

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG CẦN THƠ

Trần Bá Hưng và Lê Thị Thúy Loan✉

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Viêm tụy cấp là một quá trình tổn thương cấp tính của tụy, triệu chứng lâm sàng đa dạng, có nguy cơ diễn tiến nặng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 61 trẻ được chẩn đoán viêm tụy cấp tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2026. Kết quả nghiên cứu ghi nhận nhóm trẻ trên 10 tuổi chiếm 67%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (96,7%) và nôn (75,4%), sốt xuất hiện gợi ý tình trạng viêm tụy cấp nặng. Số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính và CRP ở nhóm viêm tụy cấp nặng tăng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm nhẹ. Thời gian nằm viện trung bình là $9,8 \pm 3,3$ ngày. Viêm tụy cấp nặng có thời gian nhịn ăn kéo dài, nhu cầu dịch truyền cao hơn nhóm nhẹ. Kết quả này cho thấy đau bụng và nôn là các biểu hiện lâm sàng thường gặp của viêm tụy cấp ở trẻ em. Các chỉ số viêm tăng cao liên quan đến mức độ nặng của bệnh, góp phần hỗ trợ đánh giá tiên lượng và hướng điều trị.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, lâm sàng, cận lâm sàng, trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy do sự hoạt hóa sớm các men tụy trong nhu mô tụy, gây tổn thương tế bào nang tụy và phản ứng viêm tại chỗ cũng như toàn thân.¹ Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng từ nhẹ và tự giới hạn đến các thể nặng có thể gây suy đa cơ quan và tử vong nếu không được chẩn đoán, điều trị kịp thời.¹ Tỷ lệ mắc viêm tụy cấp ở trẻ em đang có xu hướng gia tăng rõ rệt trên toàn thế giới.²

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em. Đau bụng, nôn ói và tăng men tụy là những biểu hiện thường gặp nhất. Điều trị hiện nay chủ yếu là điều trị hỗ trợ gồm bù dịch sớm, giảm đau, dinh dưỡng thích hợp và theo dõi biến chứng.³

Viêm tụy cấp ở trẻ em đang có xu hướng gia tăng và được quan tâm nhiều hơn. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu nhưng chủ yếu thực hiện tại các bệnh viện tuyến cuối ở miền Bắc và miền Nam.^{1,4} Khu vực Đồng bằng sông Cửu Long hiện còn thiếu các nghiên cứu hệ thống viêm tụy cấp ở trẻ em. Đặc biệt bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ là cơ sở nhi khoa chuyên sâu của khu vực, tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhi, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện vấn đề này. Việc đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp tại cơ sở này sẽ cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn, góp phần hoàn thiện dữ liệu dịch tễ học và hỗ trợ tối ưu hóa chiến lược chẩn đoán, điều trị phù hợp với bối cảnh địa phương. Bên cạnh đó, việc nhận diện sớm các trường hợp nhẹ cũng góp phần tránh các can thiệp không cần thiết, giảm chi phí điều trị và thời gian nằm viện cho bệnh nhi. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **“Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện**

Tác giả liên hệ: Lê Thị Thúy Loan

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: lttloan@ctump.edu.vn

Ngày nhận: 22/05/2026

Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

Nhi đồng Cẩn Thơ” nhằm các mục tiêu sau:

1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của viêm tụy cấp ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng Cẩn Thơ;

2) Kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cẩn Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Những bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp nhập viện tại bệnh viện Nhi đồng Cẩn Thơ từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2026.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả các bệnh nhân từ 1 tuổi đến 16 tuổi nhập viện tại Bệnh viện Nhi Đồng Cẩn Thơ thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp của INSPPIRE/NASPGHAN³: có ít nhất 2 trong 3 tiêu chí: đau bụng gợi ý viêm tụy cấp, amylase/lipase ≥ 3 lần giới hạn trên, hình ảnh học phù hợp. Gia đình trẻ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Trẻ bị viêm tụy cấp đến muộn sau 7 ngày. Trẻ bị viêm tụy mạn tính. Trẻ viêm tụy tái diễn. Gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu toàn bộ các trẻ đáp ứng tiêu chuẩn chọn vào và tiêu chuẩn loại trừ trong suốt thời gian nghiên cứu.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung ghi nhận lúc nhập viện: Tuổi (năm), nhóm tuổi (< 6/ 6 - 10/> 10 tuổi), giới (nam/nữ), tình trạng dinh dưỡng (bình thường/thừa cân-béo phì: dựa trên chỉ số nhân trắc cân nặng (CN), chiều cao (CC). Tính điểm

