

Nghiên cứu sự thay đổi thang điểm đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride được điều trị bằng liệu pháp thay huyết tương

Change of scale to assess the severity in patients with hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis treated with plasma exchange therapy

Đỗ Thanh Hòa*, Lê Thị Việt Hoa*, Nguyễn Gia Bình**,
Lê Xuân Dương*, Nguyễn Hải Ghi*

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
**Bệnh viện Bạch Mai

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu sự thay đổi thang điểm SOFA, Ranson trong đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride (TG) được điều trị bằng liệu pháp thay huyết tương (Plasma exchange - PEX). **Đối tượng và phương pháp:** 165 bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng TG điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2016 đến năm 2019 được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhân được đánh giá các thang điểm SOFA, Ranson trước và sau PEX. **Kết quả:** Thời gian từ khi phát hiện viêm tụy cấp do tăng TG đến khi được PEX là từ 1 đến 7 ngày. Tại thời điểm trước PEX, điểm SOFA ở 2 nhóm tương đương nhau, điểm Ranson ở nhóm có PEX cao hơn so với nhóm không PEX. Từ ngày 2 trở đi, nhóm có PEX điểm SOFA và Ranson thấp hơn so với nhóm không PEX, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê bắt đầu từ thời điểm ngày thứ 3 với điểm SOFA và ngày thứ 2 với điểm Ranson. **Kết luận:** Ở bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng TG máu, nhóm sử dụng PEX có điểm SOFA và Ranson thấp hơn so với nhóm không PEX.

Từ khóa: Tăng triglyceride, viêm tụy cấp, điểm SOFA, điểm Ranson.

Summary

Objective: To study the change in SOFA and Ranson's score in assessing the severity in patients with hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis (AP) treated with plasma exchange therapy (PEX). **Subject and method:** 165 patients with hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis treated at Bach Mai Hospital from 2016 to 2019 were included in the study. Patients were assessed on SOFA and Ranson score before and after PEX. **Result:** The time from hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis until PEX was from 1 to 7 days. Before PEX, SOFA scores were similar in both groups, Ranson score was higher than that in non-PEX group. At day 2, the PEX group had a lower SOFA and Ranson score than the non-PEX group, the difference was statistically significant starting from the 3rd day with SOFA and the second day with Ranson score. **Conclusion:** In patients with hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis, the PEX group had lower SOFA (day 3) and Ranson (day 2) scores than the non-PEX group.

Ngày nhận bài: 03/12/2019, ngày chấp nhận đăng: 04/12/2019

Người phản hồi: Đỗ Thị Hòa, Email: drhoav108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Keywords: Hypertriglyceridemia, acute pancreatitis, SOFA score, Ranson score.

1. Đặt vấn đề

Có rất nhiều nguyên nhân gây ra viêm tụy cấp (VTC), đứng hàng đầu là do sỏi mật và nghiện rượu chiếm khoảng 80%, tiếp sau đó là do tăng TG chiếm 1-9% [1]. Ngày nay, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật ứng dụng trong y học (siêu âm, CT, chụp cộng hưởng từ, máy xét nghiệm sinh hóa, huyết học...) đã giúp cho việc chẩn đoán bệnh VTC được dễ dàng hơn, đánh giá mức độ nặng của bệnh tốt hơn, và biết rõ nguyên nhân gây ra bệnh để phục vụ cho công tác tiên lượng và điều trị được tốt hơn. Đồng thời với sự hiểu biết về cơ chế bệnh sinh của VTC đã rõ ràng tụy bị tổn thương do nhiều cơ chế và hậu quả giải phóng ra các cytokines như IL-1, TNF- α , IL-6, IL-8..., tăng phản ứng tế bào bạch cầu và các tế bào nội mạc mạch máu và tăng áp lực ổ bụng [1]. Do đó điều trị VTC cũng có nhiều tiến bộ như điều trị nguyên nhân VTC (nhiễm khuẩn, do sỏi, rối loạn chuyển hóa mỡ ...) và biện pháp can thiệp điều trị nguyên nhân như nội soi ngược dòng lấy sỏi, các biện pháp điều trị hỗ trợ, các biện pháp về hồi sức: Bù dịch trong 48 giờ đầu, CVVH, PEX, lọc máu ngắt quãng... Hiện nay, để đánh giá mức độ nặng ở các bệnh nhân VTC nói chung, thang điểm SOFA và Ranson vẫn được sử dụng rộng rãi [8]. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng liệu pháp thay huyết tương (PEX) có hiệu quả trong điều trị và ảnh hưởng đến một số thang điểm đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp do tăng TG máu. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này do đó chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Nghiên cứu sự thay đổi thang điểm SOFA và Ranson ở bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride được điều trị bằng liệu pháp thay huyết tương.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

