

Đánh giá kết quả bước đầu điều trị tăng triglycerid bằng liệu pháp insulin đường tĩnh mạch ở bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

Preliminary result of treatment of hypertriglyceridemia with intravenous insulin therapy in patients with acute pancreatitis at Hai Phong Medical University Hospital

Ngô Thị Thu Thủy¹, Phan Thục Anh²,
Nguyễn Thu Thùy³, Nguyễn Ngọc Ánh³
và Lê Văn Thiệu^{2*}

¹Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng,

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp,

³Trường ĐHYD Hải Phòng

Tóm tắt

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá kết quả điều trị tăng triglyceride máu bằng liệu pháp insulin đường tĩnh mạch ở bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng triglyceride điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 8/2023 đến 8/2024, đối tượng nghiên cứu được chia làm 2 nhóm có và không truyền insulin tĩnh mạch. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $45,6 \pm 15,0$ và chủ yếu là nam. Đau bụng, bí trung đại tiện, nôn cùng chướng bụng hay gặp trong đó đau bụng gặp ở 100% bệnh nhân. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng và tỷ lệ biến chứng hạ đường máu và hạ kali máu giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Số ngày giảm nồng độ TG $< 5,6 \text{ mmol/l}$ ở nhóm sử dụng insulin tĩnh mạch thấp hơn nhóm không sử dụng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (SE: 1,42, 95% CI [-2,91; -0,81]), số ngày nhịn ăn, dùng kháng sinh, giảm tiết acid dạ dày và tổng số ngày điều trị giữa 2 nhóm tương đương nhau. Kết quả điều trị ổn định đạt trung bình 90%. **Kết luận:** Bước đầu đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp do tăng triglycerid thấy có hiệu quả giảm triglycerid và không làm gia tăng các biến chứng của liệu pháp này.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, tăng triglyceride, liệu pháp insulin tĩnh mạch.

Summary

Objective: Initially to evaluate the results of treatment of hypertriglyceridemia with intravenous insulin therapy in patients with acute pancreatitis at Hai Phong Medical University Hospital. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study on 30 patients with acute pancreatitis due to hypertriglyceridemia treated as inpatients at Hai Phong Medical University Hospital from August 2023 to August 2024, study subjects the study was divided into 2 groups with and without intravenous insulin infusion. **Result:** Mean age was 45.6 ± 15.0 years. Abdominal pain, constipation and abdominal distension, vomiting and bloating were common, with abdominal pain occurring in

Ngày nhận bài: 16/9/2025, ngày chấp nhận đăng: 29/9/2025

* Tác giả liên hệ: thieulv@gmail.com - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

100% of patients. There was no statistically significant difference between symptoms and the rate of complications of hypoglycemia and hypokalemia between the 2 groups ($p>0.05$). There were a difference with (SE: 1.42, 95% CI [-2.91; -0.81]) between the number of days with TG reduction rate $< 5.6\text{mmol/l}$ in the 2 groups, the number of days of fasting, using antibiotics, reducing gastric acid secretion and the total number of days of treatment between the 2 groups. Stable treatment results reached an average of 90%. *Conclusion:* Initial evaluation of the results of treatment of acute pancreatitis due to hypertriglyceridemia found that it was effective in reducing triglycerides and did not increase complications of this therapy.

