

VIÊM TỤY CẤP

PGS.TS. Trần Bảo Long

MỤC TIÊU

1. Trình bày được chẩn đoán và tiên lượng viêm tụy cấp.
2. Nêu được các nguyên tắc điều trị viêm tụy cấp.
3. Biết dự phòng và giáo dục sức khỏe tránh nguy cơ gây viêm tụy cấp.

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tụy cấp là một cấp cứu thường gặp do men tụy từ dạng chưa hoạt động chuyển thành dạng hoạt động ngay tại tuyến tụy và tiêu hủy tuyến tụy. Là một bệnh rất thường gặp trong cấp cứu ngoại khoa, chiếm 4% các trường hợp có hội chứng đau bụng cấp tính ở Pháp. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ 1991-1993, có 228 bệnh nhân vào viện cấp cứu và điều trị vì viêm tụy cấp.

Bệnh cảnh lâm sàng thường phức tạp, dễ nhầm với các bệnh ngoại khoa khác như tắc ruột, thủng dạ dày, viêm phúc mạc,... Để chẩn đoán xác định viêm tụy cấp trước tiên phải nghĩ tới và tìm các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng. Trong vòng 20 năm gần đây, việc áp dụng các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính,... cùng với sự tiến bộ trong hồi sức và các thuốc ức chế bài tiết enzym, tỉ lệ biến chứng và tử vong ngày càng giảm.

2. NGUYÊN NHÂN

- Hai nguyên nhân của viêm tụy cấp thường gặp nhất là sỏi mật và rượu. Ở các nước Âu, Mỹ, nguyên nhân do rượu là chủ yếu, sau đó là sỏi túi mật. Ở Việt Nam, nguyên nhân thường gặp nhất là do sỏi mật và giun chui ống mật. Viêm tụy cấp do rượu xuất hiện ngày một tăng dần.

Có nhiều giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp. Phần lớn cho rằng do hiện tượng tăng tiết các men của tụy, đặc biệt là trypsin được hoạt hóa ngay trong tuyến tụy từ trypsinogen thành trypsin khi gặp enzym enterokinase của tá tràng gây tiêu hủy tổ chức tụy ngay ở tuyến tụy.

+ Rượu gây tăng bài tiết của tụy, tăng tiết dịch vị, do đó độ acid ở tá tràng tăng cao gây tăng bài tiết dịch tụy và bicarbonat. Rượu gây tổn thương tuyến tụy là do sự thoát mạch của men tụy và gây nên tổn thương nhu mô tụy, gây viêm tụy qua cơ chế trung gian của tình trạng tăng cao triglycerid trong máu (hyper-triglyceridemia) sau khi uống rượu xảy ra ở một số cá thể, gây tổn thương chung toàn thân do sự chuyển dòng các gốc oxy tự do như gốc superoxid và gốc hydroxyl.

+ Sỏi mật: cơ chế này được kiểm chứng trên lâm sàng cho thấy có sỏi trong

phân ở 90% các trường hợp viêm tụy cấp do sỏi. 90% các bệnh nhân có tiền sử viêm tụy do sỏi là có ống chung giữa ống mật và ống tụy.

- Các nguyên nhân khác: phẫu thuật vùng tá tụy, chấn thương tụy, chập mật tụy ngược dòng (ERCP), nhiễm trùng và ký sinh trùng (giun đũa chui ống tụy...).

3. GIẢI PHẪU BỆNH

Theo triệu chứng lâm sàng và giải phẫu bệnh, có hai loại viêm tụy cấp là viêm tụy cấp thể phù (tổn thương mức độ vừa phải, tỉ lệ tử vong < 1%) và viêm tụy cấp thể hoại tử chảy máu (có tổn thương hoại tử tuyến tụy, tỉ lệ tử vong > 40%).

3.1. Viêm tụy cấp thể phù

3.1.1. Đại thể

Tụy phù giống như phong bế novocain, tổ chức tụy mủn, không có hoại tử hay chảy máu, giữa các múi tụy là tổ chức phù nề ngăn cách, có thể thấy hiện tượng hoại tử mỡ nhưng rất hạn chế.

