

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^{1,3}, Lê Thị Vân Anh³,
Nguyễn Văn Hoàng^{2,3}, Nguyễn Thị Việt Hà¹

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

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Phân hiệu Đại Học Y Hà Nội tại Thanh Hóa

³Bệnh 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 ± 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.¹ 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–

13,3/100.000 trẻ/năm, chiếm 50–65% bệnh lý tụy.¹ Nguyên nhân viêm tụy cấp ở trẻ em khá đa dạng, phần lớn là viêm tụy cấp thể phù nề, tiến triển lành tính, nhưng có thể biểu hiện cấp tính với tình trạng hoại tử tụy và các biến chứng nặng đe dọa tính mạng.² Biểu hiện lâm sàng của viêm tụy cấp ở trẻ em thường không điển hình, gây khó khăn trong chẩn đoán và phân loại mức độ bệnh. Các thang điểm tiên lượng của người lớn như: Ranson, Glasgow và Glasgow cải tiến, APACHE II không áp dụng được cho trẻ em vì có yếu tố tuổi. Thang điểm DeBanto cho phép đánh giá mức độ viêm tụy cấp ở trẻ em nhưng vẫn còn tồn tại một số hạn chế nhất định khi so sánh với các thang điểm trên.² Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về viêm tụy cấp ở trẻ em, tuy nhiên phần lớn các nghiên cứu tập trung tại các cơ sở y tế lớn tại Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh.^{3,4} Các nghiên cứu về viêm tụy cấp ở trẻ em tại các bệnh viện tuyến tỉnh nơi còn hạn chế về kinh nghiệm lâm sàng và các phương tiện xét nghiệm chưa nghèo nàn. Bệnh viện Nhi Thanh Hóa là cơ sở chuyên khoa Nhi tuyến tỉnh, trong những năm gần đây tiếp nhận ngày càng nhiều trường hợp viêm tụy cấp nhập viện điều trị. Các xét nghiệm chẩn đoán tại bệnh viện tương đối đầy đủ, nhưng kinh nghiệm chẩn đoán, theo dõi diễn biến bệnh và quản lý bệnh nhân viêm tụy cấp còn hạn chế. Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em được thực hiện tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Để nâng cao chất lượng chẩn đoán bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em, việc tập hợp các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng một cách hệ thống, phát hiện các dấu hiệu quan trọng giúp tiên lượng sớm và nhanh diễn biến của bệnh nhằm hạn chế các diễn biến nặng và biến chứng là rất cần thiết. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 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.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Tiêu Hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ 01/01/2023 đến 31/07/2025 với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau đây:

Tiêu chuẩn chọn: Bệnh nhân từ 1 tuổi đến 16 tuổi được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn của Atlanta 2012.⁵ Trẻ được làm xét nghiệm enzyme tụy tại thời điểm mới nhập viện để xác định chẩn đoán. Bệnh nhân và người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị viêm tụy cấp xảy ra trên nền viêm tụy mạn tính, viêm tụy tái

diễn hoặc viêm tụy cấp đến viện sau 7 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh. Chọn mẫu thuận tiện, 51 trẻ thỏa mãn các tiêu chuẩn được tuyển chọn trong thời gian nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được ghi nhận tại thời điểm nhập viện.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng thông qua đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý cho phép tiến hành nghiên cứu của Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu được phân tích trên 51 trường hợp viêm tụy cấp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 01/01/2023 đến tháng 31/07/2025.

Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ bị viêm tụy cấp trong nghiên cứu

Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu		n	%
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
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 $7,7 \pm 3,9$ tuổi (1,5-15,5 tuổi) với 45,1% gặp ở trẻ < 6 tuổi. Tỷ lệ trẻ trai/gái mắc viêm tụy cấp là 1,3/1. 31,5% trường hợp xác định được căn nguyên trong đó viêm tụy cấp do bệnh lý đường mật và gen gặp với tỷ lệ lần lượt là 9,8% và 5,9%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng bệnh viêm tụy cấp