Keywords: Acute pancreatitis, hypertriglyceridemia, intravenous insulin therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là bệnh thường gặp, bệnh thường khởi phát đột ngột, diễn biến phức tạp với nhiều bệnh cảnh lâm sàng, tỷ lệ tử vong cao, nguyên nhân hay gặp là sỏi mật chiếm khoảng 40%, rượu (30%) và tăng triglyceride (TG) máu là nguyên nhân thường gặp thứ 3. Tăng TG máu đã được chứng minh có liên quan đến VTC nặng, tỷ lệ lọc máu cao (81,6%) theo nghiên cứu của Võ Thị Đoan Thục- Khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Chợ Rẫy (2021) làm tăng chi phí điều trị^{1, 2, 3}. Một số nghiên cứu về VTC trên thế giới cho thấy tăng TG máu có liên quan đến VTC hoại tử, và các biến chứng nặng như sốc, suy thận cấp, nhiễm trùng và làm tăng tỷ lệ tử vong. Cơ chế chính xác gây viêm tụy vẫn chưa được rõ, hai cơ chế được đề xuất là: (1) Tăng TG làm gia tăng nồng độ Chylomicrons trong máu gây tắc mạch và hoại tử mô tụy; (2) Sản phẩm thủy phân của TG là các acid béo tự do với nồng độ cao dưới tác dụng của lipase gây nhiễm độc tế bào tụy (lipotoxicity) gây tổn thương tại chỗ, đồng thời làm tăng nồng độ các chất trung gian của phản ứng viêm và các gốc tự do kết quả là VTC. Tăng TG máu $> 1000\text{mg/dL}$ ($11,2\text{mmol/L}$) ở người VTC được cho là VTC do tăng TG máu. Phương pháp thay huyết tương (PEX) là một trong những phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh nhân VTC thể nặng có tăng triglyceride tuy nhiên chi phí điều trị cao⁴. Vì thế liệu pháp truyền insulin đường tĩnh mạch để hạ TG máu trong VTC là phương pháp chi phí thấp, đặc biệt

ở những cơ sở có nguồn lực hạn chế đã được đề xuất bởi nhiều tác giả. Insulin có tác dụng làm giảm TG máu thông qua tăng cường hoạt động của enzyme lipoprotein lipase trong cơ và mô mỡ. Tuy nhiên, quan điểm và phương pháp hạ TG trong VTC vẫn còn nhiều tranh cãi. Nhiều tác giả đã cho thấy hiệu quả hạ TG cũng như tăng hiệu quả điều trị VTC. Hơn nữa, insulin tĩnh mạch cũng giúp kiểm soát đường máu ở người bệnh VTC do tăng TG có đái tháo đường (ĐTĐ). Ngược lại một số tác giả không ủng hộ biện pháp này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Bước đầu đánh giá kết quả điều trị tăng triglyceride máu bằng liệu pháp insulin đường tĩnh mạch ở bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn: Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán VTC theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 và tăng TG mức rất cao với TG máu $\geq 5,6\text{mmol/l}$ điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng thời gian từ tháng 1/2024 - 8/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng ảnh hưởng đến chỉ số nghiên cứu như suy thận mạn, bệnh nhiễm trùng phổi hợp gây suy đa cơ quan; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang theo dõi dọc.

Trong thời gian nghiên cứu, chọn được 30 bệnh nhân gồm 2 nhóm.

Nhóm 1 ($n_1 = 14$): Các bệnh nhân được sử dụng liệu pháp insulin tĩnh mạch.

Nhóm 2 ($n_2 = 16$): Các bệnh nhân không được sử dụng liệu pháp insulin tĩnh mạch.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất lấy toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp có tăng TG trong suốt thời gian nghiên cứu.

Chẩn đoán VTC theo Atlanta 2012, khi có 2/3 tiêu chuẩn ⁵: Đau bụng điển hình Amylase và/hoặc Lipase huyết tương tăng trên ba lần giới hạn trên của bình thường. Có tổn thương viêm tụy trên chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng).

Phác đồ điều trị insulin đường tĩnh mạch Insulin nhanh (Atrapid): Theo phác đồ đã được phê duyệt tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

Bệnh nhân VTC tăng TG máu không ĐTĐ: Truyền tĩnh mạch liều 0,1 đơn vị/kg/giờ, pha với dung dịch glucose 10% + 1g kali clorid, kiểm soát đường máu và định nồng độ TG 12 giờ/lần, dừng truyền insulin khi TG < 500mg/dL (5,6mmol/L).

Bệnh nhân có ĐTĐ: Insulin nhanh truyền tĩnh mạch, liều tính theo UI/kg cân nặng/h theo phác đồ điều trị nhiễm toan ceton.

Thời gian sử dụng: Tính từ khi bắt đầu truyền cho đến khi ngừng truyền tính theo giờ. Theo dõi cho đến khi TG máu khi đói < 5,6mmol/L và/hoặc hết triệu chứng VTC.

