nữ có thai (tuổi còn trẻ [5]).

- Giới tính: trong 21 BN nghiên cứu, có 18 BN nam (85,7%) và 3 BN nữ (14,3%).

Tỉ lệ BN nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên (74,7% BN nam và 25,3% BN nữ [2]); Hà Mạnh Hùng (74,1% BN nam, 25,9% BN nữ [4]). Nguyên nhân có thể do đặc thù thói quen sinh hoạt (uống rượu) ở nam giới - đối tượng BN VTC do tăng TG mà chúng tôi nghiên cứu.

- Tiền sử và yếu tố nguy cơ VTC trên BN:

Bảng 1. Đặc điểm về tiền sử và yếu tố nguy cơ

Tiền sử và yếu tố nguy cơ	Số BN	Tỉ lệ %
Rối loạn chuyển hóa (tăng TG)	5	23,8
Đã mắc VTC do tăng TG	9	42,9
Đái tháo đường	4	19
Lạm dụng rượu	13	61,9

BN VTC do tăng TG có tiền sử lạm dụng rượu chiếm 61,9%. Mặc dù cơ chế chưa được giải thích rõ ràng, nhưng theo Lê Mạnh Cường, có thể tình trạng nhiễm độc cấp tính (rượu) làm tăng trương lực cơ Oddi [3]. Kết quả này tương tự với nghiên cứu Hà Mạnh Hùng (63% BN có tiền sử lạm dụng rượu) và Hoàng Đức Chuyên (65,3% BN có tiền sử lạm dụng rượu) [2], [4].

Số BN có tiền sử rối loạn chuyển hóa (tăng TG) không điều trị hoặc điều trị không đúng cách chiếm 23,8%; BN đái tháo đường chiếm 19% và BN có tiền sử VTC tăng TG 42,9%. Như vậy, số BN có tiền sử tăng TG trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên (25,3% BN có tiền sử tăng TG [2]).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng toàn thân (n = 21)

Toàn thân	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$
Thân nhiệt (°C)	36	39	37,00 ± 0,55
Mạch (lần/phút)	70	150	100 ± 23,94
HATT (mmHg)	80	190	124,76 ± 23,58
Nhịp thở (lần/phút)	18	30	20,95 ± 2,89
CVP (cmH ₂ O)	0	15	3,86 ± 2,90

Đa số BN không sốt hoặc sốt nhẹ, thân nhiệt trung bình 37,00 ± 0,55°C. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Phương (thân nhiệt BN trung bình 37,2 ± 0,49°C [5]). Có thể do BN của chúng tôi nhập viện sớm, mức độ nặng không nhiều.

BN trong nghiên cứu có huyết áp tâm thu (HATT) phân bố từ 80-190 mmHg, trung bình 124,76 ± 23,58 mmHg. Giảm huyết áp có thể do nhiều yếu tố phối hợp gây nên, nhưng trong VTC, giảm huyết áp

chủ yếu do mất dịch (tăng tính thấm thành mạch gây thoát dịch vào khoang thứ ba và cơ chế giải phóng các cytokines gây hội chứng tăng áp lực ổ bụng, tạo ra vòng xoắn bệnh lý của VTC) dẫn tới tình trạng sốc. Kết hợp tần số mạch trung bình 100 ± 23,94 lần/phút - dấu hiệu sớm biểu hiện tình trạng đau và mất nước trong VTC. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Phương (huyết áp tâm thu trung bình 124,76 ± 23,58 mmHg [5]). Sự mất dịch trên BN VTC trong nghiên cứu này càng thể hiện rõ với CVP trung bình là 3,86 ± 2,90 cmH₂O, thấp hơn nghiên cứu của Trần Phương (CVP 6,8 ± 3,40 cmH₂O [5]), có thể do tác giả này nghiên cứu VTC tăng TG trên BN có thai nên khối thai làm tăng áp lực ổ bụng, dẫn đến CVP cao hơn. Vì vậy, bù dịch sớm và đủ là rất quan trọng trong điều trị BN VTC tăng TG.

