

NGUYÊN NHÂN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Hoàng Thúy Nga^{1,✉}, Doãn Trung San¹, Trần Ngọc Ánh^{1,2}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Với mục tiêu xác định nguyên nhân và các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 214 bệnh nhân VTC điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023. Rượu, triglycerid và sỏi mật là những nguyên nhân thường gặp nhất của viêm tụy cấp, chiếm 78% trong nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân viêm tụy cấp không có ý nghĩa trong việc định hướng nguy cơ viêm tụy cấp diễn biến nặng. Tần số mạch ≥ 110 lần/phút (AUROC = 0,76; $p = 0,002$; Se 67%; Sp 84%), Pro-calcitonin huyết thanh $\geq 13,15$ ng/dl (AUROC = 0,85; $p = 0,045$; Se 67%; Sp 96%) có giá trị trong dự đoán tình trạng viêm tụy cấp nặng khi nhập viện. Nhiệt độ và chỉ số CRPhs không có ý nghĩa trong dự đoán tình trạng viêm tụy cấp nặng khi nhập viện.

Từ khóa: Nguyên nhân viêm tụy cấp, tiên lượng viêm tụy cấp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tình trạng cấp cứu nội khoa thường gặp ở các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Mặc dù phần lớn viêm tụy cấp ở thể vừa và nhẹ, bệnh cũng có thể diễn biến phức tạp, đặc biệt viêm tụy cấp nặng chiếm khoảng 20% với tỉ lệ tử vong trong số này khoảng 30 - 40%.¹ Nhiều hệ thống tính điểm được xây dựng và nghiên cứu nhằm mục đích tiên lượng những bệnh nhân có nguy cơ diễn biến nặng khi đánh giá ban đầu, từ đó có định hướng can thiệp và điều trị. Việc áp dụng các hệ thống tính điểm trong thực hành lâm sàng còn nhiều khó khăn do thang điểm có nhiều chỉ số và một số thang điểm cần thời gian 48 tiếng để hoàn thiện chẩn đoán. Bên cạnh đó, để ngăn ngừa viêm tụy cấp tái phát hoặc xác định phương hướng điều trị, việc xác định nguyên nhân viêm tụy cấp là điều rất cần thiết vì cơ chế bệnh sinh khác nhau. Nghiên cứu này góp phần nhằm xác định

sự khác biệt về mặt lâm sàng theo nguyên nhân và một số yếu tố tiên lượng nhanh ở bệnh nhân viêm tụy cấp, với hy vọng góp phần đưa ra biện pháp tiếp tục giúp làm giảm tỷ lệ tử vong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Trong thời gian từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023 chúng tôi thu nhận được 214 bệnh nhân chẩn đoán viêm tụy cấp theo Atlanta 2012 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.²

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đủ các thông tin nghiên cứu.

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các biến số nghiên cứu:

- Tuổi, giới, biểu hiện lâm sàng (mạch, nhiệt độ).

- Chẩn đoán nguyên nhân viêm tụy cấp:

+ Viêm tụy cấp do rượu: bệnh nhân được chẩn đoán nghiện rượu theo tiêu chuẩn AUDIT C.³

Tác giả liên hệ: Hoàng Thúy Nga

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: Nga92.hmu@gmail.com

Ngày nhận: 10/07/2023

Ngày được chấp nhận: 30/07/2023

+ Viêm tụy cấp do sỏi mật: xác định bằng siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ ổ bụng có hình ảnh sỏi trong đường mật (túi mật, ống mật chủ).

+ Do tăng Triglycerid máu: nồng độ Triglycerid > 1000 mg/dl (> 11,3 mmol/l) tại thời điểm nhập viện và sau nhập viện 48 giờ hoặc sau khi ăn trở lại (đối với bệnh nhân không PEX hoặc truyền insulin) và không tìm thấy nguyên nhân khác. Mẫu huyết thanh thường lấy vào buổi sáng lúc đói sau khi nhập viện.

+ Do chấn thương: có tiền sử chấn thương ổ bụng trước đó và không tìm thấy nguyên nhân gì khác.

+ Do bất thường cấu trúc: được xác định các bất thường cấu trúc (tụy phân đôi, bất thường kênh chung mật tụy, tụy hình vòng, u nang tụy...) trên phim cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ.

+ Do u tụy: có hình ảnh u tụy trên phim cắt lớp vi tính (khối giảm đậm độ, không rõ bờ ở thì động mạch, dừng đột ngột ống tụy, giãn ống tụy) hoặc cộng hưởng từ (u giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên T2W, tăng sớm tín hiệu trên DWI).