Nội dung nghiên cứu: Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lúc vào viện, hiệu quả điều trị (số ngày điều trị, số ngày dùng insulin, dùng thuốc giảm tiết, kháng sinh, nhịn ăn), các biến chứng tại chỗ và toàn thân của bệnh (hoại tử tụy, suy tạng), các biến chứng của điều trị insulin (hạ kali, đường máu).

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS ver 22.0 của hãng IBM năm 2013, các biến số định tính (giới tính, triệu chứng lâm sàng, kết quả điều trị, biến chứng) được trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm, các biến số định lượng (tuổi, kết quả cận lâm sàng, số ngày điều trị) được trình bày bằng chỉ số trung bình, độ lệch chuẩn. Sự khác biệt giữa 2 trung bình sử dụng phương pháp Bootstrap tái chọn mẫu bao nhiêu lần (5000 lần).

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được sự cho phép của Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

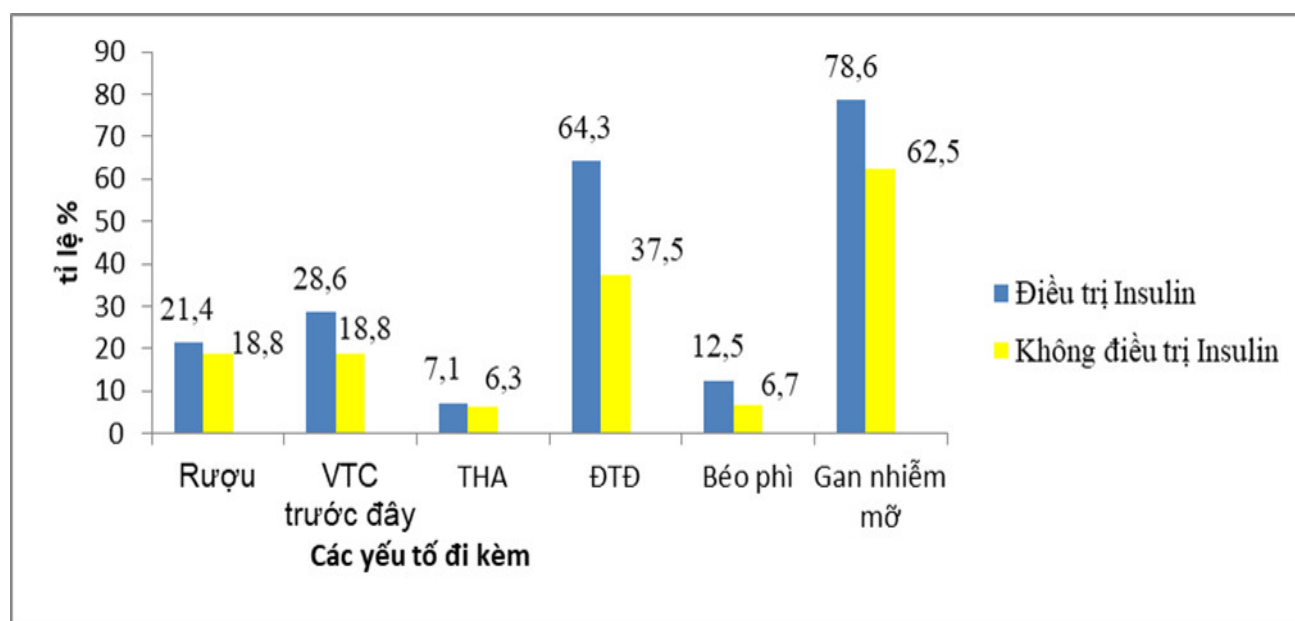
III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân VTC do tăng TG điều trị nội trú tại Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng từ 1/2024 đến 8/2024, chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu lúc vào viện

Đặc điểm	Insulin tĩnh mạch		Giá trị p
	Có (n /%)	Không (n /%)	
Giới (nam/nữ)	12/2	12/4	>0,05
Tuổi (năm) ($\bar{X} \pm SD$)	42,4 $\pm$ 12,9	48,6 $\pm$ 16,5	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ giới nam chiếm đa số ở các đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) ở cả 2 nhóm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình giữa 2 nhóm ĐTNC.