165 bệnh nhân được chẩn đoán VTC do tăng TG tại Khoa Hồi sức Tích cực, Bệnh viện Bạch Mai từ 2016 đến tháng 2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào nghiên cứu:

3. Kết quả

a. Chẩn đoán VTC: Theo khuyến cáo của Hội nghị Tiêu hoá Thế giới năm 2006 [10].

Tiêu chuẩn là một triệu chứng lâm sàng kèm với ít nhất một trong hai triệu chứng cận lâm sàng.

- Triệu chứng lâm sàng: Cơ đau bụng điển hình.

- Amylase máu tăng cao > 3 lần so với giá trị bình thường.

- Chụp cắt lớp vi tính: Chẩn đoán xác định viêm tụy cấp.

b. Xét nghiệm TG $\geq 11,3\text{mmol/l}$ (1000mg/dl).

Tiêu chuẩn loại trừ: VTC được chẩn đoán loại trừ do các nguyên nhân khác: Sỏi mật, giun chui ống mật, do chấn thương, do rượu....

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả.

- Thu thập thông tin và xử lý số liệu:

Các bệnh nhân được chia làm hai nhóm gồm:

Nhóm 1: 82 bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride được điều trị theo phác đồ điều trị nội khoa (dùng thuốc hạ mỡ máu, insulin) theo phác đồ chung của Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai.

Nhóm 2: 83 bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride được điều trị bằng thay huyết tương - PEX theo quy trình kỹ thuật của Khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai.

Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng, làm xét nghiệm cận lâm sàng tại thời điểm vào viện (ngày 1), ngày thứ 2, 3, 4, 5, 6 và trước ra viện.

Điểm Ranson và SOFA dựa vào bảng yếu tố tiên lượng của Ranson [4] và bảng điểm SOFA [5] được in sẵn.

Các số liệu thu thập của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính bằng chương trình phần mềm SPSS 22.0.

Bảng 1. Phân bố bệnh theo tuổi, giới

Đặc điểm		Chung (n = 165)	Nhóm 1 ¹ (n = 82)	Nhóm 2 ² (n = 83)	p ¹⁻²
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)		41,04 $\pm$ 9,27	41,93 $\pm$ 9,51	40,17 $\pm$ 8,99	>0,05
Giới	Nam (n, %)	112 (67,9)	60 (73,2)	52 (62,7)	>0,05
	Nữ (n, %)	53 (32,1)	22 (26,8)	31 (37,3)	>0,05

Nhận xét: VTC tăng TG chủ yếu gặp ở độ tuổi lao động. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình và phân bố theo giới giữa 2 nhóm viêm tụy cấp do tăng TG có PEX và viêm tụy cấp không PEX.

Bảng 2. Các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng \ Nhóm	Chung (n = 165)		Nhóm 1 ¹ (n = 82)		Nhóm 2 ² (n = 83)		p ¹⁻²
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Nôn, buồn nôn	60	36,4	26	31,7	34	41,0	>0,05
Bí trung đại tiện	16	9,7	6	7,3	10	12,1	>0,05
Tiêu chảy	11	6,7	6	7,3	5	6,0	>0,05

Nhận xét: Triệu chứng nôn, buồn nôn chiếm 36,4%. Dấu hiệu ỉa lỏng đi cùng chiếm 9,7% và có 6,7% bệnh nhân bí trung đại tiện. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện ở nhóm VTC do tăng TG có PEX cao hơn nhóm không PEX, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng \ Nhóm	Chung (n = 165)		Nhóm 1 ¹ (n = 82)		Nhóm 2 ² (n = 83)		p ¹⁻²
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Bụng chướng	144	87,3	68	82,9	76	91,6	>0,05
Ấn đau khắp bụng, phản ứng thành bụng	23	13,9	12	14,6	11	13,3	>0,05
Điểm sườn - lưng đau	3	1,8	1	1,2	2	2,4	>0,05
Tràn dịch màng phổi	29	17,6	11	13,4	18	21,7	>0,05
Tăng áp lực ổ bụng	58	35,2	27	56,3	31	63,3	>0,05