Nhịp thở trung bình của BN là 20,95 ± 2,89 lần/phút, tương tự nghiên cứu của Trần Phương (21,3 ± 2,88 lần/phút [5]). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1/21 BN (4,8%) có suy hô hấp nặng lúc vào khoa, phải can thiệp bằng thở máy xâm nhập và điều trị ổn định.

Bảng 3. Triệu chứng cơ quan tiêu hóa

Triệu chứng tiêu hóa	Số BN	Tỉ lệ %
Đau bụng thượng vị	21	100
Buồn nôn và nôn	19	90,5
Bụng chướng	20	95,2
Bí trung đại tiện	15	71,4
Điểm sườn lưng đau	7	33,3
Phản ứng thành bụng	6	28,6

Đa số các BN VTC tăng TG vào viện đều có các dấu hiệu đau bụng thượng vị (100%), buồn nôn và nôn (90,5%), bụng chướng (95,2%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên (đau bụng thượng vị, buồn nôn, bụng chướng lần lượt là 98,7%, 92 % và 100%) [2].

Triệu chứng bí trung đại tiện trong nghiên cứu có 15 BN chiếm 71,4%; thấp hơn kết quả của Hoàng Đức Chuyên (86,7% [2]), nhưng cao hơn Lê Mạnh Cường (20,5% [3]).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7 BN đau điểm sườn lưng (chiếm 33,3%), 6 BN có cảm ứng phúc mạc rõ (chiếm 28,6%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên (lần lượt là 69,3% và 61,3%) [2], có thể do tác giả nghiên cứu trên nhóm BN nặng hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Theo bảng 4, số BN có Amylase < 3 lần bình thường chiếm 71,4%; nồng độ TG trung bình là 61,31 ± 18,97 mmol/L, cholesterol trung bình là 22,82 ± 13,78 mmol/mL, số lượng bạch cầu trung bình là 15,76 ± 5,65 G/L, CRP trung bình là 113,36 ± 66,03 mg/L.

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm máu

Chỉ tiêu xét nghiệm		Kết quả
Amylase máu (U/L)	< 3 lần B. thường	15 BN (71,4%)
	≥ 3 lần B. thường	6 BN (28,6%)
Triglycerid (mmol/L)	Min-Max	29,31-105
	$\bar{X} \pm SD$	61,31 ± 18,97
Cholesterol (mmol/L)	Min-Max	8,30-74,0
	$\bar{X} \pm SD$	22,82 ± 13,78
Bạch cầu (G/L)	Min-Max	4,7-32,8
	$\bar{X} \pm SD$	15,76 ± 5,65
CRP (mg/L)	Min-Max	1,6-207
	$\bar{X} \pm SD$	113,36 ± 66,03

Amylase máu là xét nghiệm thường dùng nhất trong chẩn đoán VTC (khi nồng độ amylase máu tăng gấp 3 lần bình thường thì có giá trị chẩn đoán VTC). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tăng amylase máu trên 3 lần bình thường chỉ chiếm 28,6%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Suvat Vôngphachăn (93% [1]) do tác giả này nghiên cứu trên các BN VTC ngoại khoa. Kết quả amylase máu không tăng và nhỏ hơn 3 lần bình thường chiếm 71,4%, trong đó amylase không tăng chiếm 38%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên (48% [2]) và thấp hơn các nghiên cứu khác; có thể do nồng độ TG máu tăng cao làm cho amylase máu giảm giả tạo, khi pha loãng máu xét nghiệm có thể nồng độ amylase máu sẽ tăng cao.

Trong nghiên cứu, nồng độ TG phân bố từ 29,3-105 mmol/L, trung bình là 61,31 ± 18,97 mmol/L. Đi kèm tăng TG là lượng cholesterol trong máu cũng tăng cao (22,82 ± 13,78 mmol/L). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Gubensek (TG trung bình 58,9 ± 40,8 mmol/l, cholesterol trung bình 20,0 ± 7,6 mmol/l [9]), nhưng cao hơn của Hoàng Đức Chuyên (TG trung bình 19,88 ± 17,38 mmol/l, cholesterol trung bình 15,79 ± 6,945 mmol/l [2]).