**Hình 1.** Các yếu tố đi kèm

Nhận xét: Gan nhiễm mỡ và ĐTĐ là hay gặp nhất. THA là yếu tố nguy cơ ít gặp nhất với tỷ lệ là 7,1% ở nhóm có truyền insulin và 6,3% ở nhóm không truyền insulin.

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng của 2 nhóm lúc vào viện

Đặc điểm	Insulin TM		Giá trị p
	Có, n (%)	Không, n (%)	
Đau bụng	14 (100)	16 (100)	
Nôn và buồn nôn	10 (52,6)	9 (36,4)	>0,05
Bí trung đại tiện	9 (42,9%)	12 (57,1%)	>0,05
Chướng bụng	25 (85,7%)	2 (14,3%)	>0,05*
Sốt	4/16 (25%)	4/12 (33,3%)	>0,05*

*Fisher's Exact test

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 1 số triệu chứng lâm sàng giữa 2 nhóm ĐTNC.

Bảng 3. Các triệu chứng cận lâm sàng của 2 nhóm lúc vào viện

Đặc điểm (trung vị, tứ phân vị)	Insulin tĩnh mạch		SE	95% CI bootstrap
	Có	Không		
Amylase máu	81,5 (42,1-634,6)	54,5 (35,8-333,4)	0,06	-268,36 - 358,74
CRP	41,3 (18,5- 148,8)	93,2 (60,2-108,0)	0,47	-41,41 - 52,76

Đặc điểm (trung vị, tứ phân vị)	Insulin tĩnh mạch		SE	95% CI bootstrap
	Có	Không		
Bạch cầu (G/L)	12,8 (10,9-14,35)	13,7 (11,1-15,8)	0,47	-2,08 - 3,12
Bilirubin máu toàn phần	13,0 (9,4-77,2)	18 (12,6-42,9)	0,18	-40,68 - 16,01
Mức độ VTC theo Balthazar	3,0 (1,5-4,0)	3,0 (2,0-4,0)	0,29	-0,54 - 1,16
Nồng độ TG lúc vào viện	29,7 (6,8-76,7)	6,94 (5,64-16,8)	0,41	-49,34 - -1,29

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 1 số triệu chứng cận lâm sàng (Amylase máu, CRP, bạch cầu, bilirubin toàn phần, điểm Balthazar), tuy nhiên có sự khác biệt về nồng độ triglycerid giữa 2 nhóm ĐTNC (nhóm điều trị insulin cao hơn nhóm không điều trị) có ý nghĩa thống kê (CI 95%: [-49,34; -1,29]).

Bảng 3. Số ngày điều trị ở 2 nhóm đối tượng nghiên cứu

Số ngày điều trị (medium)	Insulin tĩnh mạch		SE	95% CI bootstrap
	Có	Không		
Để TG < 5,6mmol/l	2,5 (1 - 4)	3,5 (1,5 - 5)	1,42	-2,91 _ -0,81
Dùng thuốc giảm tiết	3 (2 - 7)	5 (2 -8)	0,061	-5,58 _ 3,1
Nhịn ăn	3 (2 -3)	2,5 (1,25 - 3)	0,36	- 1,2 _ 1,78
Kháng sinh	9 (6 - 12)	10 (6 -14)	0,45	- 2,24_ 2,75
Tổng đợt điều trị	9 (6 -12)	8 (4 - 12)	1,01	-3,3 _ 1,6

Nhận xét: Số ngày điều trị giúp giảm TG < 5,6mmol/l và ở 2 nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê (CI 95%: [-2,91; -0,81]). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số ngày bệnh nhân phải nhịn ăn, dùng thuốc giảm tiết, kháng sinh và tổng số ngày điều trị của đợt điều trị.