Triệu chứng	Chung		Thể nhẹ		Thể nặng		p
	n	%	n	%	n	%	
Mức độ nặng của	51	100	38	74,5	13	25,5	

bệnh							
Đau bụng	50	98	37	97,4	13	100	>0,05
Buồn nôn và nôn	34	66,7	27	71,1	7	53,8	>0,05
Đại tiện phân lỏng	8	15,7	5	13,2	3	23,1	>0,05
Bụng chướng hơi	19	37,3	15	39,5	4	30,8	>0,05
Phản ứng thành bụng	3	5,9	2	5,3	1	7,7	>0,05
Sốt	12	23,5	5	13,2	7	53,8	0,003

Nhận xét: Đau bụng, buồn nôn và nôn là hai triệu chứng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 98% và 66,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các triệu chứng tiêu hóa: đau bụng, buồn nôn và nôn, đại tiện phân lỏng, bụng chướng hơi, phản ứng thành bụng giữa viêm tụy cấp thể nhẹ và thể nặng, $p > 0,05$. 23,5% trẻ có sốt trong đó tỷ lệ trẻ có sốt ở nhóm viêm tụy cấp nặng cao hơn nhóm nhẹ, $p < 0,005$.

Bảng 3. Sự thay đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa ở trẻ viêm tụy cấp

Sự biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa	n/N	%
Bạch cầu > 10 G/l	34/51	66,7
Bạch cầu đa nhân trung tính > 7 G/l	29/51	56,9
Hct < 37%	21/51	41,2
Lipase > 246 U/l	33/43	76,7
Amylase > 660 U/l	27/51	52,9
CRP > 6,00 mg/dl	21/51	41,2
Ca toàn phần < 2,2 mmol/l	1/51	2,0

Nhận xét: Tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính với tỷ lệ lần lượt là 66,7% và 56,9%. 41,2 % có tăng CRP. 76,7% có nồng độ lipase máu tăng gấp 3 lần bình thường. Nồng độ amylase máu trung bình tại thời điểm nhập viện là $775,5 \pm 587,5$ U/L. Tỷ lệ hạ calci máu rất thấp chỉ 2%.

Bảng 4. Hình ảnh tổn thương tụy trên siêu âm và CT ổ bụng

Hình ảnh tổn thương tụy	Siêu âm ổ bụng (n=51)		CT ổ bụng (n=28)	
	N	%	N	%
Tụy tăng kích thước	16	31,3	20	71,4
Nhu mô biến đổi	14	27,4	18	64,3
Ong tụy giãn	5	9,8	5	17,6
Dịch quanh tụy	8	15,6	15	53,6
Dịch ổ bụng	9	17,6	9	32,1

Nhận xét: Tất cả 51 bệnh nhân được siêu âm tụy ghi nhận thấy 62,7% bệnh nhân có hình ảnh bất thường như tăng kích thước tuyến tụy, biến đổi nhu mô và hiện diện dịch ổ bụng trên siêu âm. 28 bệnh nhân có kết quả siêu âm bình thường hoặc bất thường được chỉ định chụp CT bụng ghi nhận thấy 82,1% trẻ có bất thường trên CT ổ bụng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 51 bệnh nhi viêm tụy cấp được chẩn đoán và điều trị tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa trong thời gian từ tháng 01/01/2023 đến tháng 31/07/2025.

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhi viêm tụy cấp là $7,7 \pm 3,9$ tuổi. Lứa tuổi mắc viêm tụy cấp ở trẻ em khá dao động trong các nghiên cứu. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai tại bệnh viện Nhi Trung Ương $6,2 \pm 3,3$ tuổi.³ Nghiên cứu của Lautz nhận thấy tuổi trung bình mắc bệnh là $10,94 \pm 4,88$.² Tỷ lệ trẻ trai mắc viêm tụy cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trẻ gái (1,3/1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như ghi nhận một số tác giả trên thế giới.⁶ Tuy nhiên nghiên cứu trong nước lại ghi nhận thấy tỷ lệ trẻ gái nhiều hơn trẻ trai.³

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên là đau bụng đến khi đến viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,9 \pm 0,96$ ngày và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa viêm tụy cấp thể nhẹ và thể nặng với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khác so với nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai ($3,0 \pm 1,8$ ngày),³ thời gian đến viện ngắn hơn ở thể nặng so với thể nhẹ và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho tới khi đến viện trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với Chu Thị Phương Mai có thể do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai là các bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, đã qua thời gian điều trị tại các tuyến y tế cơ sở trước khi đến với bệnh viện Nhi Trung ương.

