

- cardiac arrest in Rotterdam, the Netherlands: An 18-year observational study. *Resuscitation*. 2021;166:110-120.
7. **Fiser DH, Tilford JM, Roberson PK.** Relationship of illness severity and length of stay to functional outcomes in the pediatric intensive care unit: a multi-institutional study. *Critical Care Medicine*. 2000;28(4):1173-1179.
8. **Tham LP, Wah W, Phillips R, et al.** Epidemiology and outcome of paediatric out-of-hospital cardiac arrests: A paediatric sub-study of the Pan-Asian resuscitation outcomes study (PAROS). *Resuscitation*. 2018;125:111-117.
9. **Brooks GA, Park JT.** Clinical and Electroencephalographic Correlates in Pediatric Cardiac Arrest: Experience at a Tertiary Care Center. *Neuropediatrics*. 2018;49(5):324-329.

## TĂNG TRIGLYCERID MÁU THAI KỲ VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN E

Vương Thị Vui<sup>1</sup>, Vũ Thị Hà<sup>1,2</sup>, Vũ Văn Bạ<sup>2</sup>, Nguyễn Lê Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Thùy Nhung<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Viêm tụy cấp thai kỳ (VTCTK) rất hiếm gặp, với tỷ lệ mắc khoảng 1/1000-3/10000. Nó có thể xảy ra ở bất cứ giai đoạn nào của thai kỳ, tuy nhiên khoảng trên 52% các ca xảy ra trong 3 tháng cuối của thai kỳ và thời kỳ hậu sản. Sỏi mật là nguyên nhân hay gặp nhất gây viêm tụy cấp. Tiếp đến, viêm tụy cấp xảy ra bởi tình trạng tăng Triglyceride máu do tăng tiết estrogen trong thời kỳ mang thai thì rất hiếm gặp. Nhưng biến chứng này mang lại nguy cơ cao về tần suất và tử vong cho cả mẹ và thai nhi. Trong hai năm từ 2020 đến 2022 tại bệnh viện E chúng tôi đã chẩn đoán và điều trị thành công ba ca tăng triglyceride máu gây viêm tụy cấp trong ba tháng cuối thai kỳ. Chúng tôi báo cáo diễn biến quá trình chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân. **Từ khóa:** Thai kỳ, Viêm tụy cấp, tăng Triglyceride máu

### SUMMARY

#### HYPERTRIGLYCERIDES DURING PREGNANCY AND MANAGEMENT RESULTS AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT OF E HOSPITAL

Acute pancreatitis during pregnancy is rare, occurring in approximately 1-3 out of 10,000 pregnancies. Although it seldom complicates pregnancy, it can manifest in any trimester. However, more than half (52%) of cases occur during the third trimester or the postpartum period. Gallstones are the primary cause of acute pancreatitis. Conversely, acute pancreatitis induced by hypertriglyceridemia due to elevated estrogen levels during pregnancy is exceedingly uncommon. However, when it does occur, it poses a significant risk of morbidity and mortality for both the mother and fetus. We encountered three cases of pregnant women who succumbed to acute

exacerbation of hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis during the third trimester of gestation. Here, we present the progress and management of these patients. **Keywords:** Pregnancy, Acute pancreatitis; Hypertriglyceridemia

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm nghiêm trọng của tuyến tụy, thường đặc trưng bởi đau bụng khởi phát đột ngột, buồn nôn, nôn và nồng độ enzyme tuyến tụy tăng cao. Viêm tụy cấp và tăng triglycerid máu khi mang thai là những tình trạng bệnh lý phức tạp cần được chẩn đoán và quản lý cẩn thận để tối ưu hóa kết quả của mẹ và thai nhi. Mặc dù có thể xảy ra ở bất kỳ ba tháng nào của thai kỳ, viêm tụy cấp khi mang thai đặt ra những thách thức đặc biệt do những thay đổi sinh lý xảy ra trong quá trình chuyển hóa lipid và tác động tiềm ẩn đối với sức khỏe bà mẹ và thai nhi. Tăng triglycerid máu, được định nghĩa là nồng độ triglycerid trong máu tăng cao, là nguyên nhân phổ biến gây viêm tụy cấp, đặc biệt là trong thai kỳ. Bản thân quá trình mang thai có liên quan đến những thay đổi trong chuyển hóa lipid, bao gồm tăng nồng độ chất béo trung tính, có thể khiến phụ nữ bị viêm tụy do tăng chất béo trung tính [1], [2].