Z-score và phân loại tình trạng dinh dưỡng theo nhóm tuổi (WHO 2006, 2007)), tiền sử (bệnh lý đường mật/tụy/chấn thương/nhiễm giun/viêm dạ dày/khỏe mạnh).⁵

- Triệu chứng lâm sàng ghi nhận ghi nhận trong suốt quá trình điều trị: Đau bụng (có/không), nôn (có/không), tiêu lỏng (có/không), bụng chướng (có/không), bí trung đại tiện (không đại tiện và trung tiện trong ≥ 24 giờ: có/không), đau điểm sườn lưng (có/không), sốt (được xác định khi nhiệt độ đo tại nách $> 37,5^{\circ}\text{C}$: có/không), mạch nhanh (khi lớn hơn nhịp mạch bình thường theo tuổi⁶: 1 - 3 tuổi: > 150 lần/phút; 4 - 5 tuổi: > 135 lần/phút; 6 - 8 tuổi: > 130 lần/phút; 12 - 16 tuổi: > 110 lần/phút), sốc (có/không).

- Triệu chứng cận lâm sàng ghi nhận lúc nhập viện: bạch cầu tăng (tăng khi lớn hơn chỉ số bạch cầu bình thường theo tuổi⁶: sơ sinh: > 30 G/L; 1 tháng - 1 tuổi: $> 17,5$ G/L; 1 -6 tuổi: $> 15,5$ G/L; 6 - 12 tuổi: $> 13,5$ G/L; > 12 tuổi > 11 G/L), bạch cầu đa nhân trung tính tăng (tăng khi lớn hơn chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính bình thường theo tuổi⁶: sơ sinh: > 26 G/L; 1 tháng - 1 tuổi: $> 8,5$ G/L; 1 - 6 tuổi: $> 8,5$ G/L; 6 - 12 tuổi: > 8 G/L; > 12 tuổi: $> 7,5$ G/L), tiểu cầu tăng, CRP ($< 6/ 6 - 100/ > 100$ mg/L), Ca^{2+} giảm (giảm khi nồng độ canxi ion hóa $< 1,12$ mmol/L), Amylase ($< 300/ \geq 300$ U/L), Lypase ($< 180/ \geq 180$ U/L) và hình ảnh học: siêu âm và CT ổ bụng.

- Kết quả điều trị theo dõi trong suốt quá trình điều trị đến khi ra viện hay chuyển viện: thời gian nhịn ăn ($< 3/ \geq 3$ ngày), lượng dịch trong 48 giờ ($\leq 1,5$ NCCB/ $> 1,5$ NCCB), hỗ trợ hô hấp (không/thở oxy/thở máy), lọc máu (có/không), sử dụng giảm đau (có/không), sử dụng kháng sinh (không dùng/1 loại/ ≥ 2 loại), PPI (có /không), octreotic (có/không), ngoại khoa (có/không), thời gian nằm viện (ngày), kết cục (khỏe/tử vong/chuyển viện: bệnh nhi được chuyển đến cơ sở y tế khác để tiếp tục điều trị

trong đợt bệnh hiện tại, bao gồm chuyển viện theo chỉ định chuyên môn của bác sĩ điều trị hoặc theo nguyện vọng của gia đình).

- Mức độ: bệnh nhân được đánh giá mức độ nặng theo Hiệp hội Tiêu hóa, Gan mật và Dinh dưỡng Nhi khoa Bắc Mỹ (NASPGHAN) năm 2018³: Mức độ nhẹ: không có suy cơ quan và không có biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân. Mức độ trung bình - nặng: gồm các trường hợp viêm tụy cấp trung bình và nặng, có biến chứng tại chỗ, biến chứng toàn thân và/hoặc suy cơ quan thoáng qua hoặc kéo dài.

- Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn, tham khảo bệnh án và thăm khám lâm sàng.

- Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics phiên bản 20.0. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) tùy thuộc vào phân phối của dữ liệu, được đánh giá bằng kiểm định Shapiro-Wilk. Các biến định lượng có

phân phối chuẩn được so sánh giữa hai nhóm bằng kiểm định independent samples t-test; đối với các biến không có phân phối chuẩn, kiểm định Mann-Whitney U được sử dụng. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ (%), đồng thời được so sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test khi thích hợp. Khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) được sử dụng và giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận số 24.305.HV - ĐHYDCT ngày 28/06/2024.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2026 có tổng số 61 bệnh nhân đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 61)

	Đặc điểm	n	%
Tuổi (năm)	< 6	5	8
	6 - 10	15	25
	> 10	41	67
Giới	Nam	32	52
	Nữ	29	48
Tiền sử	Bệnh lý đường mật	3,	4,9
	Bệnh lý tụy	2	3,3
	Viêm dạ dày	11	18
	Nhiễm giun	2	3,3
	Chấn thương	1	1,6
	Lupus ban đỏ	1	1,6
	Khỏe mạnh	41	67,2

	Đặc điểm	n	%
Tình trạng dinh dưỡng	Bình thường	41	67
	Thừa cân - béo phì	20	33
Mức độ nặng	Nhẹ	44	72
	Trung bình-nặng	17	28

Trong 61 bệnh nhi nghiên cứu, nam chiếm 52%. Nhóm tuổi > 10 chiếm tỷ lệ cao nhất 67%, tuổi trung vị 12 (1,5 - 16 tuổi). Viêm tụy cấp

thường gặp ở trẻ có tiền sử khỏe mạnh chiếm 67,2%. 67% trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường và 72% viêm tụy cấp thể nhẹ.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng ở trẻ viêm tụy cấp (n = 61)

Đặc điểm	Chung		Viêm tụy cấp nhẹ (44)		Viêm tụy cấp trung bình-nặng (17)		P
	n	%	n	%	n	%	
Đau bụng	59	96,7	42	95,5	17	100	1*
Nôn	46	75,4	30	68,2	16	94,1	0,047*
Bí trung đại tiện	15	24,6	4	9,1	11	64,7	0,001*
Bụng chướng hơi	27	44,3	12	27,3	15	88,2	0,001
Đau điểm sườn lưng (Mayo Robson)	17	27,9	11	25	6	35,3	0,527*
Phản ứng thành bụng	1	1,6	0	0	1	5,9	0,279*
Sốt	28	45,9	16	36,4	12	70,6	0,016
Mạch nhanh	15	25,4	8	17,8	7	41,2	0,046

(*): Hiệu chỉnh Fisher's exact

Đau bụng và nôn là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ viêm tụy cấp chiếm tỷ lệ lần lượt là 96,7% và 75,4%. Tỷ lệ trẻ có nôn ói, bí trung đại tiện và bụng chướng ở nhóm viêm tụy cấp trung bình - nặng cao hơn nhóm nhẹ

với p lần lượt 0,047; 0,001 và 0,001. Có 45,5% trẻ có sốt và 25,4% trẻ có mạch nhanh trong đó tỷ lệ trẻ có sốt và mạch nhanh cao hơn ở nhóm trung bình-nặng ($p < 0,05$).

Bảng 3. Một số đặc điểm cận lâm sàng ở trẻ viêm tụy cấp (n = 61)

Đặc điểm		Viêm tụy cấp nhẹ	Viêm tụy cấp trung bình-nặng	Tổng	P
		n (%)	n (%)		
Bạch cầu (n = 61)	Bình thường	31 (70,5)	7 (41,2)	38 (62,3)	0,034
	Tăng	13 (29,5)	10 (58,8)	23 (37,7)	
BC đa nhân trung tính (n = 61)	Bình thường	19 (43,2)	1 (5,9)	20 (32,8)	0.005
	Tăng	25 (58,8)	16 (94,1)	41 (67,2)	
Tiểu cầu (n = 61)	Bình thường	33 (75)	9 (52,9)	42 (68,9)	0,095
	Tăng	11 (25)	8 (47,1)	19 (31,1)	
CRP (mg/L) (n = 53)	< 6	15 (39,5)	1 (6,7)	16 (30,2)	0,022*
	6 - 100	23 (60,5)	7 (46,7)	30 (56,6)	0,359
	> 100	0	7 (46,7)	7 (13,2)	0,001*
Ca²⁺ (n = 51)	Bình thường	18 (51,4)	7 (43,8)	25 (49)	0,611
	Giảm	17 (48,6)	9 (56,2)	26 (51)	
Amylase (U/L) (n = 61)	< 300	11 (25)	4 (23,5)	15 (24,6)	1*
	≥ 300	33 (75)	13 (76,5)	46 (75,4)	
Lypase (U/L) (n = 50)	< 180	6 (17,1)	1 (6,7)	7 (14)	0,659*
	≥ 180	29 (82,9)	14 (93,3)	43 (86)	