+ Do thuốc: viêm tụy cấp xảy ra trong thời gian dùng thuốc, loại trừ các nguyên nhân khác và có bằng chứng về viêm tụy cấp do thuốc đã được công bố.⁴

+ Do tăng canxi máu: tăng canxi máu toàn phần huyết thanh lúc vào viện và không tìm thấy nguyên nhân khác.

+ Do giun chui ống mật: xác định bằng siêu âm (hình ảnh đường ray), cắt lớp vi tính ổ bụng hoặc siêu âm nội soi có hình ảnh giun trong đường mật hoặc trong ống wirsung.

+ Do nguyên nhân khác: khi nguyên nhân

không rõ ràng qua khai thác tiền sử, bệnh sử (rượu, gia đình), xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm ổ bụng, cắt lớp vi tính ổ bụng, siêu âm nội soi, cộng hưởng từ mật tụy, nội soi mật tụy ngược dòng).

- Chẩn đoán mức độ nặng theo Atlanta 2012²:

+ Nhẹ: Không suy tạng và không có biến chứng toàn thân hoặc biến chứng tại chỗ. (Suy tạng đánh giá theo thang điểm Marshall.).

+ Trung bình: Suy tạng thoáng qua < 48 giờ và/hoặc có biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân.

+ Nặng: Suy tạng kéo dài > 48 giờ.

- Đánh giá chỉ số viêm:

+ CRPhs đo lường bằng phương pháp quang phổ tự động.

+ Pro-calcitonin đo lường bằng phương pháp điện hóa phát quang miễn dịch tự động.

Xử lý số liệu

Thuật toán thông kê y học theo phần mềm SPSS 22.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các xét nghiệm trong nghiên cứu là cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân. Nghiên cứu thông qua Hội đồng đề cương cho học viên chuyên khoa II và hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp cơ sở, Trường Đại học Y Hà Nội ngày 28 tháng 7 năm 2022.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 4/2022 đến tháng 3/2023 có tổng số 214 bệnh nhân đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu: Tuổi trung bình người bệnh trong nghiên cứu là 48 ± 14 , 50% người bệnh trong khoảng độ tuổi từ 38 - 57. Nam chiếm tỷ lệ 74%, nữ chiếm tỷ lệ 26%, tỷ lệ nam/nữ ~ 3/1 ($p < 0,01$).

Bảng 1. Nguyên nhân gây viêm tụy cấp ở nhóm nghiên cứu

Nguyên nhân viêm tụy cấp	Giới tính		Tuổi trung bình	Tỷ lệ %
	Nam	Nữ		
Rượu	78 (48,8%)	1 (1,9%)	46 ± 10	36,9
Tăng triglycerid	38 (23,8%)	17 (31,5%)	44 ± 10	25,7
Sỏi mật	16 (10%)	16 (29,5%)	56 ± 16	15,0
Bất thường cấu trúc tụy	4 (2,5%)	1 (1,9%)	63 ± 16	2,3
Can thiệp thủ thuật	1 (0,6%)	1 (1,9%)	54 ± 10	0,9
U tụy	3 (1,9%)	0 (0%)	78 ± 18	1,4
Thuốc	1 (0,6%)	0 (0%)	31	0,5
Chưa rõ nguyên nhân	19 (11,8%)	18 (33,3%)	46 ± 19	17,3
Tổng	160 (100%)	54 (100%)	48 ± 14	100

Ba nguyên nhân hàng đầu gây viêm tụy cấp ở giới nam là rượu (48,8%), tăng Triglycerid (23,8%), sỏi mật (10%); Trong nhóm giới nữ, nguyên nhân hay gặp viêm tụy cấp nhất là tăng Triglycerid (31,5%) và sỏi mật (29,6%), chỉ có 1 phụ nữ viêm tụy cấp do rượu. Có sự khác biệt về nguyên nhân gây viêm tụy cấp của giới nam

và nữ với mức ý nghĩa thống kê 99% (Kiểm định Fisher's Exact test).

Tuổi trung bình của nhóm viêm tụy cấp do u tụy là cao nhất, sau đó tới các nguyên nhân khác như bất thường cấu trúc, sỏi mật, can thiệp thủ thuật, rượu, tăng triglycerid ($p < 0,01$).

