

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY CẤP CÓ RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Việt Hà^{1,2}, Ninh Quốc Đạt¹ và Nguyễn Hoài Thương^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Viêm tụy cấp là tình trạng tổn thương viêm nhu mô tuyến tụy cấp tính, xảy ra ở nhiều mức độ khác nhau, có khả năng tự giới hạn nhưng có thể tiến triển nặng với nhiều biến chứng tại chỗ và toàn thân. Sự thay đổi của các yếu tố đông máu đã được báo cáo ở nhiều bệnh nhân mắc viêm tụy cấp. Mục tiêu của nghiên cứu là nhận xét kết quả điều trị viêm tụy cấp có rối loạn đông máu ở trẻ em. Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 53 trẻ được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi năm 2012 và có ít nhất một xét nghiệm đông máu nằm ngoài giới hạn bình thường theo tuổi điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2023. Kết quả cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ trai và trẻ gái lần lượt là 52,8% và 47,2% với tuổi trung vị là 5,5 tuổi. 92,5% trẻ đáp ứng với điều trị nội khoa đơn thuần, 86,8% trẻ khỏi hoàn toàn và 13,2% trẻ tái phát. 56,6% bệnh nhân có nồng độ D-Dimer ≥ 5000 ng/mL. Tỷ lệ tụ dịch quanh tụy và dịch tự do ổ bụng ở nhóm này lần lượt là 76,7% và 83,3% cao hơn so với nhóm có nồng độ D-Dimer < 5000 ng/mL (43,5% và 52,2%). Thời gian nằm viện ở nhóm trẻ có nồng độ D-Dimer ≥ 5000 ng/mL (12,5 ngày (IQR: 8 - 17 ngày)) dài hơn so với nhóm có nồng độ D-Dimer < 5000 ng/mL (9 ngày, IQR: 7,5 - 13 ngày); tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ khỏi bệnh và tái phát giữa hai nhóm.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, trẻ em, rối loạn đông máu, điều trị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là bệnh tổn thương viêm nhu mô tuyến tụy cấp tính do sự hoạt hóa bất thường của enzym tụy, xảy ra ở nhiều mức độ khác nhau từ nhẹ đến nặng, có khả năng tự giới hạn nhưng có thể gây tử vong.¹ Các chất trung gian gây viêm trong VTC bao gồm interleukin, yếu tố hoại tử u và yếu tố hoạt hóa tiểu cầu được giải phóng vào hệ thống tuần hoàn gây ra hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, đồng thời kích hoạt quá trình đông cầm máu.² Rối loạn đông máu ở bệnh nhân VTC đã được báo cáo, xảy ra ở nhiều mức độ khác nhau và có thể gây ra tình trạng đông máu rải rác trong lòng mạch,

đây là nguyên nhân hình thành huyết khối lan toả trong vi mạch, dẫn đến suy chức năng đa cơ quan và làm tăng nguy cơ tử vong.³ Phát hiện sớm tình trạng rối loạn đông máu đóng vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng nhằm giảm sự lan rộng của huyết khối, giảm nguy cơ suy đa tạng, hạn chế biến chứng chảy máu, từ đó góp phần cải thiện tiên lượng bệnh.⁴ Tuy nhiên cho đến nay, vấn đề rối loạn đông máu ở bệnh nhân VTC còn chưa được quan tâm nhiều, các nghiên cứu còn tương đối hạn chế và mới chỉ dừng lại ở mức độ mô tả một số trường hợp biến chứng huyết khối ở người lớn mắc VTC, thông tin về rối loạn đông máu ở trẻ em bị VTC còn khá nghèo nàn.⁵ Các hiệp hội chuyên ngành trên thế giới chưa đưa ra các khuyến cáo hay đồng thuận về quản lý rối loạn đông máu trong VTC, các điều trị hiện nay chủ yếu dựa vào hướng dẫn điều trị rối loạn đông