(*): Hiệu chỉnh Fisher's exact

Ở nhóm viêm tụy cấp trung bình-nặng có tỷ lệ trẻ bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao hơn (p lần lượt là 0,034 và 0,005). Nồng độ CRP > 100 mg/L cũng liên quan có ý nghĩa với mức độ nặng (p < 0,001). Số lượng

tiểu cầu và nồng độ canxi ion hóa không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Amylase và lipase máu tăng ≥ 3 lần gợi ý chẩn đoán viêm tụy cấp lần lượt là 75,4% và 86%.

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

Hình ảnh	Siêu âm ổ bụng (n = 61)		CT ổ bụng (n = 34)	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Bình thường	17	27,9	3	8,8
Tụy to*	35	57,3	25	73,5
Nhu mô biến đổi*	10	16,4	15	44,1

Hình ảnh	Siêu âm ổ bụng (n = 61)		CT ổ bụng (n = 34)	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Ổng tụy giãn*	2	3,3	3	8,8
Dịch quanh tụy*	11	18	14	41,2
Dịch ổ bụng*	14	23	18	52,9

(*): Một bệnh nhân có thể có nhiều hơn một tổn thương trên hình ảnh học

Có 72,1% 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. 34 bệnh

nhân có kết quả siêu âm bình thường hoặc bất thường được chỉ định chụp CT bụng ghi nhận thấy 91,2% trẻ có bất thường trên CT ổ bụng.

Bảng 5. Phương pháp điều trị viêm tụy cấp (n = 61)

Điều trị		Viêm tụy cấp nhẹ (n = 44)	Viêm tụy cấp trung bình-nặng (n = 17)	Tổng	p
Nhịn ăn và nuôi ăn tĩnh mạch	< 3 ngày	23 (52,3)	3 (17,6)	26 (42,6)	0,005
	≥ 3 ngày	21 (47,7)	14 (82,4)	35 (57,4)	
Dịch truyền trong 48 giờ đầu	≤ 1,5 NCCB	33 (75)	6 (35,3)	39 (63,9)	0,005
	> 1,5 NCCB	11 (25)	11 (64,7)	22 (36,1)	
Hỗ trợ hô hấp	Thở oxy	0	2 (11,8)	2 (3,3)	0,074*
	Thở máy	0	1 (5,9)	1 (1,6)	0,279*
Thuốc giảm đau		22 (50)	15 (88,2)	37 (60,7)	0,006
Kháng sinh	Không dùng	14 (31,8)	0	14 (23,1)	< 0,001
	1 loại	20 (45,5)	2 (11,8)	22 (36)	
	≥ 2 loại	10 (22,7)	15 (88,2)	25 (40,9)	
PPI**		36 (81,8)	16 (94)	52 (85,2)	0,249*

(*): Hiệu chỉnh Fisher's exact

(**): PPI: Thuốc ức chế bơm proton

Ở nhóm viêm tụy cấp trung bình-nặng, tỷ lệ trẻ có thời gian nhịn ăn thường kéo dài và lượng dịch truyền trong 48 đầu cao hơn so với nhóm nhẹ ($p = 0,005$). Hỗ trợ hô hấp chỉ ghi nhận ở 3 trường hợp viêm tụy cấp nặng trung bình-nặng (17,7%). Tỷ lệ trẻ phải sử dụng PPI

cao ở tất cả các thể viêm tụy cấp. Tỷ lệ dùng kháng sinh chiếm 76,9% và nhóm trẻ viêm tụy cấp trung bình và nặng phải sử dụng phối hợp kháng sinh, giảm đau cao hơn nhóm nhẹ, p lần lượt là $< 0,001$ và $0,006$.