Bạch cầu trung bình chung là 15,76 ± 5,65 G/L, có 15 BN tăng bạch cầu đến trên 10 G/L (71%), lượng bạch cầu cao nhất là 32,8 G/L và thấp nhất là 4,7 G/L ở BN nghiện rượu. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên (65,3% BN tăng bạch cầu [2]).

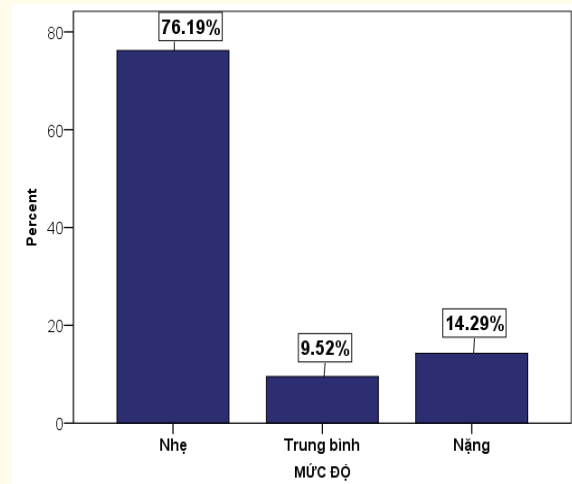
Xét nghiệm CRP trung bình chung trong nghiên cứu là 113,36 ± 66,03 mg/L. Trong đó, 18 BN có CRP > 10 mg/L (chiếm 85,7%). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Võ Thị Lương Trần (187,3 ± 46,5 mg/L [6]).

Bảng 5. Kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng	Số BN	Tỉ lệ %
Phân độ Balthazar	A	0
	B	6
	C	10
	D	4
	E	1

VTC tăng TG có tổn thương tụy trên cắt lớp vi tính (Balthazar B, C, D) là chủ yếu, chiếm 71,5%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên (84% [2]). Chúng tôi gặp phân độ Balthazar C nhiều nhất (chiếm 47,6%).

3.4. Mức độ nặng của VTC do tăng TG



Biểu đồ tỉ lệ mức độ nặng của VTC do tăng TG (đánh giá theo Atlanta 2012).

Hội nghị Atlanta 2012 đã sửa đổi, đưa ra thống nhất toàn cầu về chẩn đoán và phân loại VTC với 3 mức độ: nhẹ, trung bình, nặng. Theo phân loại này, mức độ VTC nhẹ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 76,2%, VTC trung bình có 2 BN (9,5%), VTC nặng có 3 BN (14,3%). So với nghiên cứu của Trần Phương (nhẹ 65,4%, trung bình 26,9%, nặng 7,7% [5]) và Huang (trung bình 60%, nặng 40% [10]), kết quả của chúng tôi thấp hơn, có thể do BN được nhập viện sớm hơn.

3.5. Đặc điểm điều trị và kết quả

Bảng 6. Thay đổi các triệu chứng sau PEX 3 ngày

Triệu chứng	Trước PEX	Sau PEX 3 ngày
Đau bụng thượng vị	100%	24%
Buồn nôn, nôn	90,5%	9,6%
Bí trung đại tiện	71,4%	24%
Bụng chướng	95,2%	19,2%

BN VTC được điều trị truyền dịch, giảm đau, giảm tiết, nhịn ăn, kết hợp PEX theo phác đồ của Bệnh viện. Điều trị giảm TG máu là sự khác biệt lớn nhất của VTC tăng TG so với các thể VTC khác. Có nhiều phương pháp hạ TG, trong đó kỹ thuật PEX cho tác dụng làm giảm nhanh chóng lượng mỡ máu và các triệu chứng lâm sàng. Chúng tôi thấy liệu pháp PEX trong điều trị VTC tăng TG làm giảm nhanh lượng lipid máu và làm giảm rõ rệt các triệu chứng lâm sàng bởi nó loại bỏ nguyên nhân cũng như yếu tố nguy cơ và lấy đi một lượng cytokines trong thời gian ngắn. Đa số các triệu chứng giảm sau PEX 3 ngày. Trong đó, triệu chứng đau bụng thượng vị, buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện, giảm nhiều khiến BN dễ chịu và có thể cho BN ăn qua đường tiêu hóa.