Tác giả liên hệ: Nguyễn Hoài Thương

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: drhoaituong185@gmail.com

Ngày nhận: 22/04/2024

Ngày được chấp nhận: 10/05/2024

máu nói chung. Chưa có nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam ghi nhận kết quả điều trị VTC có rối loạn đông máu ở trẻ em. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị viêm tụy cấp có rối loạn đông máu ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/01/2022 đến 31/07/2023 với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau đây:

Tiêu chuẩn lựa chọn

Trẻ ≤ 18 tuổi được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi năm 2012.⁶ Trẻ được làm xét nghiệm đầy đủ, trong đó có xét nghiệm đông cầm máu (tỷ lệ prothrombin (PT), thời gian thromboplastin hoạt hóa một phần (APTT), nồng độ fibrinogen, nồng độ D-Dimer và số lượng tiểu cầu) lúc vào viện và ra viện. Rối loạn đông máu được xác định là có ít nhất một trong các xét nghiệm đông máu nằm ngoài giới hạn bình thường theo tuổi. Bệnh nhân và người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ bị VTC xảy ra trên nền viêm tụy mạn tính hoặc VTC tái diễn. Trẻ có tiền sử rối loạn đông máu do có các bệnh lý nền: bệnh gan, thận mạn tính, bệnh hệ thống, bệnh lý huyết học - ung thư, bệnh lý toàn thân...

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc trên một loạt ca bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. 53 trẻ thỏa mãn các tiêu chuẩn được thu tuyển trong thời gian nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu

Bệnh nhân được thu thập các thông tin về tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lúc vào viện và diễn biến trong quá trình điều trị, các phương pháp điều trị đã được sử dụng. Bệnh nhân được xác định là khỏi hoàn toàn khi bệnh nhân không có biến chứng tại chỗ, biến chứng toàn thân hay tái phát trong thời gian theo dõi. Tiêu chuẩn suy chức năng cơ quan (suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy thận và suy đa tạng) trong VTC theo Hiệp hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Bắc Mỹ (NASPGHAN) năm 2018.¹ Khoảng tham chiếu xét nghiệm đông cầm máu được xác định theo tiêu chuẩn của Bệnh viện Nhi Trung ương (Bảng 1).⁷

Bảng 1. Khoảng tham chiếu xét nghiệm đông cầm máu của Bệnh viện Nhi Trung ương

Chỉ số	Tuổi					
	15 ngày - 4 tuần	1 - 5 tháng	6 - 11 tháng	1 - 5 tuổi	6 - 10 tuổi	11 - 18 tuổi
Số lượng tiểu cầu (G/L)	140 - 440					
PT (Giây)	9,5 - 12,6	9,7 - 12,8	9,8 - 13,0	9,9 - 13,4	10,0 -14,6	10,0 -14,1
APTT (Giây)	27,6 -45,6	24,8 -40,7	25,1 -40,7	24,0 -39,2	26,9 -38,7	24,6 -38,4
Fibrinogen (g/L)	1,43 -4,02	1,50 -3,76	1,57 -3,60	1,88 -4,13	1,89 -4,75	1,77 -4,20
D-Dimer (ng/ mL)	< 500					

Tiêu chuẩn xác định các trạng thái rối loạn đông cầm máu (Bảng 2):