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy 31,5% trường hợp viêm tụy xác định được căn nguyên. Tỷ lệ trẻ viêm tụy cấp không xác định được căn nguyên trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao và tương tự như các ghi nhận trên thế giới, với tỷ lệ viêm tụy cấp không rõ nguyên nhân dao động từ 30 đến 70%. Nghiên cứu của Lautz và cộng sự ghi nhận tỷ lệ viêm tụy cấp vô căn là 31,3%.² Tại Ấn Độ, viêm tụy cấp vô căn cũng được ghi nhận là nguyên nhân phổ biến nhất, với tỷ lệ dao động rộng từ 21% đến 82% tùy từng nghiên cứu.⁷ Điều này có thể do khó khăn trong chẩn đoán khi bệnh viện Nhi Thanh Hóa còn chưa có các xét nghiệm chuyên sâu về di truyền, chuyển hóa hay hình ảnh học nâng cao. Khi tìm hiểu về các căn nguyên có thể gặp gây ra tình trạng viêm tụy cấp ở nhóm bệnh nhân xác định được nguyên nhân trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy bệnh lý đường mật chiếm tỷ lệ cao nhất (9,8%), chủ yếu là u nang ống mật chủ. Một số nguyên nhân khác gồm bất thường

tụy bẩm sinh (3,9%), di truyền (5,9%), rối loạn chuyển hóa acid béo (3,9%), nhiễm giun (3,9%), chấn thương và thuốc (mỗi nguyên nhân 2%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Chu Thị Phương Mai.³ Đáng chú ý, nhiễm giun vẫn là yếu tố liên quan tại địa phương, trong khi ở nhiều quốc gia phát triển hầu như không gặp. Tại Việt Nam, nhiễm giun vẫn được xem là một trong những nguyên nhân gây viêm tụy cấp ở trẻ em.³ Các nghiên cứu tại Hoa Kỳ và Châu Âu cho thấy nguyên nhân thường gặp nhất là do bệnh lý đường mật hoặc do thuốc còn ký sinh trùng hầu như không được đề cập.^{1,6} Kết quả này cho thấy sự khác biệt về dịch tễ học giữa các vùng, gợi ý rằng yếu tố địa lý, điều kiện vệ sinh có thể ảnh hưởng đến nguyên nhân viêm tụy cấp ở trẻ em.

Kết quả từ bảng 2 cho thấy, đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất chiếm 98%, tiếp theo là triệu chứng buồn nôn và nôn 66,7%, các triệu chứng khác như tiêu chảy, chướng bụng và phản ứng thành bụng ít gặp hơn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các biểu hiện này giữa hai nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ và nặng, $p > 0,05$, Kết quả này tương tự nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai ghi nhận đau bụng, buồn nôn và nôn lần lượt là 100%, 81%, 79%.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ có sốt gặp nhiều hơn ở nhóm thể nặng so với thể nhẹ và triệu chứng sốt xuất hiện khá sớm (53,8% so với 13,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai.³ Kết quả này gợi ý rằng sốt xuất hiện sớm trong giai đoạn ban đầu có thể là biểu hiện của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống xảy ra sớm. Đây là một dấu hiệu lâm sàng quan trọng gợi ý cho các bác sĩ đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em.