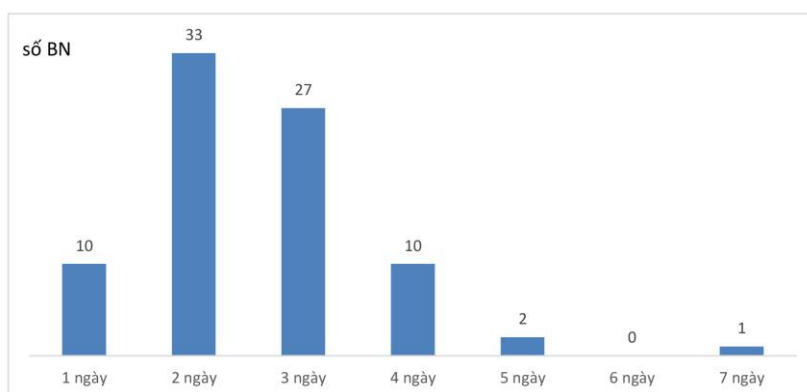
Nhận xét: Trong các triệu chứng thực thể, chướng bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (87,3%). Các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như ấn đau khắp bụng, phản ứng thành bụng chiếm 13,9%, tràn dịch màng phổi có 29 bệnh nhân chiếm 17,6%. Có 58 bệnh nhân chiếm 35,5% số bệnh nhân VTC do tăng TG có tăng áp lực ổ bụng.

Bảng 4. Thời gian được PEX lần đầu tiên

Thời gian	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
Từ khi phát hiện VTC do tăng TG	2,58 $\pm$ 1,06	1	7

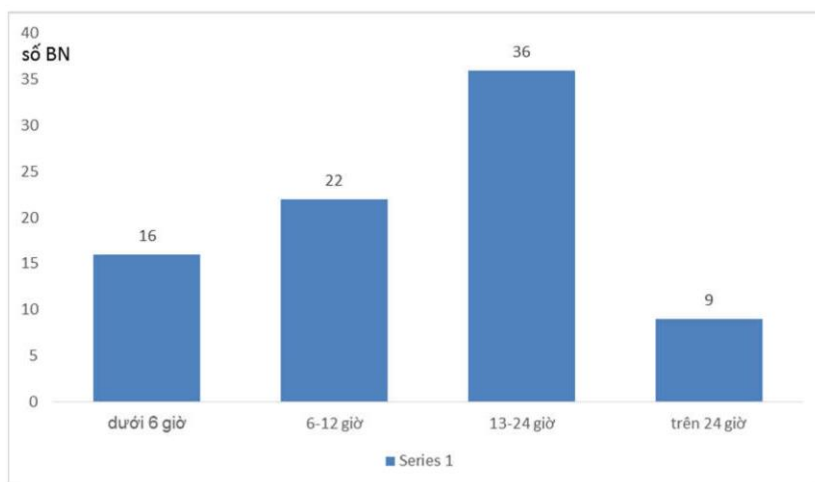
đến khi được PEX (ngày)			
Từ khi vào hồi sức tích cực VTC do tăng TG đến khi được PEX (giờ)	14,85 ± 8,08	0,25	41

Nhận xét: Thời gian từ khi phát hiện VTC do tăng TG đến khi được PEX là từ 1 đến 7 ngày. Thời gian từ khi vào Khoa Hồi sức tích cực đến khi được PEX là 14,85 ± 8,08 giờ, thấp nhất là 15 phút và cao nhất là 41 giờ.