Bảng 2. Các trạng thái rối loạn đông cầm máu

Rối loạn đông cầm máu		Định nghĩa
DIC		Thang điểm DIC theo Hiệp hội huyết khối và cầm máu quốc tế năm 2009. ⁹
	Bình thường	Các giá trị trong giới hạn khoảng tham chiếu.
Trạng thái đông máu	Tăng đông	Tăng tiểu cầu, PT%, fibrinogen, D-Dimer.
	Giảm đông	Giảm tiểu cầu, PT%, fibrinogen, tăng APTT.
	Hỗn hợp	Cả tăng đông và giảm đông.
Tiêu sợi huyết		Tăng D-Dimer và giảm fibrinogen.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được thể hiện dưới dạng tần suất và tỷ lệ, các biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung vị và khoảng bách phân vị thứ 25 và 75 (25th, 75th interquartile range - IQR) (phân bố không chuẩn). Test Chi-square (hiệu chỉnh bằng Fisher's exact test khi thích hợp) để so sánh giữa hai tỷ lệ. T-test ghép cặp so sánh hai giá trị trung bình (hiệu chỉnh bằng Mann-Whitney U test trong trường hợp phân bố không chuẩn). Các so sánh, thống kê được coi là có ý nghĩa khi giá trị $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt theo quyết định số 292/BVNTW-HDDD ngày 17 tháng 02 năm 2023.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 53 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và được chia thành hai nhóm để phân tích: Nhóm có nồng độ D-Dimer ≥ 5000 ng/mL và nhóm có nồng độ D-Dimer < 5000 ng/mL. Kết quả nghiên cứu thu được như sau:

Bảng 3. Đặc điểm chung của trẻ mắc viêm tụy cấp có rối loạn đông máu

	Đặc điểm	n	%
Tuổi	< 2 tuổi	3	5,7
	2 - 10 tuổi	39	73,5
	> 10 tuổi	11	20,8
Giới	Nam	28	52,8
	Nữ	25	47,2
Trạng thái đông máu	Tăng đông	31	58,5
	Hỗn hợp	22	41,5
Tiêu sợi huyết	Có	16	30,2
	Không	37	69,8
Mức DIC	< 5 điểm	44	83,0
	≥ 5 điểm	9	17,0

Tuổi trung vị của trẻ mắc VTC có rối loạn đông máu là 5,5 tuổi, IQR: 3,2 - 9,5 tuổi, chủ yếu tập trung trong độ tuổi 2 - 10 tuổi, chiếm 73,5%. Tỷ lệ trẻ trai mắc bệnh cao hơn trẻ gái, với tỷ lệ

trai/gái là 1,2/1. Rối loạn tăng đông chiếm chủ yếu (58,5%) và không có bệnh nhân nào có rối loạn giảm đông đơn thuần, 30,2% trẻ có tình trạng tiêu sợi huyết và 17% trẻ có DIC \geq 5 điểm.

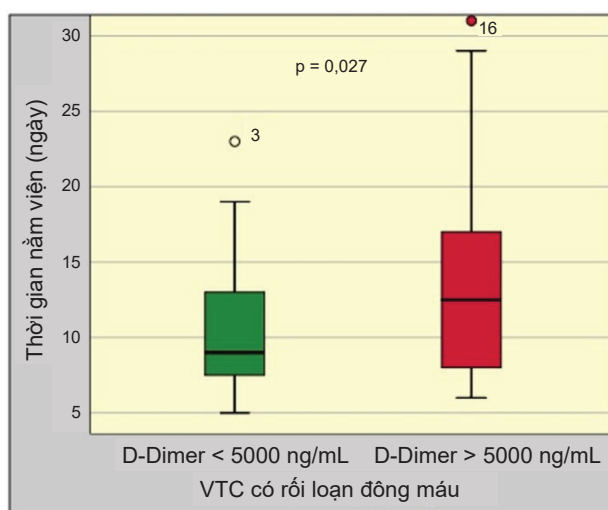
Bảng 4. Các biện pháp điều trị cho bệnh nhân viêm tụy cấp có rối loạn đông máu

Phương pháp điều trị	Chung (n = 53)		Nhóm D-Dimer \geq 5000 ng/mL (n = 30)		Nhóm D-Dimer < 5000 ng/mL (n = 23)		p
	n	%	n	%	n	%	
Giảm đau	24	45,3	19	63,3	5	21,7	0,003
Kháng sinh	52	98,1	30	100	22	95,7	0,154
Giảm tiết acid	50	94,3	29	96,7	21	91,3	0,573
<i>Nội khoa</i> Sandostatin	10	18,9	8	26,7	2	8,7	0,158
Vitamin K	23	43,4	18	60	5	21,7	0,005
Truyền máu*	9	17	9	30	0	0	-
Điều trị lovenox	28	52,8	22	73,3	6	26,1	< 0,001
Phẫu thuật	4	7,5	4	13,3	0	0	-