Bảng 5. Kết cục điều trị của các ĐTNC

Kết cục điều trị	Chung	Insulin truyền tĩnh mạch		Giá trị p
		Có, n (%)	Không, n (%)	
Ra viện	27 (90)	12 (85,7)	15 (93,8)	>0,05*
Xin về	3 (10)	2 (14,3)	1 (6,3)	
Chuyển tuyến	0	0	0	
Tử vong trong đợt điều trị	0	0	0	
Tổng	30	14	16	

*Fisher's Exact test

Nhận xét: Kết quả điều trị chủ yếu đạt được là bệnh nhân ổn định, ra viện. Không có bệnh nhân nào phải chuyển tuyến trên.

Bảng 6. Các biến chứng hạ đường máu và hạ kali máu ở các ĐTNC

Các biến chứng	Chung	Điều trị Insulin tĩnh mạch		Giá trị p
		Có, n (%)	Không, n (%)	
Hạ kali máu	9/30 (30%)	5 (35,7%)	4 (25%)	>0,05*
Hạ đường máu	2/30 (6,7%)	1 (7,1%)	1 (6,3%)	>0,05*

*Fisher's Exact test

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ xuất hiện 2 biến chứng hạ đường máu và hạ kali máu ở 2 nhóm ĐTNC.

Bảng 7. Tỷ lệ các biến chứng nặng VTC ở các nhóm ĐTNC

Biến chứng	Điều trị Insulin tĩnh mạch	
	Có n (%)	Không n (%)
Suy gan	1 (3,3%)	0
Suy thận	0	1 (3,3%)
Suy hô hấp	0	0
Suy tuần hoàn	0	0

Nhận xét: Biến chứng suy gan ở nhóm điều trị insulin và 1 bệnh nhân có biến chứng suy thận ở nhóm không điều trị insulin.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $45,6 \pm 15,0$ tuổi và giới tính chủ yếu là nam giới chiếm 80%. Kết quả này tương đồng với kết quả một số nghiên cứu trong nước và quốc tế khác: VTC có tăng TG chủ yếu gặp ở giới nam do các thói quen sinh hoạt, ăn uống. Nhóm tuổi < 45 tuổi trong nghiên cứu chiếm 53,3%, điều này cho thấy nhóm tuổi của VTC có tăng TG trẻ, nguyên nhân có thể là do tình trạng trẻ hóa của hội chứng chuyển hóa. Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi và giới của 2 nhóm đối tượng nghiên cứu (có và không truyền insulin). Dhindsa S và CS (2020), nghiên cứu trên 55 bệnh nhân VTC do tăng TG có truyền insulin và 51 bệnh nhân không truyền insulin cũng cho kết quả rằng không có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và giới ở 2 nhóm ĐTNC này ⁶.