Chẩn đoán viêm tụy cấp có tăng triglycerid máu trong thai kỳ đòi hỏi phương pháp tiếp cận đa ngành, bao gồm bác sĩ sản khoa, bác sĩ tiêu hóa và chuyên gia về lipid. Đánh giá lâm sàng thường bao gồm hỏi bệnh sử kỹ lưỡng, khám thực thể và các xét nghiệm hóa sinh máu như nồng độ amylase huyết thanh, lipase và chất béo trung tính. Các nghiên cứu hình ảnh như siêu âm bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính (CT scan) có thể được sử dụng để xác nhận chẩn đoán và đánh giá mức độ nghiêm trọng của viêm tụy [3].

Việc kiểm soát viêm tụy cấp có tăng triglycerid máu trong thai kỳ có nhiều mặt và

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Nhung

Email: nguyenthuyhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

Ngày duyệt bài: 25.7.2024

nhằm mục đích giảm bớt các triệu chứng, ngăn ngừa biến chứng và tối ưu hóa kết quả của mẹ và thai nhi. Chăm sóc hỗ trợ thường là nền tảng của điều trị và bao gồm các biện pháp như truyền dịch qua đường tĩnh mạch, kiểm soát cơn đau và cho ruột nghỉ ngơi. Hỗ trợ dinh dưỡng là cần thiết để duy trì sức khỏe của bà mẹ và thai nhi, tập trung vào việc cho ăn sớm qua đường ruột để ngăn ngừa các rối loạn trao đổi chất thêm và thúc đẩy quá trình lành vết thương ở tuyến tụy.

Trong trường hợp tăng triglycerid máu nặng hoặc viêm tụy cấp tái phát, điều trị bằng thuốc có thể cần thiết để hạ nồng độ triglycerid và giảm nguy cơ biến chứng. Tuy nhiên, việc sử dụng các thuốc hạ lipid máu như fibrate hoặc axit béo omega-3 trong thai kỳ còn gây tranh cãi và cần thận trọng do có thể gây quái thai cho thai nhi. Theo dõi chặt chẽ nồng độ lipid của mẹ, men tụy và sức khỏe của thai nhi là điều cần thiết trong suốt thai kỳ để hướng dẫn các quyết định điều trị và đảm bảo kết quả tối ưu cho cả mẹ và bé [4], [5].

Việc chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp có tăng triglycerid máu trong thai kỳ đòi hỏi một cách tiếp cận mang tính hợp tác và cá nhân hóa, cân bằng giữa nhu cầu quản lý hiệu quả viêm tụy với sự an toàn của thai nhi. Nhận biết sớm, chăm sóc hỗ trợ và theo dõi chặt chẽ là những thành phần thiết yếu để kiểm soát tình trạng bệnh lý phức tạp này trong thai kỳ, với mục tiêu cuối cùng là đạt được kết quả thai kỳ khỏe mạnh cho cả mẹ và bé. Trong nghiên cứu này chúng tôi tổng hợp ba ca bệnh điển hình về viêm tụy cấp thai kỳ có tăng triglycerid máu, và đưa ra những kinh nghiệm trong chẩn đoán, điều trị bệnh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ được khám và chẩn đoán tăng Triglyceride máu, viêm tụy cấp tại Khoa Sản, Bệnh viện E từ năm 2020 – 2022.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả một loạt ca bệnh

- Thai phụ được thu thập thông tin lâm sàng, tiền sử sản khoa, tiền sử bệnh lý trước và trong quá trình mang thai. Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng: siêu âm thai, xét nghiệm hóa sinh máu, xét nghiệm nước tiểu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Ca lâm sàng 1.** Bệnh nhân Nguyễn Thị Thu H., sinh năm 1982 vào viện 27/04/2018. Tiền sử khỏe mạnh, PARA 2002 sinh thường lần một, bé trai 3700g, mổ đẻ 2014 bé trai 3100g. Tiêm

phòng đầy đủ. Trong quá trình mang thai chưa phát hiện bất thường, khám thai gần nhất cách vào viện 02 tuần. Siêu âm thai cho thấy thai phát triển bình thường. Các xét nghiệm tổng phân tích máu và đông máu, sinh hoá cơ bản cách vào viện 2 tuần bình thường. Hiện tại thai 37 tuần, bệnh nhân vào viện khoa cấp cứu vì đau bụng âm ỉ thượng vị, nôn và buồn nôn, không sốt. Đại tiểu tiện bình thường.