(*) Truyền tiểu cầu, huyết tương tươi hoặc tủa lạnh

92,5% bệnh nhân đáp ứng với điều trị nội khoa đơn thuần và 7,5% trường hợp phải can thiệp ngoại khoa. Tỷ lệ sử dụng thuốc giảm đau, vitamin K và lovenox ở nhóm có nồng độ

D-Dimer \geq 5000 ng/mL cao hơn nhóm có nồng độ D-Dimer < 5000 ng/mL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1. Thời gian nằm viện của bệnh nhân viêm tụy cấp có rối loạn đông máu

Thời gian nằm viện trung vị của nhóm VTC có rối loạn đông máu có D-Dimer ≥ 5000 ng/mL (12,5 ngày, IQR: 8 - 17 ngày) dài hơn so

với nhóm D-Dimer < 5000 ng/mL (9 ngày, IQR: 7,5 - 13 ngày), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Kết quả điều trị viêm tụy cấp có rối loạn đông máu

Kết quả điều trị	Chung		Nhóm D-Dimer ≥ 5000 ng/mL (n = 30)		Nhóm D-Dimer < 5000 ng/mL (n = 23)		p
	n	%	n	%	n	%	
Khởi hoàn toàn	46	86,8	26	86,7	20	87	$> 0,05$
Tái phát	7	13,2	4	13,3	3	13	

86,8% trẻ mắc VTC có rối loạn đông máu khởi hoàn toàn và 13,2% trẻ tái phát, không có trường hợp nào tử vong. Không có sự khác biệt

về kết quả điều trị giữa nhóm VTC có rối loạn đông máu có D-Dimer ≥ 5000 ng/mL và nhóm D-Dimer < 5000 ng/mL với $p > 0,05$.

Bảng 6. Biến chứng của viêm tụy cấp có rối loạn đông máu

Đặc điểm	Chung (n = 53)		Nhóm D-Dimer ≥ 5000 ng/mL (n = 30)		Nhóm D-Dimer < 5000 ng/mL (n = 23)		p
	n	%	n	%	n	%	
Hoại tử tụy	8	15,1	5	16,7	3	13,0	0,119
Nang giả tụy	5	9,4	4	13,3	1	4,3	0,374
Tụ dịch quanh tụy	33	62,3	23	76,7	10	43,5	0,013
Dịch tự do ổ bụng	37	69,8	25	83,3	12	52,2	0,014
Suy thận	2	3,8	2	6,7	0	0	-
Suy hô hấp	3	5,7	2	6,7	1	4,3	$> 0,05$
Suy tuần hoàn	1	1,9	1	3,3	0	0	-

Nhóm bệnh nhân VTC có nồng độ D-Dimer ≥ 5000 ng/mL có tỷ lệ biến chứng tụ dịch quanh tụy và dịch tự do ổ bụng cao hơn so với nhóm D-Dimer < 5000 ng/mL, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong VTC, các cytokin tiền viêm được giải phóng vào hệ thống tuần hoàn gây hoạt hóa

bạch cầu đa nhân trung tính và bạch cầu đơn nhân tập trung đến vị trí tổn thương, kích hoạt tế bào nội mô bộc lộ yếu tố tổ chức, từ đó khởi động con đường đông máu, chủ yếu thông qua hoạt hóa quá mức các yếu tố đông máu, suy giảm hệ thống kháng đông và suy giảm hệ thống ly giải fibrin.² Phản ứng tăng đông trong giai đoạn đầu thường có lợi giúp hình thành nên hàng rào thường được gọi là "immunothrombosis" làm