Bảng 6. Kết cục điều trị viêm tụy cấp (n = 61)

Đặc điểm	Tần số	%
Khỏi	45	74
Chuyển viện	16	26
Tử vong	0	0
Thời gian điều trị (ngày)	9.8 ± 3.3	

Thời gian nằm viện trung bình là $9,8 \pm 3,3$. Tỷ lệ khỏi bệnh chiếm tỷ lệ 74%. Có 16 ca chuyển viện chiếm tỷ lệ 26% và không ghi nhận trường hợp tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 61 bệnh nhi viêm tụy cấp được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ trong thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2026. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi > 10 tuổi với tuổi trung vị 12 giao động từ 1,5 tuổi đến 16 tuổi. Trẻ trai có xu hướng bị viêm tụy cấp cao hơn so với trẻ gái. Độ tuổi có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Thương (2025) trên 96 trẻ viêm tụy cấp tại Bệnh viện Nhi Trung ương ghi nhận tuổi trung bình là $6,5 \pm 3,2$ tuổi, tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,2/1.⁷ Trong nghiên cứu của Deveci và cộng sự (2023) thì viêm tụy hay gặp ở trẻ vị thành niên.⁸ Tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ gái cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hường (2015) tại Bệnh viện Nhi Trung ương.⁹ Kết quả từ Bảng 1 cho thấy phần lớn các trường hợp viêm tụy xảy ra ở trẻ có tiền sử khỏe mạnh, chiếm 67,2%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hường tại Bệnh viện Nhi Trung ương (2015), trong đó tỷ lệ trẻ mắc viêm tụy cấp có tiền sử khỏe mạnh chiếm 64,5%.⁹ Điều này cho thấy viêm tụy cấp ở trẻ em có thể xuất hiện ngay cả ở những trẻ trước đó hoàn toàn khỏe mạnh, không có bệnh lý nền rõ ràng. Việc khai thác tiền sử bệnh đóng vai trò quan trọng trong định hướng nguyên nhân

gây viêm tụy cấp, đặc biệt trong các trường hợp liên quan đến chấn thương, sử dụng thuốc hoặc bệnh lý đường mật trước đó. Tỷ lệ trẻ có dinh dưỡng bình thường và viêm tụy cấp thể nhẹ chiếm tỷ lệ cao (67% và 72%), kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trong nước và quốc tế.^{1,9,10}

Về đặc điểm lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng chiếm tỷ lệ 96,7%. Kết quả này phù hợp với các tài liệu và nghiên cứu trước đây khi đều ghi nhận đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất của bệnh.¹¹ Bên cạnh đó, nôn cũng là triệu chứng song hành tuy tỷ lệ ít hơn là 75,4%. Kết quả từ bảng 2 cho thấy trị chứng nôn, bí trung đại tiện và bụng chướng xuất hiện nhiều hơn ở nhóm viêm tụy cấp nặng (p lần lượt 0,047; 0,001 và 0,001). Bí trung đại tiện và bụng chướng có thể phản ánh tình trạng liệt ruột cơ năng do phản ứng viêm lan rộng trong ổ bụng hoặc do đáp ứng viêm toàn thân mạnh ở bệnh nhi viêm tụy cấp nặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Abu-El-Haija (2018) và một số nghiên cứu khác ở trẻ em, ghi nhận nôn ói là triệu chứng thường gặp bên cạnh đau bụng và có xu hướng liên quan đến diễn tiến nặng của bệnh.^{2,3} Sốt và mạch nhanh gặp nhiều hơn ở nhóm viêm tụy cấp trung bình-nặng so với nhóm nhẹ. Sốt trong viêm tụy cấp

được cho là liên quan đến đáp ứng viêm toàn thân do sự giải phóng các cytokine tiền viêm như TNF- α , IL-1 và IL-6. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Phạm Thị Quỳnh (2025) tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa và Nguyễn Thị Huệ (2025), cho thấy sốt và nhịp tim nhanh có thể phản ánh mức độ đáp ứng viêm toàn thân, tình trạng mất dịch và rối loạn huyết động, thường gặp hơn ở những trường hợp có diễn tiến nặng.^{1,4}