Khám lâm sàng lúc vào viện:

- BN tỉnh, chiều cao 160cm, cân nặng 65kg
- M = 82/p, HA = 130/80 mmHg
- Cơ co tử cung tần số 1
- Tim thai 170 l/p
- Cổ tử cung lọt ngón tay
- Đầu ối chưa thành lập, ngôi đầu cao

Siêu âm: 01 thai, tim thai 168l/p, con ước 3000g. Monitor: Nhịp tim thai cơ bản 170l/p dao động nhịp sóng, không có cơn co tử cung. Tổng phân tích nước tiểu: Glucose niệu 250mg/dl, protein niệu 1g/l. Bệnh nhân được chẩn đoán: Thai 37 tuần – tiền sản giật nhẹ - thai suy / mổ cũ. Đã được chỉ định mổ lấy thai sau 2 giờ nhập viện, lấy ra 01 bé gái 3000g, apgar 9-10 điểm. Trong quá trình phẫu thuật, sau khi lấy thai, tử cung co kém, buồng tử cung chảy nhiều máu màu chocolate không cầm. Xét nghiệm nước tiểu Glucose niệu 250 mg/dl, ceton niệu 15 mg/dl, protein niệu 100 mg/dl. Đã hội chẩn chuyên khoa hồi sức cấp cứu, bác sỹ gây mê chẩn đoán Viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu thai kỳ. Bệnh nhân được mổ cắt tử cung bán phần vì đỡ tử cung sau đẻ và được chuyển điều trị tích cực tại khoa hồi sức cấp cứu thay huyết tương và truyền dịch, sau 10 ngày tình trạng bệnh nhân ổn định, xuất viện.

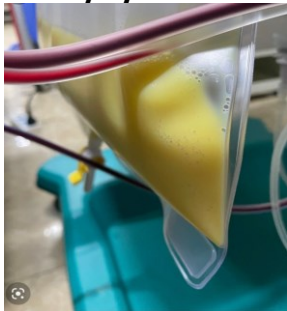
**Bảng 3.1. Kết quả xét nghiệm máu của thai phụ số 1**

Xét nghiệm	Vào viện	Sau PEX	Trước ra viện	Giá trị bình thường
Hồng cầu	3,47	3,20	3,92	4,0-5,2 T/L
Hemoglobin	203	103	118	120-160 g/L
Hematocrit	30,6	28,3	34,4	36-46 L/L
Natri	113	140	140	136-146 mmol/l
Kali	3,4	3,7	3,8	3,5-5,1 mmol/l
Canxi toàn phần	1,98	1,88	2,1	2,1-2,6 mmol/l
Amylase máu	46	71		<100 mmol/l
Amylase niệu	543			42-321 mmol/l
Triglyceride	212,1	16,28	6,49	<2,3 mmol/l
Cholesterol	48,59	6,16	3,76	<5,2 mmol/l

HDL-C	11,87	0,77	0,61	>0,9 mmol/l
LDL-C	16,83	2,75	2,52	<3,4 mmol/l



**Hình 1. Hình ảnh lắng đọng mỡ máu của thai phụ trước mổ**



**Hình 2. Hình ảnh lắng đọng mỡ trong sonde dẫn lưu ổ bụng sau mổ lấy thai và cắt tử cung ở thai phụ**

**Ca lâm sàng 2.** Bệnh nhân Phạm Thanh H., sinh năm 1985, PARA 0000. Vào viện ngày 27/04/2021. Tiền sử vô sinh I 10 năm, IVF lần 1 tại Bệnh viện Nam Học Hiếm muộn. Song thai 33 tuần, khám và theo dõi thai định kỳ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Trong quá trình mang thai chưa phát hiện bất thường. Bệnh nhân xuất hiện đau bụng cách vào viện 1 ngày, khám tại bệnh viện X, được chẩn đoán viêm dạ dày và cho về dùng thuốc theo đơn không đỡ → vào Bệnh viện E