Bảng 2. Thời gian nằm viện theo các nhóm nguyên nhân viêm tụy cấp

Nguyên nhân	Ngày nằm viện			
	Trung bình	n	Min	Max
Rượu	8 ± 4	79	3	20
Tăng triglycerid	8 ± 4	55	3	27
Sỏi mật	12 ± 9	32	3	51

Ngày nằm viện				
Nguyên nhân	Trung bình	n	Min	Max
Bất thường cấu trúc tụy	9 ± 3	5	7	13
Can thiệp thủ thuật	8 ± 2	2	6	10
U tụy	9 ± 3	3	7	12
Thuốc	8	1	8	8
Chưa rõ nguyên nhân	7 ± 4	37	2	22
Tổng	8 ± 5	214	2	51

Thời gian nằm viện của nhóm sỏi mật là cao nhất, trung bình số ngày nằm viện của nhóm viêm tụy cấp do sỏi mật là 12 ± 9 ngày. Nhóm

viêm tụy cấp chưa rõ nguyên nhân có thời gian ổn định bệnh nhanh hơn, trung bình là 7 ± 4 ngày ($p < 0,01$ Kruskal wallis test).

Bảng 3. Phân loại mức độ nặng của các nhóm nguyên nhân viêm tụy cấp theo Atlanta 2012

		Atlanta			Tổng	
		Nhẹ	Vừa	Nặng		
Nguyên nhân Viêm tụy cấp	Rượu	n %	20 (25,3%)	56 (70,9%)	3 (3,8%)	79 (100%)
	Tăng triglycerid	n %	12 (21,8%)	38 (69,1%)	5 (9,1%)	55 (100%)
	Sỏi mật	n %	14 (43,8%)	17 (53,1%)	1 (3,1%)	32 (100%)
	BTCT*	n %	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0 (0%)	5 (100%)
	Sau ERCP**	n %	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0 (0%)	2 (100%)
	U tụy	n %	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	3 (100%)
	Thuốc	n %	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
	CRNN***	n %	18 (48,6%)	16 (43,2%)	3 (8,1%)	37 (100%)
	Tổng	n %	70 (32,7%)	132 (61,7%)	12 (5,6%)	214 (100%)

*BTCT: Bất thường cấu trúc. **CRNN: Chưa rõ nguyên nhân.

Khả năng diễn biến nặng của bệnh nhân

viêm tụy cấp không liên quan với nguyên nhân viêm tụy cấp với $p = 0,08$, kiểm định Fisher's exact.

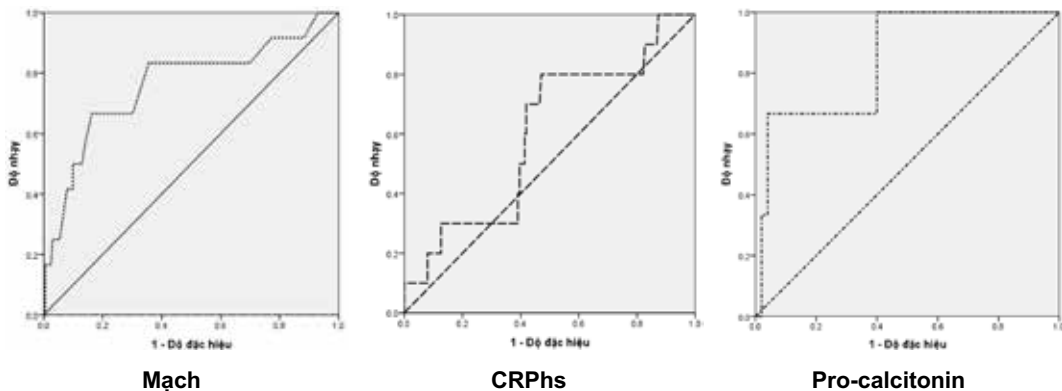
Bảng 4. Một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp theo phân loại Atlanta

Phân loại mức độ nặng theo Atlanta 2012		Mạch (lần/phút)	Nhiệt độ (độ C)	CRP hs (mg/dl)	Pro-calcitonin (ng/dl)
Nhẹ	Trung bình	87 ± 16	37,0 ± 0,7	3,3 ± 5,2	7,9 ± 25,6
	n	70	70	61	11

Vừa	Trung bình	95 ± 19	37,3 ± 0,8	7,6 ± 9,0	1,2 ± 3,5
	n	132	130	113	39
Nặng	Trung bình	113 ± 24	37,2 ± 1,1	10,0 ± 13,8	18,3 ± 17,4
	n	12	12	10	3
Tổng	Trung bình	94 ± 20	37,2 ± 0,8	6,3 ± 8,5	3,5 ± 13,0
	n	214	214	184	53
p (Kruskall Wallis)		< 0,01	0,1	0,001	0,037