hạn chế tổn thương mô cũng như sự xâm nhập của các chất trung gian hóa học vào hệ thống tuần hoàn trong phản ứng viêm của cơ thể.³ Tuy nhiên, khi cơ chế này mất kiểm soát sẽ dẫn đến sự hình thành huyết khối vi mạch, đặc biệt là hiện tượng DIC gây suy chức năng đa cơ quan; quá trình tăng tiêu thụ các yếu tố đông máu; cuối cùng gây ra tình trạng giảm đông với biến chứng xuất huyết nặng nề. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trẻ VTC có rối loạn tăng đông chiếm tỷ lệ cao nhất (58,5%), sau đó là rối loạn tăng và giảm đông hỗn hợp (41,5%), không có bệnh nhân nào ghi nhận có rối loạn giảm đông đơn thuần (Bảng 3). Tình trạng rối loạn đông máu trong nghiên cứu này có thể lý giải do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi vào viện ở giai đoạn sớm, khi rối loạn đông máu đang ở pha tăng đông là chủ yếu, trong khi rối loạn giảm đông thường gặp ở giai đoạn tiến triển muộn của bệnh.

Nguyên tắc điều trị VTC là cho tụy nghỉ ngơi, giảm bài tiết để ngăn ngừa quá trình tự tiêu của tuyến tụy, theo dõi, phát hiện biến chứng và điều trị nguyên nhân nếu có. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 92,5% bệnh nhân VTC có rối loạn đông máu có đáp ứng với điều trị nội khoa đơn thuần, tỷ lệ này cao hơn các nghiên cứu trong nước và thế giới khi tiến hành trên các trẻ mắc VTC như nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai (70,8%) hay nghiên cứu của Antunes và cộng sự (70,3%).^{10,11} Bên cạnh các phương pháp điều trị VTC chung, đối với tình trạng rối loạn đông máu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 52,8% trường hợp được điều trị lovenox và phần lớn thuộc nhóm có nồng độ D-Dimer ≥ 5000 ng/mL. Heparin trọng lượng phân tử thấp (lovenox) là thuốc chống đông máu được sử dụng phổ biến trong điều trị rối loạn đông máu ở bệnh nhân VTC. Ngoài tác dụng chống đông, heparin trọng lượng phân tử thấp còn được chứng minh là có hoạt tính

chống viêm mạnh thông qua làm giảm biểu hiện của các chất trung gian hóa học gây viêm và có vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng của VTC.¹² Heparin trọng lượng phân tử thấp cũng đã được chứng minh là có tác dụng ức chế hoạt động của trypsin - một protease có liên quan đến quá trình tự tiêu của tuyến tụy.¹³ Tất cả các tác dụng của heparin trọng lượng phân tử thấp (hoạt tính chống đông, chống viêm và ức chế protease) góp phần vào việc hạn chế các biến chứng trong VTC. Tuy nhiên cho đến nay, chưa có khuyến cáo hay đồng thuận nào về vấn đề sử dụng thuốc chống đông ở các bệnh nhân mắc VTC. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị huyết khối tĩnh mạch tạng trong bệnh lý tuyến tụy của Hiệp hội Tiêu hóa Trung Quốc chỉ khuyến cáo sử dụng thuốc chống đông ở bệnh nhân VTC khi có bằng chứng lan rộng của huyết khối vào tĩnh mạch mạc treo, nguy cơ gây thiếu máu cục bộ và hoại tử ruột, hoàn toàn không sử dụng nồng độ D-Dimer hay điểm DIC để quyết định sử dụng thuốc chống đông.¹⁴

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện trung vị của nhóm bệnh nhân có nồng độ D-Dimer ≥ 5000 ng/mL là 12,5 ngày (IQR: 8 - 17 ngày), dài hơn so với nhóm D-Dimer < 5000 ng/mL, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa hai nhóm có thể do các bệnh nhân thuộc nhóm D-Dimer ≥ 5000 ng/mL thường có triệu chứng lâm sàng nặng hơn. Các nghiên cứu khác tiến hành ở trẻ em mắc VTC nói chung cho thấy thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân VTC thay đổi tùy theo từng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai, thời gian nằm viện trung bình của các trẻ mắc VTC là $12,1 \pm 8,6$ ngày và bệnh nhân VTC thể nặng có thời gian nằm viện dài hơn VTC thể nhẹ.¹⁰ Theo Antunes và cộng sự, thời gian nằm viện trung vị là 6 ngày (ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 89 ngày).¹¹ Nhìn chung, thời gian nằm viện

phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mức độ tổn thương tuyến tụy, nguyên nhân VTC (trong đó chấn thương là nguyên nhân hàng đầu kéo dài thời gian nằm viện), các trường hợp có chỉ định điều trị ngoại khoa và tuổi nhỏ thường có thời gian nằm viện lâu hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 86,8% bệnh nhi VTC có rối loạn đông máu khởi hoàn toàn và không có bệnh nhân nào tử vong. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác tiến hành trên các trẻ mắc VTC nói chung như nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai (3%), nghiên cứu của Antunes (27,8%).^{10,11} Tỷ lệ tử vong cao ở một vài nghiên cứu có thể do nhiều bệnh nhân tử vong vì các bệnh lý nền khác ngoài VTC. So với người lớn, trẻ em bị VTC có tỷ lệ tử vong thấp hơn, điều này có thể lý giải do sự vắng mặt của VTC nguyên nhân do rượu, đây là nguyên nhân được biết đến có tỷ lệ tử vong cao. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 13,2% bệnh nhân VTC có rối loạn đông máu xuất hiện VTC tái phát sau điều trị, kết quả này tương tự như nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hường tiến hành trên các trẻ mắc VTC tại cùng địa điểm (14,5%).¹⁵ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ bệnh nhi VTC có rối loạn đông máu có biến chứng tại chỗ khá cao, trong đó 15,1% bệnh nhân hoại tử tụy, 9,4% bệnh nhân có nang giả tụy, 62,3% bệnh nhân có tụ dịch quanh tụy và 69,8% có dịch tự do ổ bụng. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai tiến hành trên các trẻ mắc VTC với tỷ lệ hoại tử tụy, nang giả tụy và tụ dịch quanh tụy lần lượt là 9,7%, 6,9% và 6,9%.¹⁰ 11,4% các trường hợp VTC có rối loạn đông máu trong nghiên cứu của chúng tôi có suy chức năng cơ quan và hầu hết đều thuộc nhóm có nồng độ D-Dimer \geq 5000 ng/mL. Trong khi đó, tỷ lệ suy chức năng cơ quan trong nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai là 18,1%, còn trong nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hường

là 21,3%, tuy nhiên các nghiên cứu này đều tiến hành trên đối tượng là các trẻ mắc VTC nói chung, không xác định tình trạng rối loạn đông máu.^{10,15}

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các trường hợp VTC có rối loạn đông máu ở trẻ em đáp ứng với điều trị nội khoa đơn thuần. VTC có nồng độ D-Dimer \geq 5000 ng/mL có thời gian nằm viện dài hơn và tỷ lệ gặp biến chứng tụ dịch quanh tụy và dịch tự do ổ bụng cao hơn so với nhóm có nồng độ D-Dimer dưới 5000 ng/mL, tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ khởi bệnh và tái phát giữa hai nhóm. Xét nghiệm đông máu thường quy cho tất cả các trẻ mắc VTC ngay từ ban đầu là cần thiết để phát hiện sớm các rối loạn đông máu, theo dõi và điều trị kịp thời các biến chứng, góp phần rút ngắn thời gian điều trị cũng như cải thiện tiên lượng bệnh, đặc biệt ở nhóm bệnh nhi có nồng độ D-Dimer cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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. *Journal Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2018;66(1):159-176. doi:10.1097/MPG.0000000000001715.
2. Gould T, Mai S, Liaw P. Coagulation Abnormalities in Acute Pancreatitis. In: Rodrigo L, ed. *Pancreatitis - Treatment and Complications*. InTech; 2012. doi:10.5772/30169.
3. Morinville VD, Barmada MM, Lowe ME. Increasing incidence of acute pancreatitis at an American pediatric tertiary care center: is greater awareness among physicians responsible? *Pancreas*. 2010;39(1):5-8. doi:10.1097/MPA.0b013e3181baac47.