Khám lâm sàng lúc vào viện:

- Tỉnh, đau bụng dữ dội thượng vị, nôn, buồn nôn
- Mạch 92/lp, Huyết áp 140/80 mmHg, phù 2 chân
- Bụng mềm, cơ co tử cung không có
- Âm hộ bình thường, âm đạo không có máu
- Cổ tử cung lọt ngón tay, ối phồng
- Thai 1 ngôi đầu, tim thai 140 l/p và 155/lp

Siêu âm: 02 thai, con ước 2400g và 2300g, rau ối bình thường. Tổng phân tích nước tiểu: Thể ceton > 80mg/dl, Protein niệu = 1 g/l. Bệnh nhân được chẩn đoán: Chuyển dạ đẻ con so song thai 33 tuần – IVF / viêm tụy cấp được mổ lấy thai sau 3 giờ nhập viện lấy ra 01 trai 2200g và 01 gái 2000g, apgar 9-10. Sau mổ bệnh nhân được theo dõi trên khoa hồi sức cấp cứu điều trị theo phác đồ điều trị viêm tụy cấp. Bệnh nhân

ổn định và xuất viện sau 9 ngày điều trị.

**Bảng 3.2. Kết quả xét nghiệm máu của thai phụ số 2**

Xét nghiệm	Vào viện	Trước ra viện	Giá trị bình thường
Hồng cầu	3,33	3,81	4,0-5,2 T/L
Hemoglobin	122	108	120-160 g/L
Hematocrit	27.9	32.0	36-46 L/L
Natri	125	137	136-146 mmol/l
Kali	3,6	4.1	3,5-5,1 mmol/l
Clo	89	99	98-107 mmol/l
Amylase máu	101		<100 U/l
Lipase máu	295.9		<67 U/l
Triglyceride	63.14	14.9	<2,3 mmol/l
Cholesterol	23.76	10.24	<5,2 mmol/l
HDL-C	4.51		>1.15 mmol/l
LDL-C	12.64		<3,4 mmol/l

**Ca lâm sàng 3.** Bệnh nhân Nguyễn Thị P., sinh năm 1991 vào viện ngày 25/01/2021, PARA 0000. Tiền sử tăng Triglycerid máu cách vào viện 1 năm đang điều trị Lypanthyl 200mg/ngày. Thai 36 tuần vào viện vì đau thượng vị.

Khám lâm sàng lúc vào viện:

- Tỉnh, không sốt
- Mạch 88 l/p, Huyết áp 100/60 mmHg
- Cơ co tử cung tần số 1-2
- Tim thai 140 l/p
- Cổ tử cung đóng
- Con ước 2600g

Siêu âm: 01 thai, tim thai 140l/p, rau ối bình thường. Monitor: tim thai dao động tốt, cơ co tử cung âm tính. Xét nghiệm máu: HC = 3.03 T/l, HgB = 126 g/l, Hct 0.276, cholesterol 26.71. Tryglycerid 75.79, amylase = 197 U/l, lipase 472.4 U/l. Xét nghiệm nước tiểu: Protein niệu âm tính. Bệnh nhân được chẩn đoán: viêm tụy cấp/thai 36 tuần được điều trị nội khoa trên khoa hồi sức. Sau vào viện 1 ngày bệnh nhân đau bụng tăng lên, theo dõi monitor tim thai có nhịp chậm 60l/p được chẩn đoán con so thai 36 tuần – Thai suy / viêm tụy cấp, được mổ lấy thai, lấy ra 1 trai 2500g, apgar 9-10. Sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi tại khoa hồi sức và khoa sản, xuất viện sau 4 ngày, mẹ và con ổn định

#### IV. BÀN LUẬN

Viêm tụy cấp là một bệnh với những biến chứng nguy hiểm và có tỷ lệ tử vong cao. Triệu chứng điển hình của viêm tụy cấp như đau bụng dữ dội vùng thượng vị, nôn, buồn nôn và cũng có thể có sốt, mạch nhanh, tụt huyết áp và sốc...vv. Kết quả xét nghiệm có tình trạng tăng Amylase niệu. Hình ảnh siêu âm cho thấy hình ảnh viêm tụy cấp. Chụp cắt lớp vi tính không đặt ra ở bệnh nhân này do chống chỉ định ở bệnh

nhân có thai [5].