Cơ chế bệnh sinh chính của viêm tụy cấp là tổn thương tế bào nang tụy, dẫn đến giải phóng các yếu tố nội bào và hoạt hóa phản ứng viêm, thu hút bạch cầu đa nhân trung tính và tế bào đơn nhân, từ đó kích hoạt các cytokine gây viêm.¹² Ở viêm tụy cấp thể nhẹ, phản ứng viêm chủ yếu khu trú tại tụy thường biểu hiện dưới dạng phù nề mô kẽ, ít hoặc không có hoại tử. Ngược lại, ở viêm tụy cấp thể nặng, quá trình hoạt hóa enzym diễn ra ồ ạt và lan rộng, dẫn đến hoại tử nhu mô tụy và tổn thương các mô lân cận. Đáp ứng viêm toàn thân được hoạt hóa mạnh mẽ, với sự giải phóng ồ ạt các cytokine, có thể gây hội chứng đáp ứng viêm hệ thống làm trầm trọng thêm triệu chứng lâm sàng và sinh hóa. Kết quả từ bảng 3 cho thấy tỷ lệ trẻ ở nhóm viêm tụy cấp trung bình-nặng có số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính và CRP có xu hướng tăng cao hơn nhóm viêm tụy cấp nhẹ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ (2025) và Devci (2023).^{1,8} Ngoài ra, nhiều nghiên cứu cho thấy CRP tăng cao có giá trị trong dự báo mức độ nặng của viêm tụy cấp, do đó chỉ số này được đưa vào một số thang điểm lâm sàng nhằm đánh giá tiên lượng bệnh.¹³

Về men tụy có 75,4% bệnh nhi có amylase và 86% bệnh nhi có lipase tăng ≥ 3 lần giới hạn bình thường. 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.^{2,3} Tuy nhiên, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ amylase, lipase với mức độ nặng của bệnh ($p > 0,05$), cho thấy enzym tụy có giá trị chủ yếu trong chẩn đoán hơn là tiên lượng độ nặng của viêm tụy cấp.

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 4 cho thấy siêu âm phát hiện viêm tụy cấp ở 72,1% trường hợp, trong khi CT ổ bụng đạt 91,2%. Điều này tương đồng với các công bố trong nước và quốc tế.^{3,7} Trong nghiên cứu của Orkin và cộng sự (2021), siêu âm chỉ có độ nhạy 52%, nhưng CT hoặc MRI ổ bụng có độ nhạy lên tới 78%.¹⁴ Mặc dù, vậy 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. Tỷ lệ phát hiện tổn thương trên siêu âm 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.

Nguyên tắc điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em bao gồm hồi sức dịch sớm và hợp lý, đảm bảo dinh dưỡng, kiểm soát đau, sử dụng kháng sinh hợp lý, theo dõi diễn tiến lâm sàng và xử trí nguyên nhân cũng như biến chứng. Kết quả từ Bảng 5 cho thấy tất cả bệnh nhi đều được nhịn ăn và nuôi ăn tĩnh mạch trong giai đoạn đầu điều trị. Trong đó, thời gian nhịn ăn ≥ 3 ngày gặp nhiều hơn ở nhóm viêm tụy cấp trung bình-nặng so với nhóm nhẹ (82,4% so với 47,7%; $p = 0,005$). tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ (2025).¹ Tuy nhiên, các khuyến cáo hiện nay của NASPGHAN/ESPGHAN đều ủng hộ việc nuôi ăn đường

tiêu hóa sớm trong vòng 24 - 48 giờ ở những trường hợp viêm tụy cấp nhẹ và khi bệnh nhân dung nạp được, nhằm duy trì tính toàn vẹn của niêm mạc ruột và giảm nguy cơ biến chứng.³ Do đó, tỷ lệ nhịn ăn kéo dài ngay cả ở nhóm viêm tụy cấp nhẹ trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là vấn đề cần được xem xét và tối ưu hóa trong thực hành lâm sàng. Tương tự, tỷ lệ bệnh nhi được truyền dịch > 1,5 lần nhu cầu dịch cơ bản trong 48 giờ đầu cao hơn ở nhóm viêm tụy cấp trung bình-nặng so với nhóm nhẹ (64,7% so với 25%; $p = 0,005$). Điều này phản ánh nhu cầu hỗ trợ dịch tích cực hơn ở những trường hợp có đáp ứng viêm toàn thân mạnh và nguy cơ giảm thể tích tuần hoàn. Kết quả của chúng tôi phù hợp với khuyến cáo của NASPGHAN về việc đảm bảo cung cấp dịch đầy đủ trong giai đoạn sớm của viêm tụy cấp ở trẻ em, đồng thời tương đồng với nghiên cứu của Norris và cộng sự (2025), trong đó chiến lược truyền dịch > 1,5 lần nhu cầu cơ bản có liên quan đến kết cục lâm sàng thuận lợi hơn.^{3,15}