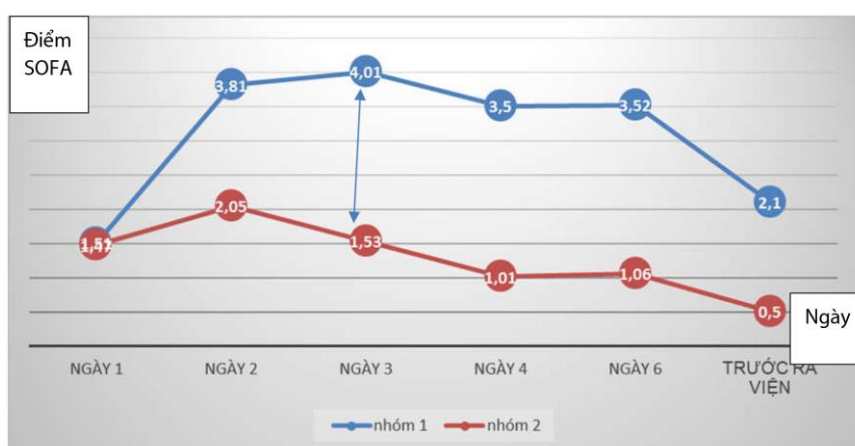
Biểu đồ 1. Thời gian từ khi phát hiện VTC do tăng TG đến khi được PEX

Nhận xét: Có 43/83 bệnh nhân được PEX vào ngày thứ 1 - 2 từ khi phát hiện VTC do tăng TG, 40/83 bệnh nhân được PEX sau 2 ngày từ khi phát hiện VTC do tăng TG.



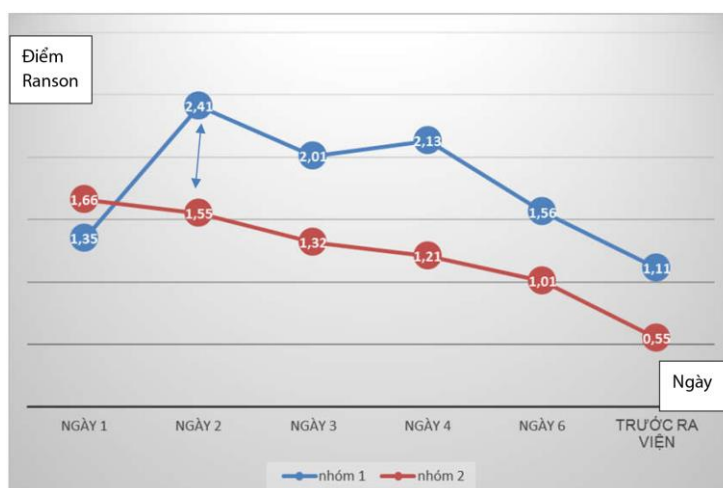
Biểu đồ 2. Thời gian từ khi vào hồi sức tích cực đến khi được PEX

Nhận xét: Có 38/83 bệnh nhân được PEX trước 12 giờ từ khi vào hồi sức tích cực, số còn lại được PEX sau 12 giờ từ khi vào hồi sức tích cực.



Biểu đồ 3. Thay đổi thang điểm SOFA theo thời gian của 2 nhóm có và không PEX

Nhận xét: Tại thời điểm trước PEX, điểm SOFA ở 2 nhóm tương đương nhau. Tại thời điểm ngày 2, nhóm PEX có điểm SOFA thấp hơn so với nhóm không PEX, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê bắt đầu từ thời điểm ngày thứ 3.



Biểu đồ 4. Thay đổi thang điểm Ranson theo thời gian của 2 nhóm có và không PEX

Nhận xét: Tại thời điểm trước PEX, điểm Ranson ở nhóm có PEX cao hơn so với nhóm không PEX. Tại thời điểm ngày 2 trở đi, nhóm có PEX điểm Ranson thấp hơn so với nhóm không PEX.

4. Bàn luận

Trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi phần lớn vào viện muộn, có thể do Bệnh viện Bạch Mai là tuyến cuối cùng nên sẽ phải qua điều trị của tuyến dưới, bởi vậy BN sẽ được PEX muộn hơn. Một yếu tố quan trọng giúp cho liệu

pháp PEX được thực hiện sớm là xét nghiệm TG, nhưng do không được chú ý nhiều đến nên một số BN không được làm, mặt khác TG không là một xét nghiệm cấp cứu và PEX là một liệu pháp kỹ thuật cao, kinh phí lớn nên không phải lúc nào cũng có thể thực hiện được ngay. Chính vì vậy có BN phải đến 41 giờ sau vào viện mới được PEX, có BN không có điều kiện để PEX. Bệnh nhân được PEX sớm nhất là 15 phút sau vào hồi sức tích cực do đã được xét nghiệm và làm chẩn đoán đầy đủ trước khi nhập hồi sức tích cực. Kết quả này của chúng tôi có khác biệt