Trong các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của VTC ở 2 nhóm ĐTNC, gan nhiễm mỡ và ĐTĐ là hay gặp nhất. THA là yếu tố nguy cơ ít gặp nhất với tỷ lệ là 7,1% ở nhóm có truyền insulin và 6,3% ở nhóm không truyền insulin và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ các nguyên nhân và yếu tố nguy cơ của VTC ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Như chúng ta đã biết, rối loạn lipid máu thường gặp ở những người mắc bệnh ĐTĐ típ 2. Kháng insulin có liên quan đến việc sản xuất quá mức và giảm quá trình dị hóa các lipoprotein lớn giàu chất béo trung tính; điều này góp phần tạo ra tình trạng tăng TG thường thấy ở những người mắc bệnh ĐTĐ typ2 ⁷. Nồng độ CRP huyết thanh cao hơn luôn được tìm thấy ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ so với nhóm chứng trong các nghiên cứu trước đây. Tình trạng viêm mãn tính ở bệnh nhân gan nhiễm mỡ có thể làm trầm trọng thêm diễn biến của VTC ⁸.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Đau bụng thượng vị gặp ở tất cả 30 bệnh nhân VTC có tăng TG, các dấu hiệu buồn nôn và nôn, chướng bụng và bí trung tiện cũng hay gặp với tỷ lệ lần lượt là 63,3%, 90% và 70%. Theo Nguyễn Cao Nhật Linh và cộng sự (2023) ² cũng cho thấy 100% các đối tượng nghiên cứu có đau bụng thượng vị, ngoài ra, chướng bụng, nôn và buồn nôn và bí trung tiện cũng là các dấu hiệu hay gặp. Tuy nhiên, tính chất đau bụng trong VTC tăng TG khác với do các nguyên nhân khác. Nguyên nhân đường mật thường được mô tả là một cơn đau bụng điển hình lan ra sau lưng với khởi phát cấp tính hơn. Ngược lại, đau bụng do VTC ở các nguyên nhân như rượu hay tăng TG thường có khởi đầu chậm chạp hơn với cơn đau âm ỉ và lan tỏa ở vùng thượng vị. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ĐTNC có và không điều trị insulin trong nghiên cứu ở các triệu chứng lâm sàng như đau bụng, nôn và buồn nôn, bí trung đại tiện và chướng bụng hay các triệu chứng cận lâm sàng như nồng độ amylase máu, bạch cầu, CRP, bilirubin máu toàn phần và điểm Balthazar tuy nhiên có sự khác biệt giữa nồng độ TG máu lúc vào viện ở 2 nhóm ĐTNC mặc dù các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được phân vào 2 nhóm hoàn toàn ngẫu nhiên dựa trên quan điểm điều trị của các bác sĩ lâm sàng. Quan điểm thứ nhất cho rằng điều trị insulin là có hiệu quả giảm tỷ lệ tử vong, diễn biến và biến chứng nặng cùng giảm được số ngày điều trị cho bệnh nhân. Quan điểm thứ 2 cho rằng liệu pháp insulin tĩnh mạch không có cải thiện đáng kể về tỷ lệ tử vong biến chứng nặng và số ngày điều trị của các bệnh nhân VTC mà còn làm gia tăng tỷ lệ xuất hiện các biến chứng của truyền insulin như hạ đường máu hay hạ kali máu. Trong khi đó, Hồ Thanh Nhật Trường và CS (2023) nghiên cứu trên 179 bệnh nhân VTC về hiệu quả của liệu pháp Insulin đường tĩnh mạch cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,016$ giữa TG lúc vào viện của các nhóm phân độ VTC khác nhau, và nghiên cứu này cũng có bệnh nhân VTC mức độ nặng ³. Có lẽ sự khác

biệt này đến từ cỡ mẫu và địa điểm chọn mẫu khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng số ngày điều trị giúp giảm TG $< 5,6\text{mmol/l}$ ở nhóm có sử dụng insulin truyền tĩnh mạch ít hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không truyền Insulin với (95% CI [-2,91; -0,81]). Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số ngày bệnh nhân phải nhịn ăn, dùng thuốc giảm tiết, kháng sinh và tổng số ngày điều trị của đợt điều trị giữa 2 nhóm trong nghiên cứu này. Theo Ibarra F, Jr và cộng sự (2023) cũng cho thấy rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bệnh nhân VTC do tăng TG dùng và không dùng insulin với $p=0,018$ ⁹. Liệu pháp insulin trước đây đã được sử dụng ở những bệnh nhân VTC có tăng TG như một chiến lược xâm lấn tối thiểu và tiết kiệm với kết quả đầy hứa hẹn. Tuy nhiên, cũng có nghiên cứu khác đồng ý với “giả thuyết bão hòa”, Dhindsa S và cs (2020) cho kết luận rằng: Liệu pháp insulin tĩnh mạch không làm giảm TG nhanh hơn so với điều trị bảo tồn ở bệnh nhân mắc VTC do tăng TG. Nhịn ăn và nuôi dưỡng tĩnh mạch có hiệu quả trong việc giảm nồng độ TG nhanh chóng mà không có sự đóng góp thêm từ insulin ⁶. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy dù có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian giảm TG xuống dưới $5,6\text{ mmol/l}$ nhưng dường như kết cục điều trị của 2 nhóm là như nhau.