Kết quả từ bảng 3.3 cho thấy, nồng độ amylase và lipase huyết thanh tăng cao trên 3 lần ở phần lớn bệnh nhân viêm tụy cấp. Amylase tăng ở 52,9% trường hợp với nồng độ trung bình là $775,5 \pm 587,5$ U/L, trong khi lipase tăng ở 76,7% trường hợp với trung vị là 843,18 U/L (IQR: 256,6 -2236). Điều này cho thấy xét nghiệm lipase có độ nhạy cao hơn amylase trong chẩn đoán viêm tụy cấp ở trẻ em, kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều nghiên cứu trước đây ở trên thế giới và trong nước.^{3,8} Một nghiên cứu khác tại Jordan cho thấy lipase có độ nhạy là 98%, cao hơn đáng kể so với amylase (67%).⁸ CRP tăng cao trong máu là chỉ số dự báo mức độ nặng của bệnh chính vì vậy CRP được xem là một chỉ số viêm giúp tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, tăng CRP gặp ở 41,2% bệnh nhi. Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai, nồng độ CRP có giá trị tiên lượng tương đối tốt mức độ nặng của VTC, điểm ngưỡng giữa thể nặng và thể nhẹ là 18,95 mg/dL (độ nhạy là 57,1%, độ đặc hiệu là 85,4%).³

Chẩn đoán hình ảnh là một phương pháp có giá trị trong chẩn đoán mức độ tổn thương và căn nguyên của viêm tụy cấp. Kết quả từ bảng 3.4 cho thấy siêu âm phát hiện viêm tụy cấp ở 62,7% trường hợp, trong khi CT ổ bụng đạt 82,1%. Điều này tương đồng với các công bố trong nước và quốc tế. Trong nghiên cứu của Orkin và cộng sự, siêu âm chỉ có độ nhạy 52%, nhưng CT hoặc MRI ổ bụng có độ nhạy lên tới 78%.⁹ Mặc dù CT có độ nhạy cao hơn so với siêu âm trong chẩn đoán viêm tụy cấp, đặc biệt ở những trường hợp khó hoặc nghi ngờ biến chứng, siêu âm vẫn là phương tiện đầu tay do an toàn, sẵn có và không xâm lấn. Các hình ảnh, tăng kích thước tuyến tụy, biến đổi nhu mô và hiện diện dịch ổ bụng là các đặc điểm hình ảnh phổ biến nhất, hay gặp nhất trong siêu âm và CT ổ bụng khi quan sát tuyến tụy. CT ổ bụng xác định các tổn thương tụy ở bệnh nhi VTC với hình ảnh tăng kích thước tụy chiếm 71,4%, nhu mô tụy biến đổi 64,3%, ống tụy giãn 17,6%, dịch quanh tụy 53,6% và dịch ổ bụng 28,6%. Tỷ lệ phát hiện tổn thương trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác có thể do kinh nghiệm siêu âm của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh còn hạn chế trong khi siêu âm tụy cho trẻ em khá khó khăn do trẻ thiếu hợp tác, bụng chướng hoặc chỉ định xét nghiệm ở giai đoạn sớm.¹ Tỷ lệ trẻ có hình ảnh ống tụy giãn là 17,6% thấp hơn so với nghiên cứu của Morinville (46%).¹ 32,1% có dịch ổ bụng, tương tự nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai.³

V. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp ở trẻ em thường có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, gây khó khăn trong chẩn đoán và xác định nguyên nhân. Các triệu chứng phổ biến gồm đau bụng, buồn nôn và nôn. Xét nghiệm men tụy, các chỉ số viêm và chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm và CT, có vai trò quan trọng trong phát hiện sớm và hỗ trợ chẩn đoán. Việc kết hợp lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em.

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
- 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
 - 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.
 - Trần Thị Thanh Tâm, Tăng Lê Châu Ngọc (2007),** Đặc điểm viêm tụy cấp ở trẻ em ở bệnh viện Nhi Đồng 1 và bệnh viện Nhi Đồng 2, *Y học TP. Hồ Chí Minh,* 11 (1),143-147.
 - 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
 - Sánchez-Ramírez CA, Larrosa-Haro A, Flores-Martínez S, et al.** Acute and recurrent pancreatitis in children: etiological factors. *Acta Paediatr.* 2007;96(4): 534-537. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00225.x
 - Kumar S, Bhattacharya P, Gagan D.** Review of acute pancreatitis in children in India. *J Family Med Prim Care.* 2024;13(1):24-27. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_938_23
 - Al Droubi B, Altamimi E.** Acute Pancreatitis in Jordanian Children: A Single Center Experience. *Front Pediatr.* 2022;10:908472. doi:10.3389/fped.2022.908472
 - Orkin SH, Trout AT, Fei L, et al.** Sensitivity of Biochemical and Imaging Findings for the Diagnosis of Acute Pancreatitis in Children. *J. Pediatr.* 2019;213:143. doi:10.1016/j.jpeds.2019. 06.028