Viêm tụy cấp có thể được chẩn đoán nếu các triệu chứng đáp ứng ít nhất hai trong ba tiêu chuẩn như sau: đau bụng vùng thượng vị cấp tính nặng, nồng độ amylase hoặc lipase huyết thanh cao gấp 3 lần mức bình thường và có biểu hiện của viêm tụy cấp dựa vào thăm khám của hình ảnh học [6]. Tiêu chuẩn chẩn đoán là giống nhau đối với cả phụ nữ có thai. Trong trường hợp này, triệu chứng lâm sàng điển hình kèm xét nghiệm có amylase niệu tăng cao và hình ảnh siêu âm ổ bụng giúp định hướng đến chẩn đoán viêm tụy cấp. Việc chụp cắt lớp vi tính là không cần thiết vì đã xác định chẩn đoán và có chống chỉ định đối với phụ nữ có thai, đồng thời tình trạng bệnh nhân rất nặng.

Viêm tụy cấp ở phụ nữ có thai gặp tỷ lệ rất thấp khoảng 3/10.000, tuy nhiên nó yêu cầu chẩn đoán và điều trị thật nhanh bởi vì có thể dẫn đến tử vong [3]. Tương tự như ở phụ nữ không có thai, sỏi mật là nguyên nhân gặp nhiều nhất, tiếp theo là tăng Triglyceride máu, cường giáp. Hiếm hơn là viêm tụy cấp tự miễn ở phụ nữ có thai có thể gặp [7]. Xấp xỉ khoảng 1% - 7% các ca nguyên nhân là do tăng Triglyceride và tăng Triglyceride máu gây viêm tụy cấp ở phụ nữ có thai gặp tỷ lệ cao hơn phụ nữ không có thai [8]. Tăng Triglyceride máu có thể là nguyên nhân chính liên quan đến di truyền hoặc yếu tố gia đình và là nguyên nhân thứ phát liên quan đến béo phì, đái đường, suy giáp, mang thai, rượu và tình trạng tăng tổng hợp do estrogen.

Cơ chế của viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu nằm trong bệnh cảnh chung của cơ chế viêm tụy cấp. Viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu xảy ra khi nồng độ Triglyceride máu vượt quá 1000mg/dl sẽ gây ra tình trạng viêm tụy cấp được giải thích với 2 cơ chế chính. Thứ nhất, do sự hình thành và gia tăng chylomicrons trong máu. Chylomicrons thường được tạo thành 1-2 giờ sau khi ăn, tăng cao nhất sau 4-5 giờ và được dọn sạch trong vòng 8 giờ. Khi có sự bất thường về cấu trúc lipoprotein và men lipoprotein lipase làm cho nồng độ chylomicrons tăng cao trong máu. Khi lượng Triglyceride máu vượt quá 1000 mg/dl, chylomicrons hầu như hiện diện thường xuyên trong các mao mạch. Các phần tử tỷ trọng thấp này kích thích rất lớn có thể gây tắc nghẽn các mao mạch tụy dẫn đến thiếu máu gây hoại tử và toan hoá máu. Trong môi trường acid các acid béo tự do gây hoạt hoá trypsinogen gây nên viêm tụy cấp. Thứ hai, sự phân huỷ Triglyceride máu thành acid béo tự do ở tụy. Do nồng độ chylomicron tăng cao làm cho Triglyceride tiếp xúc với men lipase của tụy ở

xung quanh tụy tạo thành acid béo tự do với nồng độ cao. Sự thoái biến của Triglyceride thành các acid béo tự do với nồng độ cao sẽ dẫn đến tổn thương nhiễm độc tế bào tụy, gây thêm tổn thương tại chỗ, làm tăng các chất trung gian của phản ứng viêm và các gốc tự do, cuối cùng biểu hiện bằng viêm tụy [9],[10].