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy rằng có 30% bệnh nhân có hạ kali máu trong quá trình điều trị và có 6,7% bệnh nhân có hạ đường máu do dùng insulin. Khi so sánh 2 nhóm sử dụng và không sử dụng insulin, chúng tôi không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ xuất hiện 2 biến chứng này. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ có 2 trường hợp có biến chứng suy tạng trong quá trình điều trị, chia đều cho 2 nhóm ĐTNC. Ở nghiên cứu của Dhindsa S và CS (2020) có kết quả biến chứng suy tạng lần lượt là 14% ở nhóm có truyền insulin và 11% ở nhóm không truyền insulin với $p=0,01$, tuy nhiên nhóm bệnh nhân

được sử dụng insulin tĩnh mạch trong nghiên cứu này có chỉ số BISAP trung bình cao hơn ($1,5 \pm 1,2$) và tỷ lệ bệnh nhân có BISAP ≥ 3 (16%) cao hơn nhóm điều trị bảo tồn ($0,8 \pm 0,8$; 0%) với p lần lượt là 0,011 và 0,02. Điều này lý giải vì sao tỷ lệ biến chứng suy tạng ở nhóm điều trị insulin tĩnh mạch của tác giả này cao hơn so với nhóm điều trị bảo tồn⁶. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm Balthazar để đánh giá mức độ của VTC và không có sự khác biệt Balthazar trung bình giữa 2 nhóm có và không điều trị insulin.

Hạn chế: Cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, thiết kế mô tả cắt ngang không ngẫu nhiên, chia nhóm dựa theo quan điểm bác sĩ nên dễ thiên lệch, tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi vẫn có sự tương đồng về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ nặng của 2 nhóm có và không điều trị insulin tĩnh mạch.

V. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa số ngày giảm nồng độ TG $< 5,6$ mmol/l ở 2 nhóm có và không sử dụng insulin đường tĩnh mạch. Tuy nhiên, không có khác biệt về số ngày nhịn ăn, dùng kháng sinh, giảm tiết acid dạ dày và tổng số ngày điều trị giữa 2 nhóm. Kết quả điều trị ổn định đạt trung bình 90% ở cả 2 nhóm ĐTNC.

Tỷ lệ gặp biến chứng hạ đường máu trong quá trình điều trị ở 2 nhóm ĐTNC là không khác biệt và tỷ lệ thấp 6,7%, trong đó hạ kali máu cả 2 nhóm cũng tương đương nhau với tỷ lệ chung là 30%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015) *Tiêu chuẩn chẩn đoán thừa cân béo phì dựa vào số đo BMI và vòng eo áp dụng cho người châu Á - TBD*. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nội tiết - chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Cao Nhật Linh và cộng sự (2023) *Đặc điểm và kết quả điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 64, tr. 207-213.
3. Hồ Thanh Nhật Trường, Huỳnh Hiếu Tâm (2023) *Tình hình, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm tụy cấp do tăng Triglycerid*. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 56, tr. 115-212.
4. Đỗ Thanh Hòa và cộng sự (2019) *Hiệu quả giảm triglyceride và cholesterol của liệu pháp thay huyết tương trong điều trị bệnh viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu*, Tạp chí Y Dược học lâm sàng 108, số 7, tập 14, tr. 12-17.
5. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C et al (2013) *Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus*. Gut 62(1): 102-11.
6. Dhindsa S, Sharma A, Al-Khazaali A et al (2020) *Intravenous Insulin Versus Conservative Management in Hypertriglyceridemia-Associated Acute Pancreatitis*. J Endocr Soc 4(1): bvz019.
7. Dai JJ, He Y, Ma G et al (2024) *Insulin Use Is Associated With Improved Outcomes in Critically Ill Patients With Acute Pancreatitis: A Retrospective Matched Cohort Study*. J Intensive Care Med 39(4): 368-373.
8. Yoon SB, Lee IS, Choi MH et al (2017) *Impact of Fatty Liver on Acute Pancreatitis Severity*. Gastroenterol Res Pract: 4532320.
9. Ibarra F (2023) *Acute Management of Hypertriglyceridemia With a Disease-Specific Intravenous Insulin Infusion Order Set*. Ann Pharmacother 57(11): 1248-1254.