4. Yang N, Zhang DL, Hao JY. Coagulopathy and the prognostic potential of D-dimer in hyperlipidemia-induced acute pancreatitis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2015;14(6):633-641. doi:10.1016/S1499-3872(15)60376-9.
5. Võ Thị Lương Trân, Bùi Hữu Hoàng. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của huyết khối tĩnh mạch tạng ở bệnh nhân viêm tụy cấp. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2021;2:87-93.
6. Huang J, Qu HP, Zheng YF, et al. The revised Atlanta criteria 2012 altered the classification, severity assessment and management of acute pancreatitis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int HBPD INT*. 2016;15(3):310-315. doi:10.1016/s1499-3872(15)60040-6.
7. Bệnh viện Nhi Trung ương. *Sổ tay khoảng tham chiếu*. Hà Nội; 2021.
8. Nguyễn Anh Trí. *Đông máu ứng dụng trong lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học; 2002.
9. Larsen JB, Aggerbeck MA, Granfeldt A, et al. Disseminated intravascular coagulation diagnosis: Positive predictive value of the ISTH score in a Danish population. *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*. 2021;5(8):e12636. doi:10.1002/rth2.12636.
10. 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.
11. Antunes H, Nascimento J, Mesquita A, et al. Acute pancreatitis in children: a tertiary hospital report. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2014;49(5):642-647. doi:10.3109/00365521.2014.882403.
12. Mousavi S, Moradi M, Khorshidahmad T, et al. Anti-Inflammatory Effects of Heparin and Its Derivatives: A Systematic Review. *Advances in Pharmacological Sciences*. 2015;2015:507151. doi:10.1155/2015/507151.
13. BOSNIĆ O, Gopcevic K, Vrvic M, et al. Inhibition of trypsin by heparin and dalteparin, a low molecular weight heparin. *Journal of Serbian Chemical Society*. 2009;74. doi:10.2298/JSC0904379B.
14. Pancreas Study Group, Chinese Society of Gastroenterology, Chinese Medical Association. Practice guidance for diagnosis and treatment of pancreatitis-related splanchnic vein thrombosis (Shenyang, 2020). *Journal of Digestive Diseases*. 2021;22(1):2-8. doi:10.1111/1751-2980.12962.
15. Bùi Thị Thu Hường. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.

Summary

OUTCOMES OF ACUTE PANCREATITIS WITH COAGULATION DISORDERS IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Acute pancreatitis is a severe inflammation of the pancreas presented with a high morbidity and mortality rate if accompanied by severe local and systemic complications. Alterations in coagulation factors have been reported during acute pancreatitis. The objective of the study is to evaluate the outcomes of AP with coagulation disorders in children at the National Children's Hospital from January 2022 to July 2023. A descriptive study was conducted in 53 children diagnosed with acute pancreatitis according to the 2012 revised Atlanta criteria. These children exhibited at least one coagulation test result outside the age-appropriate range. Among the participants, 52.8% were male and 47.2% were female, with a median age of 5.5 years old. The findings indicate that 92.5% of patients responded positively to single medical management, with 86.8% achieving complete recovery and 13.2% experiencing relapses. Among D-Dimer concentrations exceeding 5000 ng/mL group, the rates of peripancreatic fluid collection (76.7%) and free intra-abdominal fluid (83.3%) were higher compared to those with D-Dimer concentrations below 5000 ng/mL, (43.5% and 52.2%, respectively). The duration of hospitalization in a higher D-Dimer levels group was longer (12.5 days (IQR: 8 - 17 days)) than the lower one (9 days (IQR: 7.5 - 13 days)). Nevertheless, no disparity in treatment outcomes was observed between the two groups.

Keywords: Acute pancreatitis, children, coagulation disorders, treatment.