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP TÍNH DO TẮC MẠCH NHỎ TRONG 4,5 GIỜ ĐẦU BẰNG ALTEPLASE TÍNH MẠCH LIỀU 0,9MG/KG

Nguyễn Minh Lực¹, Nguyễn Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp và nhận xét các biến chứng trong điều trị đột quy thiếu máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ trong 4,5 giờ đầu bằng alteplase tính mạch liều 0,9 mg/kg. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Người bệnh được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ dựa vào bằng chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh học sọ não, được sử dụng thuốc rtPA liều 0,9 mg/kg trong 4,5 giờ sau khởi phát đột quy, tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc-Bệnh viện Hữu Nghị. **Kết quả:** Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi dùng thuốc tiêu sợi huyết là 40,64 phút. Điểm NIHSS trung bình giảm từ 9,92 xuống 5,11 sau 24 giờ dùng thuốc, 47% bệnh nhân có điểm NIHSS cải thiện giảm trên 4 điểm sau 24 giờ. Đánh giá kết cục lâm sàng theo thang điểm mRS, tỷ lệ bệnh nhân có kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-1) là 52%; tỷ lệ tử vong là 2,6% không liên quan đến sử dụng rtPA. Đánh giá biến chứng liên quan đến điều trị, có 2 trường hợp xuất huyết nội sọ tương đương 5,3%, 1 trường hợp tử vong sau đột quy thiếu máu não cấp tính ngày thứ 40, không ghi nhận trường hợp có phù mạch và phản ứng phản vệ với thuốc rtPA. **Kết luận:** Điều trị đột quy thiếu máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ trong 4,5 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch liều 0,9 mg/kg cho thấy đạt hiệu quả cao và an toàn.

Từ khóa: đột quy thiếu máu não cấp tính, tắc mạch nhỏ, alteplase tính mạch, 4,5 giờ.

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Lực

Email: dr.nguyenminhluc@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE ISCHEMIC STROKE CAUSED BY SMALL ARTERY OCCLUSION WITHIN THE TIME OF 4.5 HOURS USING INTRAVENOUS ALTEPLASE AT A DOSE OF 0.9 MG/KG

Objective: To evaluate the outcomes and complications of intravenous alteplase at a dose of 0.9 mg/kg in the treatment of acute ischemic stroke due to small vessel occlusion within 4.5 hours of onset. **Subjects and Methods:** This was a retrospective descriptive study. Patients diagnosed with acute ischemic stroke due to small vessel occlusion, based on clinical findings and brain imaging, received intravenous rtPA at 0.9 mg/kg within 4.5 hours of symptom onset at the Department of Intensive Care and Poison Control, Friendship Hospital. **Results:** The mean door-to-needle time was 40.64 minutes. The mean NIHSS score decreased from 9.92 at baseline to 5.11 after 24 hours. Forty-seven percent of patients achieved an improvement of more than 4 points on the NIHSS within 24 hours. Good functional outcomes (mRS 0–1) were observed in 52% of patients. The overall mortality rate was 2.6%, with no deaths attributed to rtPA administration. Treatment-related complications included two cases of intracranial hemorrhage (5.3%) and one death on day 40 after acute ischemic stroke. No cases of angioedema or anaphylactic reactions to rtPA were reported. **Conclusion:** Intravenous alteplase at a standard dose of 0.9 mg/kg administered within 4.5 hours of onset demonstrated favorable efficacy and safety in the treatment of acute ischemic stroke due to small vessel occlusion. **Keywords:** acute ischemic stroke; intravenous alteplase; thrombolysis; small vessel occlusion; 4.5-hour window.