Tần số mạch trung bình khi nhập viện giảm dần theo mức độ nặng, $p < 0,01$. Nhiệt độ trung bình của 3 nhóm viêm tụy cấp không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Giá trị CRPhs trung bình

khi nhập viện của nhóm bệnh nhân nặng cao hơn nhóm vừa và nhẹ với $p < 0,01$. Giá trị Pro-calcitonin của nhóm nặng cao hơn nhóm vừa và nhẹ với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1. Đường cong ROC khả năng dự đoán viêm tụy cấp nặng theo các giá trị mạch, CRPhs và Pro-calcitonin

Diện tích dưới đường cong AUROC của tần số mạch khi nhập viện để dự báo tình trạng viêm tụy cấp nặng là 0,76 có giá trị thống kê với $p = 0,002$. Với giá trị tần số mạch 110 thì sẽ có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu 84% dự đoán tình trạng viêm tụy cấp nặng khi nhập viện. Diện tích dưới đường cong dự đoán nguy cơ viêm tụy cấp nặng của CRP có giá trị tin cậy mức độ trung bình và không có ý nghĩa thống kê, AUROC của CRPhs là 0,601 với $p = 0,284$. Giá trị dự đoán của nồng độ Pro-calcitonin với nguy cơ viêm tụy cấp nặng AUROC = 0,85 có giá trị thống kê với $p = 0,045$ ($< 0,05$). Ngưỡng tối ưu để dự đoán viêm tụy cấp nặng đối với

xét nghiệm PCT có giá trị cut-off là 13,15 có độ nhạy 67% và độ đặc hiệu là 96%.

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân viêm tụy cấp của chúng tôi tương tự với tác giả Võ Thị Lương Trần và khác với tác giả Phan Trung Nhân:^{5,6} nguyên nhân viêm tụy cấp do tăng triglycerid là cao nhất, thứ 2 là do rượu, thứ 3 là do sỏi. Có sự khác biệt này là do cỡ mẫu, địa điểm, thời điểm của các nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu của Phan Trung Nhân tiến hành tại bệnh viện Chợ Rẫy, năm 2021 và 2022 có dịch bệnh covid bùng phát, có thể đây là nguyên nhân cản trở các

hoạt động văn hóa rượu bia của cộng đồng nên tỷ lệ viêm tụy cấp do rượu có phần thuyên giảm.

Phân bố giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng tác giả Đỗ Đăng Tân, khác với tác giả Phan Trung Nhân tỷ lệ giới nam/nữ khoảng 8 - 9.^{6,7} Có sự khác biệt này là do ở các quần thể nghiên cứu khác nhau, việc chọn đối tượng nghiên cứu ví dụ ở khoa nội hay khoa ngoại, tuyến đầu hay tuyến cuối, cỡ mẫu nghiên cứu, các phương tiện chẩn đoán cũng khác nhau.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 48 ± 14 tương đồng với tác giả Bùi Thúy Hằng, tỷ lệ này phù hợp với mô hình dân số của Việt Nam, thêm vào đó người trong độ tuổi lao động trong môi trường sống hiện nay có thói quen ăn uống nhiều rượu thịt, hạn chế vận động.⁸ Ngoài ra, Việt Nam là một nước nhiệt đới, tỷ lệ nhiễm giun còn cao, nhóm này có nguy cơ cao bị mắc các bệnh do sởi mật có liên quan tới nhiễm giun, vì vậy nguyên nhân viêm tụy cấp do sởi mật vẫn là một trong những nguyên nhân gây viêm tụy cấp. Theo kết quả nghiên cứu của một số tác giả phương Tây, ở Mỹ hay gặp ở nhóm tuổi 50 - 60, ở châu Âu tuổi trung bình là 54.⁹ Sự khác biệt này có lẽ do ảnh hưởng của yếu tố nguyên nhân, ở các nước phương Tây và các nước phát triển, nguyên nhân viêm tụy cấp chủ yếu là do rượu và do sỏi cholesterol.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Masayasu Horibe, thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của các tác giả Carter thời gian nằm viện trung bình 40 - 150 ngày và thời gian nằm hồi sức tích cực khoảng 7 ngày.^{10,11} Thời gian nằm viện của nhóm nguyên nhân do sỏi là cao hơn các nhóm còn lại, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân thời gian nằm viện của nhóm viêm tụy cấp do sỏi nằm dài ngày hơn có thể

do bao gồm thời gian điều trị ổn định viêm tụy cấp sau đó can thiệp ERCP hoặc phẫu thuật lấy sỏi mật, mục đích chính vẫn là điều trị ổn định và phòng tái phát. Ngày càng có những tiến bộ trong điều trị nên thời gian nằm viện của bệnh nhân viêm tụy cấp đã được rút ngắn lại.