đáng kể so với nghiên cứu khác. Cụ thể thời gian này dài hơn so với một số nghiên cứu trên thế giới như Kandemir và cộng sự (CS) (2018) trên 33 bệnh nhân viêm tụy cấp tăng TG nặng tại Thổ Nhĩ Kỳ thấy: Thời gian từ khi khởi phát đau bụng cho đến khi thay huyết tương lần đầu tiên trung bình là 12 ± 4 giờ (nh nhanh nhất là 10 giờ và chậm nhất là 24 giờ) [6]. Nakhoda và CS (2017): Thời gian bắt đầu thay huyết tương trung bình là 2,6 ngày sau khi nhập viện [7]. Tại Việt Nam, theo Hoàng Đức Chuyên (2012): Thời gian từ lúc vào khoa đến khi PEX $18,79 \pm 16,02$ giờ, cao nhất 72 giờ, thấp nhất 3 giờ, ngày bị bệnh trung bình của BN đến khi được PEX $3,5 \pm 2,33$ ngày, cao nhất 16 ngày, thấp nhất 1 ngày. Điều này chứng tỏ PEX là kỹ thuật ngày càng được quan tâm và sớm triển khai để điều trị VTC do tăng TG [2].

Có nhiều thang điểm để đánh giá và tiên lượng bệnh nhân VTC. Li M (2019) đã so sánh giá trị các thang điểm đánh giá mức độ nặng ở bệnh nhân VTC do tăng TG máu và đưa ra nhận xét: Điểm SOFA có độ chính xác cao hơn SIRS, Ranson có độ chính xác cao hơn APACHE-II khi dự đoán VTC nặng [8]. Theo Qiu L, điểm Ranson có giá trị tiên lượng mức độ nặng và tái phát VTC do tăng TG [9]. Tại Việt Nam, Trần Phương nghiên cứu trên 26 bệnh nhân phụ nữ có thai bị viêm tụy cấp tăng TG máu thấy, thang điểm SOFA của viêm tụy cấp do tăng triglyceride ở phụ nữ mang thai có cải thiện sau điều trị ngày thứ 2 nằm viện [3], theo Hoàng Đức Chuyên (2012), độ nặng theo thang điểm SOFA của VTC tăng TG có cải thiện sau PEX [2]. Kết quả này không khác biệt nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi với điểm Ranson và SOFA của bệnh nhân giảm từ ngày thứ 2 trở đi sau vào viện.

5. Kết luận

Từ ngày 2 trở đi, nhóm có PEX điểm SOFA và Ranson thấp hơn so với nhóm không PEX, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê bắt đầu từ thời điểm ngày thứ 3 với điểm SOFA và ngày thứ 2 với điểm Ranson.

Tài liệu tham khảo

1. Đào Xuân Cơ (2012) *Nghiên cứu giá trị của áp lực ổ bụng trong phân loại mức độ nặng ở bệnh nhân viêm tụy cấp*. Luận án Tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.
2. Hoàng Đức Chuyên (2012) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp tăng triglycerid máu*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
3. Trần Phương (2017) *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp tăng triglycerid ở phụ nữ có thai*. Luận án Thạc sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
4. Ranson JH et al (1974) *Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis*. Surg Gynecol Obstet 139(1): 69-81.
5. Ferreira FL et al (2001) *Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients*. Jama 286(14): 1754-1758.
6. Kandemir A et al (2018) *Therapeutic plasma exchange for hypertriglyceridemia induced acute pancreatitis: the 33 cases experience from a tertiary reference center in Turkey*. Turk J Gastroenterol 29(6): 676-683.
7. Nakhoda S et al (2017) *Use of the APACHE II score to assess impact of therapeutic plasma exchange for critically ill patients with hypertriglyceride-induced pancreatitis*. Transfus Apher Sci 56(2): 123-126.
8. Li M et al (2019) *Comparison of scoring systems in predicting severity and prognosis of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis*. Dig Dis Sci, 2019.
9. Qiu L et al (2015) *Comparison of existing clinical scoring systems in predicting severity and prognoses of hyperlipidemic acute pancreatitis in Chinese patients: A retrospective study*. Medicine (Baltimore), 94(23): 957.
10. Banks PA, Freeman ML (2006) *Practice guidelines in acute pancreatitis*. Am J Gastroenterol 101(10): 2379-400.