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong viêm tụy cấp là 6,9%, tương đương nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai (2020) nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ (2025) (54,1%).^{1,10} Trong đó, nhóm trẻ viêm tụy cấp trung bình-nặng có nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau và phối hợp kháng sinh cao hơn so với nhóm viêm tụy cấp nhẹ. Tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế bơm proton trong nghiên cứu còn khá cao (85,2%) và không ghi nhận trường hợp sử dụng octreotide. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ (2025) với tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế bơm proton và octreotide lần lượt là 98,3% và 44,3%.¹ Theo các khuyến cáo hiện nay, octreotide và thuốc ức chế bơm proton không được khuyến cáo sử dụng thường quy trong điều trị viêm tụy cấp. Tuy nhiên, hiệu quả của các thuốc này vẫn còn nhiều tranh luận, do đó cần có thêm các nghiên cứu trong nước

nhằm đánh giá vai trò của các thuốc này trong điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em.³

Về kết quả điều trị, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ khỏi bệnh chiếm 74%, cho thấy đa số bệnh nhi viêm tụy cấp đáp ứng tốt với điều trị nội khoa tại cơ sở điều trị ban đầu. trong khi 16 trường hợp phải chuyển viện để tiếp tục theo dõi và điều trị. Phần lớn các trường hợp chuyển viện là do nhu cầu theo dõi và can thiệp chuyên sâu vượt quá khả năng của cơ sở nghiên cứu, phản ánh vai trò của hệ thống chuyển tuyến trong quản lý các trường hợp viêm tụy cấp có diễn tiến phức tạp. Tuy nhiên, một số trường hợp chuyển viện theo nguyện vọng của gia đình cũng có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ kết cục điều trị ghi nhận trong nghiên cứu.

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhi viêm tụy cấp trong nghiên cứu là $9,8 \pm 3,3$. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Huệ (2025) ($10,01 \pm 9,8$ ngày) và nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai (2020) ($12,1 \pm 6,6$ ngày).^{1,10} Sự khác biệt này có thể liên quan đến mức độ nặng của bệnh, chiến lược điều trị và đặc biệt là tỷ lệ chuyển viện tương đối cao trong nghiên cứu, khiến thời gian điều trị ghi nhận tại bệnh viện chưa phản ánh đầy đủ tổng thời gian nằm viện của bệnh nhi.

Bên cạnh kết quả thu được nghiên cứu có một số hạn chế cần được xem xét. Trước hết nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế, đặc biệt số trường hợp viêm tụy cấp trung bình-nặng chưa nhiều. Ngoài ra, tỷ lệ chuyển viện còn cao, trong khi nghiên cứu chưa theo dõi đầy đủ kết cục sau cùng. Bên cạnh đó, một số xét nghiệm chuyên sâu đánh giá mức độ đáp ứng viêm toàn thân như IL-6, TNF- α , procalcitonin chưa được thực hiện thường quy, nên chưa đánh giá được đầy đủ vai trò của các dấu ấn sinh học này trong tiên lượng bệnh. Cuối cùng, nghiên cứu chưa ghi nhận chi tiết thời điểm tái nuôi ăn, hình thức

nuôi dưỡng và khả năng dung nạp thức ăn, do đó chưa đánh giá được mức độ tuân thủ các khuyến cáo hiện hành về nuôi ăn sớm ở trẻ viêm tụy cấp.