Về tác động của nguyên nhân tới mức độ viêm tụy cấp nặng và các biến cố khác như tỷ lệ tử vong, viêm tụy hoại tử và tình trạng nhiễm khuẩn không thấy sự khác biệt giữa các nhóm nguyên nhân khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Joon Huyncho không có sự khác biệt giữa nguyên nhân và tiên lượng tử vong, nhiễm khuẩn, hoại tử và mức độ nặng theo Atlanta 2012.¹² Điều này chỉ ra một khi cơ chế bệnh sinh đã bắt đầu gây bệnh, quá trình và kết quả của viêm tụy cấp không bị ảnh hưởng bởi căn nguyên gây bệnh. Ý nghĩa của việc xác định nguyên nhân viêm tụy cấp có xu hướng tiên lượng tốt hơn trong việc dự phòng tái phát bệnh và chỉ góp phần nhỏ định hướng nguy cơ viêm tụy cấp diễn biến nặng cũng như nguy cơ tử vong và hoại tử.

Các yếu tố nguy cơ viêm tụy cấp nặng

Tần số mạch trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn do với tác giả Lê Thị Diễm Tuyết 115 ± 20 lần/phút.¹³ Tần số mạch khi nhập viện càng nhanh, nguy cơ diễn biến nặng càng cao. Mạch nhanh là do cơ chế bù trừ thoát mạch, giảm thể tích tuần hoàn gây thiếu dịch, tình trạng đáp ứng viêm hệ thống, thiếu oxy hoặc nhiễm khuẩn. Bên cạnh đó tình trạng đau, tăng áp lực ổ bụng, tràn dịch màng phổi, tình trạng suy hô hấp cấp tiến triển cũng là nguyên nhân gây mạch nhanh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhiệt độ trung bình khi nhập viện của 3 nhóm viêm tụy vừa, nhẹ và nặng là như nhau, trung bình $37,2 \pm 0,8^{\circ}\text{C}$. Theo nghiên cứu của Bohidar tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân bị sốt cao hơn nhóm không sốt.¹⁴ Có thể nghiên cứu của chúng tôi

chỉ tiến hành phân tích tại thời điểm khi nhập viện nên chưa thể kết luận chính xác về mối liên quan này.

Nghiên cứu của chúng tôi về giá trị tiên lượng của chỉ số CRP cũng có kết quả tương tự nghiên cứu của Thái Thị Thu xét nghiệm CRP ở các nhóm viêm tụy cấp tăng dần theo mức độ nặng, tuy nhiên giá trị tuyệt đối có sự thay đổi giữa các nghiên cứu.¹⁵ Việc theo dõi nồng độ CRP huyết thanh cho phép tiên lượng mức độ nặng trong viêm tụy cấp nhằm đưa ra thái độ theo dõi và điều trị đúng, rút ngắn thời gian điều trị, giảm tỷ lệ tử vong.

Nghiên cứu ý nghĩa của Pro-calcitonin trong tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Thái Thị Thu, tuy nhiên ngưỡng cut-off cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Thái Thị Thu là 0,541 ng/ml.¹⁵ Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn so với nghiên cứu Muller và cộng sự mức cut-off > 3,5 ng/ml có ý nghĩa trong việc đánh giá viêm tụy cấp hoại tử và suy tạng với độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng 93% và 98%.¹⁶ Trong viêm tụy cấp, PCT được đưa ra để dự đoán chính xác sự phát triển của tình trạng viêm và hoại tử nhiễm khuẩn. Có sự khác biệt này có thể là do những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đây không được chỉ định thường quy xét nghiệm này, chỉ những bệnh nhân có tình trạng sốt $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ mới được chỉ định làm Pro-calcitonin, cỡ mẫu của chúng tôi còn khá thấp hơn so với các tác giả khác nên cần thêm nhiều nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn để xác định ngưỡng cắt của Pro-calcitonin trong tiên lượng tình trạng nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân gây bệnh thường gặp nhất của viêm tụy cấp là rượu, tăng triglycerid và sỏi mật. Thời gian nằm viện của nhóm viêm tụy cấp do sỏi là cao nhất là 12 ± 9 ngày. Nguyên nhân viêm tụy cấp không có ý nghĩa trong việc định