Trong giai đoạn thai kỳ, sự tổng hợp lipoprotein tăng nối tiếp với sự tăng nồng độ estrogen và sự tăng sự đề kháng insulin làm giảm sự hoạt động của lipoprotein lipase. Kết quả là, nồng độ Triglyceride máu tăng xấp xỉ gấp khoảng 2-3 lần giá bình thường. Đặc biệt, bởi vì sự đề kháng insulin tăng trong 3 tháng cuối của thai kỳ, tăng Triglyceride máu có thể tiến triển dễ dàng hơn trong 3 tháng cuối của thai kỳ và theo đó tỷ lệ gặp viêm tụy cấp lúc đó cao hơn.

Quan trọng là việc chẩn đoán và điều trị sớm. Thuốc giảm lipid máu đường uống thường không được dùng do nguy cơ gây dị tật thai nhi. Insulin làm nhanh quá trình giáng hoá chylomicrons và heparin làm nhanh quá trình tiêu huỷ màng lipase. Điều đó làm giảm nồng độ triglyceride máu [7]. Việc đình chỉ thai nên được cân nhắc trong trường hợp các điều kiện của mẹ và thai nhi trở nên xấu đi.

Tiền sử bệnh đặc biệt tiền sử gia đình là rất quan trọng, đặc biệt nếu khả năng viêm tụy cấp là cao hơn. Tiền sử gia đình có rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ của viêm tụy cấp. Chẩn đoán sớm và điều trị tích cực sớm giúp tiên lượng tốt, vì vậy việc khám sức khoẻ định kỳ là cần thiết. Khám lâm sàng, thăm khám âm đạo, xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và chụp cộng hưởng từ mật tụy không có thuốc cản quang thì giúp ích cho việc chẩn đoán phân biệt và chẩn đoán viêm tụy cấp thai kỳ.

Ở ba bệnh nhân của chúng tôi, trường hợp thứ nhất bệnh nhân chưa được chẩn đoán chính xác trước khi tiến hành phẫu thuật, Nguyên nhân một phần là do triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân khá giống với bệnh cảnh tiền sản giật, một phần khác là do chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm trong chẩn đoán và xử trí viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu thai kỳ. Bệnh nhân được xử trí bị động trong quá trình phẫu thuật nên diễn biến lâm sàng nặng, bệnh nhân có tình trạng đỡ tử cung phải phẫu thuật cắt tử cung và quá trình hồi sức sau mổ cũng tương đối phức tạp, phải thay huyết tương để giảm nhanh nồng độ triglycerid trong máu. Theo Trần Phương (2017) nghiên cứu trên 26 bệnh nhân viêm tụy cấp tăng Triglyceride máu ở phụ nữ có thai từ 2013 – 2017 tại Bệnh viện Bạch mai cho thấy: PEX giúp giúp tỷ lệ đáp ứng viêm hệ thống

(SIRS) từ 100% xuống 35,3%; giảm Triglyceride máu nhanh và có ý nghĩa, điểm SOFA trước và sau PEX có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [6]. Bệnh nhân điều trị ổn định và xuất viện sau 10 ngày điều trị.

Trường hợp thứ hai, bệnh nhân đã đi khám tại bệnh viện sản thuộc tuyến trung ương, tuy nhiên do triệu chứng lâm sàng không điển hình nên thời gian đầu cũng chưa có chẩn đoán chính xác, sau khởi phát gần 1 ngày bệnh nhân vào khoa sản bệnh viện E được chẩn đoán song thai 33 tuần – viêm tụy cấp và chỉ định mổ lấy thai vì bệnh nhân đã có dấu hiệu chuyển dạ. Do có sự chuẩn bị trước về phẫu thuật cũng như hồi sức, ca mổ diễn biến thuận lợi, thai nhi khóc tốt và được theo dõi tại khoa Nội Nhi Tổng hợp vì non tháng. Sản phụ được theo dõi trên khoa hồi sức, xuất viện sau 9 ngày điều trị, mẹ và con ổn định. Ở trường hợp thứ 3, bệnh nhân thai 36 tuần – viêm tụy cấp, bệnh nhân đã được điều trị thuốc hạ lipid máu từ trước do đó diễn biến lâm sàng bệnh nhân không nặng, bệnh nhân được chỉ định mổ lấy thai vì thai suy. Sản phụ và con ổn định sau 4 ngày.