Bảng 7. Thay đổi TG, cholesterol trước - sau PEX

Chỉ tiêu	Trước PEX	Sau PEX	Giảm	p
TG	61,31 ± 18,97	14,45 ± 6,68	76,5%	0,001
Cholesterol	22,82 ± 13,78	9,83 ± 4,49	59%	0,001

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian được PEX sau khi vào viện là $5,76 \pm 3,61$ giờ; thời gian PEX là $1,92 \pm 0,39$ giờ; tỉ lệ BN thực hiện PEX 1 lần là 91,3%; trong đó biến chứng tắc quả 26,1%, dị ứng 4,3%, thời gian nằm viện trung bình 12 ± 4 ngày. Không có BN tử vong.

Kết quả cho thấy nồng độ TG và cholesterol giảm rất nhanh sau lần PEX đầu tiên. TG trung bình trước PEX là $61,31 \pm 18,97$ mmol/L, sau PEX là $14,45 \pm 6,68$ mmol/L; tương ứng với mức độ giảm 76,5%. Nồng độ cholesterol trung bình trước PEX là $22,82 \pm 13,78$ mmol/L, sau PEX là $9,83 \pm 4,49$ mmol/L; tương ứng với mức độ giảm 59%. Sự thay đổi TG, cholesterol máu trước và sau PEX khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Cá biệt, 2 BN sau PEX lần 1 thấy TG có giảm so với trước PEX, nhưng còn ở mức cao $> 11,3$ mmol/l, đi kèm triệu chứng lâm sàng còn đau bụng, bụng chướng. Cả 2 BN tiếp tục được PEX lần 2; sau đó, TG máu giảm rõ rệt, triệu chứng lâm sàng cải thiện, hết đau bụng, ăn được. Tỉ lệ giảm TG và cholesterol trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Gubensek (là 82% và 71% [9]), nhưng cao hơn Hoàng Đức Chuyên (68% và 57% [2]).

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 21 BN VTC do tăng triglyceride, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2021, kết quả:

- BN trung bình $38,9 \pm 9,36$ tuổi, nam giới chiếm 85,71%. Tiền sử rối loạn lipid máu 23,8%; lạm dụng rượu 61,9%; mắc bệnh đái tháo đường 19%; tình trạng VTC mức độ nhẹ 76,19%; nồng độ TG máu trung bình là $61,31 \pm 18,97$ mmol/L.

- BN nằm viện trung bình 12 ± 4 ngày; sau điều trị PEX, nồng độ TG và cholesterol giảm lần lượt 76,5% và 59%; không có BN tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Suvat Vông Pha Chăn (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị phẫu thuật VTC ở người có sỏi đường mật*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Hoàng Đức Chuyên (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị VTC tăng TG*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Lê Mạnh Cường (2004), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị can thiệp VTC do sỏi - giun, tại Bệnh viện Việt Đức*, Luận văn thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Hà Mạnh Hùng (2010), *Đánh giá hiệu quả của lọc máu liên tục trong điều trị VTC nặng*, Luận văn thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Phương (2017), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị VTC do tăng TG ở phụ nữ có thai*, Luận văn thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Võ Thị Lương Trần, Võ Tất Thắng, Vũ Thị Mai (2018), "So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của VTC tăng TG máu với VTC do các nguyên nhân khác", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 22, tr. 328-335.
7. Đỗ Đức Vân (2002), "Triệu chứng học các bệnh của tụy", *Triệu chứng học Ngoại khoa*, tr. 265-391.
8. Banks P.A, Bollen T.L, Dervenis C et al. (2013), "Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus", *Gut*, 62(1), 102-111.
9. Gubensek J, Buturovic-Ponikvar J, Marn-Pernat A, et al. (2009), "Treatment of hyperlipidemic acute pancreatitis with plasma exchange: a single-center experience", *Ther Apher Dial*, 13(4): 314-317.
10. Huang C, Liu J, Lu Y, et al. (2016), "Clinical features and treatment of hyper-triglyceridemia - induced acute pancreatitis during pregnancy: A retrospective study", *J Clin Apheresis*, 31(6), 571-578. □