hướng nguy cơ viêm tụy cấp diễn biến nặng. Tần số mạch ≥ 110 lần/phút và Pro-calcitonin $\geq 13,15$ có giá trị gợi ý tiên lượng bệnh nhân viêm tụy cấp nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World J Emerg Surg WJES*. 2019; 14: 27. doi:10.1186/s13017-019-0247-0.
2. 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.
3. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*. 1998; 158(16): 1789-1795. doi:10.1001/archinte.158.16.1789.
4. Badalov N, Baradaran R, Iswara K, Li J, Steinberg W, Tenner S. Drug-induced acute pancreatitis: an evidence-based review. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. 2007; 5(6): 648-661; quiz 644. doi:10.1016/j.cgh.2006.11.023.
5. Võ Thị Lương Trân. So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu với viêm tụy cấp do các nguyên nhân khác. *Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018; 22(2): 328-335.
6. Phan Trung Nhân. Giá trị thang điểm ERAP trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 520(1B). doi:10.51298/vmj.v520i1B.3838.
7. Đỗ Đăng Tân. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm tụy cấp tại khoa phẫu thuật tiêu hóa Bệnh viện Xanh Pôn*

năm 2016 - 2017. Luận văn thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.

8. Bùi Thúy Hằng. Nghiên cứu phân loại Atlanta sửa đổi năm 2012 và thay đổi khí máu động mạch ở bệnh nhân viêm tụy cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2018; Số đặc biệt(465): 20-25.

9. Hamada T, Yasunaga H, Nakai Y, et al. Japanese severity score for acute pancreatitis well predicts in-hospital mortality: a nationwide survey of 17,901 cases. *J Gastroenterol*. 2013; 48(12): 1384-1391. doi:10.1007/s00535-013-0765-6.

10. Horibe M, Iwasaki E, Nakagawa A, et al. Efficacy and safety of immediate oral intake in patients with mild acute pancreatitis: A randomized controlled trial. *Nutrition*. 2020; 74: 110724. doi:10.1016/j.nut.2020.110724.

11. Carter DC. Acute pancreatitis: The value of life. *Br J Surg*. 2005; 80(12): 1499-1500. doi:10.1002/bjs.1800801202.

12. Cho JH, Kim TN, Kim SB. Comparison of clinical course and outcome of acute pancreatitis according to the two main etiologies: alcohol

and gallstone. *BMC Gastroenterol*. 2015; 15(1): 87. doi:10.1186/s12876-015-0323-1.

13. Lê Thị Diễm Tuyết. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị suy thận cấp tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai*. Luận án Tiến sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội.

14. Bohidar NP, Garg PK, Khanna S, Tandon RK. Incidence, etiology, and impact of fever in patients with acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2003; 3(1): 9-13. doi:10.1159/000069146.

15. Thái Thị Thu. *Nghiên cứu tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính/lympho bào, protein phản ứng c và procalcitonin huyết thanh ở bệnh nhân viêm tụy cấp*. Luận văn thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.

16. Müller CA, Uhl W, Printzen G, et al. Role of procalcitonin and granulocyte colony stimulating factor in the early prediction of infected necrosis in severe acute pancreatitis. *Gut*. 2000; 46(2): 233-238. doi:10.1136/gut.46.2.233.

Summary

ETIOLOGY AND PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

To determine the causes and prognostic factors in patients with acute pancreatitis, we performed a cross-sectional descriptive study on 214 patients treated at Hanoi Medical University Hospital from April 2022 to March 2023. Alcohol, triglycerides and gallstones were the most common causes of acute pancreatitis, accounting for 78%. The etiology of acute pancreatitis is not significant in determining the risk of severe acute pancreatitis. Pulse rate ≥ 110 beats/min (AUROC = 0.76; p = 0.002; Se 67%; Sp 84%), serum Pro-calcitonin ≥ 13.15 ng/dl (AUROC = 0.85; p = 0.045; Se 67%; Sp 96%) is valuable in predicting severe acute pancreatitis on admission. Temperature and CRPhs were not significant in predicting severe acute pancreatitis on admission.

Keywords: Causes of acute pancreatitis, prognosis of acute pancreatitis.