## V. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp do tăng Triglycerid máu thai kỳ là bệnh cảnh hiếm gặp tuy nhiên bệnh diễn biến lâm sàng rất nhanh nếu không được chẩn đoán và xử trí sớm có thể dẫn đến hậu quả nặng nề cho cả mẹ và thai nhi. Triệu chứng viêm tụy cấp khi có thai thường không điển hình và dễ nhầm lẫn với bệnh cảnh tiền sản giật, chẩn đoán viêm tụy cấp nên được nghĩ đến khi bệnh nhân có đau thượng vị và các triệu chứng khác như tăng huyết áp, protein niệu không tương xứng với triệu chứng nặng trên lâm sàng. Việc chỉ định xét nghiệm triglycerid máu, cholesterol nên được

đặt ra trong thai kỳ để theo dõi và xác định chẩn đoán. Cuối cùng, việc phối hợp hội chẩn các chuyên khoa là cần thiết. Các bác sĩ sản khoa, hồi sức và chẩn đoán hình ảnh nên cung cấp các kiến thức chuyên khoa của mỗi người và các biện pháp y tế tốt nhất có thể cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sunil Kumar Juneja, Shweta Gupta, Vidushi Bindal và cộng sự (2013). Acute pancreatitis in pregnancy: A treatment paradigm based on our hospital experience. *International Journal of Applied and Basic Medical Research*, 3 (2), 122-125.
2. Ducarme G, Maire F, Chatel P và cộng sự (2014). Acute pancreatitis during pregnancy: a review. *J Perinatol*, 34 (2), 87-94.
3. Eddy JJ, Gideonsen, Song JY và cộng sự (2008). Pancreatitis in Pregnancy. *Obstet Gynecol*, 112 (5), 1075-1081.
4. Nanda S, Gupta A và A D. (2009). Acute pancreatitis: a rare cause of acute abdomen in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*, 279 (4), 577-578.
5. Nagayama M, Watanabe Y, Okumura A và cộng sự (2002). Fast MR imaging in obstetrics. *Radiographics*, 22, 563-580.
6. Trần Phương và Cơ Đ. X. (2017). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy cấp tăng Triglyceride ở phụ nữ có thai. *Y Học Việt Nam*, 2 (459), 43-46.
7. Yadav D và CS P. (2003). Issues in hyperlipidemic pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*, 36, 54-62.
8. Gan SI, Edwards AL, Symonds CJ và cộng sự (2006). Hypertriglyceridemia-induced pancreatitis: a case-based review. *World J Gastroenterol*, 12, 7197-7202.
9. Kimura W và J M. (1996). Role of hypertriglyceridemia in the pathogenesis of experimental acute pancreatitis in rats. *International Journal Pancreatol*, 20, 177-184.
10. Hae Rin Jeon, Suk Young Kim, Yoon Jin Cho và cộng sự (2016). Hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis in pregnancy causing maternal death. *Obstetrics and Gynecology Science*, 59 (2), 148-151.

## XÁC ĐỊNH NỒNG ĐỘ CYFRA 21-1 VÀ CEA TRONG MÁU NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Nguyễn Văn Dũng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Tuấn<sup>1</sup>,

nhỏ. Mô tả mối liên quan giữa nồng độ Cyfra 21-1 và CEA với các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và chẩn đoán hình ảnh ở người bệnh được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Đôi tượng nghiên cứu:** 94 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 6 năm 2022. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Nồng độ Cyfra 21-1 và CEA được định lượng bằng phương pháp MEIA trên hệ thống máy Abbott i2000sr. **Kết quả:** Nồng độ của Cyfra 21-1 và CEA phân bố lần lượt khoảng từ 1.21 – 43 ng/mL và 1 – 111.39 ng/mL. Giá trị trung vị

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nồng độ Cyfra 21-1 và CEA trong máu người bệnh ung thư phổi không tế bào

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: nguyenvandungxn8@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 24.7.2024