V. KẾT LUẬN

Đau bụng và nôn là hai triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở trẻ viêm tụy cấp. Sốt và mạch nhanh gặp nhiều hơn ở nhóm viêm tụy cấp trung bình-nặng. Bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính và CRP tăng cao hơn ở nhóm viêm tụy cấp trung bình-nặng, trong khi amylase và lipase không ghi nhận sự khác biệt giữa các nhóm mức độ nặng. Nhóm viêm tụy cấp trung bình-nặng có thời gian nhịn ăn kéo dài hơn, nhu cầu dịch truyền trong 48 giờ đầu cao hơn và tỷ lệ sử dụng thuốc giảm đau, phối hợp kháng sinh nhiều hơn so với nhóm nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Huệ, Nguyễn Thị Việt Hà. Kết quả điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 554(1): 10-14. doi:10.51298/vmj.v554i1.15542.
2. 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.
3. 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. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018; 66(1): 159-176. doi:10.1097/MPG.0000000000001715.
4. Phạm Thị Quỳnh. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025; 557(1): 140-144. doi:10.51298/vmj.v557i1.16585.
5. World Health Organization. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization; 2006.
6. Calihan J. Cardiology. In: Tschudy MM, Arcara KM, eds. *The Harriet Lane Handbook*. 22nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020: 145-188.
7. Nguyễn Hoài Thương, Ninh Quốc Đạt, Nguyễn Thị Việt Hà. Coagulation disorders in children with acute pancreatitis at the Vietnam National Children's Hospital. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2023; 173(12E13): 112-119. doi:10.52852/tencyh.v173i12E13.1711.
8. Deveci U, Unsal SK, Dogan Y. A retrospective review of children followed up with the diagnosis of acute pancreatitis. *Niger J Clin Pract*. 2023; 26(12): 1876-1885. doi:10.4103/njcp.njcp_441_23.
9. 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 thạc sĩ. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
10. Chu Thị Phương Mai, Đỗ Thị Minh Phương, Nguyễn Thị Việt Hà. Kết quả điều trị bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020; 490(3): 109-112. doi.org/10.51298/vmj.v554i1.15542.
11. Jaday SJ, Shah H. A randomized study of outcome of acute pancreatitis in tertiary care hospital Gujarat, India. *Int Surg J*. 2018; 5(6): 2268-2274. doi:10.18203/2349-2902.isj20182235.
12. Trần Đình Huy, Võ Thị Mỹ Dung. Hồi sức dịch truyền trong viêm tụy cấp: từ chiến lược

bù dịch tích cực sang cá thể hóa. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2026; 29(3). doi:10.32895/hcjm.m.2026.03.01.

13. Suzuki M, Saito N, Naritaka N, et al. Scoring system for the prediction of severe acute pancreatitis in children. *Pediatr Int*. 2015; 57(1): 113-118. doi:10.1111/ped.12449.

14. 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; 213:143-148.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2019.06.028.

15. Norris N, Guimaraes AR, Freeman AJ, et al. Liberal fluid resuscitation is associated with improved outcomes in pediatric acute pancreatitis. *J Pediatr*. 2025; 276: 114329. doi:10.1016/j.jpeds.2024.114329.

Summary

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF PEDIATRIC ACUTE PANCREATITIS AT CAN THO CHILDREN'S HOSPITAL

Acute pancreatitis is an acute inflammatory condition of the pancreas characterized by diverse clinical manifestations and the potential for severe disease progression. This cross-sectional descriptive study enrolled 61 children diagnosed with acute pancreatitis at Can Tho Children's Hospital between June 2024 and May 2026. 67% of the study population included children older than 10 years old. Abdominal pain (96.7%) and vomiting (75.4%) were common in all patients, while fever was more frequently observed in patients with moderately severe–severe acute pancreatitis. White blood cell count, neutrophil percentage, and C-reactive protein levels were significantly higher in the moderately severe–severe group than the mild group. The mean length of hospital stay was 9.8 ± 3.3 days. Patients with moderately severe–severe acute pancreatitis had longer fasting periods and higher fluid requirements compared to patients with mild disease. These findings indicate that abdominal pain and vomiting are the predominant clinical manifestations of pediatric acute pancreatitis, while elevated white blood cell count, neutrophil percentage, and C-reactive protein levels are associated with greater disease severity.

Keywords: Acute pancreatitis, clinical, paraclinical, children.