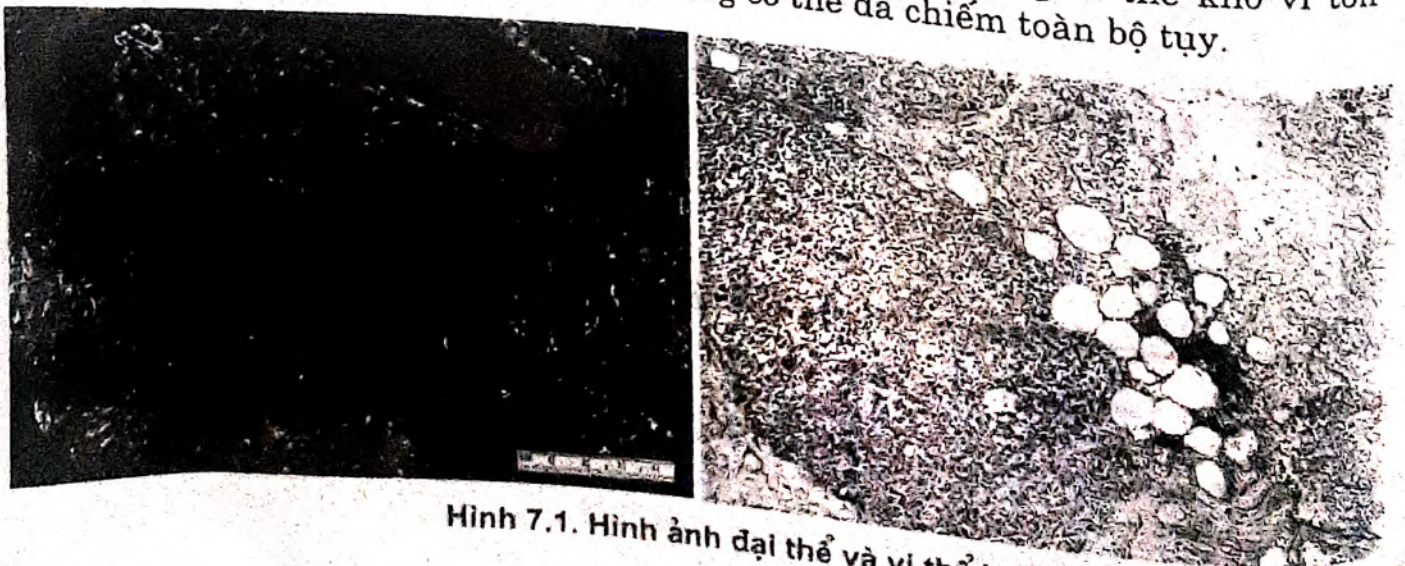
3.1.2. Vi thể

Hiện tượng phù nề của tổ chức liên kết giữa các nang tụy, có xâm nhập bạch cầu đa nhân và lympho, các nang và cấu trúc ống tụy còn nguyên vẹn, các mao mạch sung huyết. Khi khởi không để lại di chứng.

3.2. Viêm tụy cấp thể hoại tử chảy máu

3.2.1. Đại thể

Ổ bụng có dịch đỏ sẫm, có nhiều vết nền rải rác khắp ổ bụng, bản chất là ester của acid béo được giải phóng do hiện tượng hoại tử mỡ và ion calci. Đây là một tổn thương rất đặc hiệu của viêm tụy cấp thể hoại tử, tuy nhiên có thể gặp trong thủng tá tràng, chấn thương tổ chức mỡ. Tụy bị hoại tử chảy máu toàn bộ hay một phần tụy, khu trú hay rải rác khắp tụy, biểu hiện bằng những phần tụy bình thường vàng nhạt chuyển thành màu đỏ sẫm hay tím sẫm như quả bồ quân hay tím đen như lá úa. Đánh giá mức độ tổn thương có thể khó vì tổn thương có thể chỉ ở bề mặt tụy nhưng cũng có thể đã chiếm toàn bộ tụy.



Hình 7.1. Hình ảnh đại thể và vi thể hoại tử tụy

3.2.2. Vi thể

Nang tụy bị phá hủy, mạch máu bị phá hủy tạo thành những đám chảy máu, có những đám hoại tử, khi khỏi để lại sẹo.

3.2.3. Diễn biến

Hiện tượng hoại tử lúc đầu còn ở hậu cung mạc nối, về sau lan tới các cơ quan lân cận, các mảnh tổ chức tụy hoại tử, máu, dịch tụy tạo thành các phản ứng viêm rõ rệt. Khối dịch đọng lúc đầu khu trú ở hậu cung mạc nối và trên mạc treo đại tràng ngang, sau lan ra khắp ổ bụng, gây tràn dịch màng phổi, bóc tách các lớp tổ chức tạo nên máu tụ quanh rốn (dấu hiệu Cuellen).

4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

4.1. Lâm sàng

4.1.1. Cơ năng

Đau bụng trên rốn (trường hợp điển hình: sau bữa ăn thịnh soạn) là triệu chứng chủ yếu, có thể âm ỉ hay dữ dội lẫn lộn gập người lại, đau xuyên ra sau lưng và lan lên vai, lan ra phần dưới ổ bụng.

Kèm theo là dấu hiệu buồn nôn, nôn và bí trung đại tiện.

4.1.2. Toàn thân

Trong viêm tụy cấp thể phù tình trạng toàn thân còn tương đối tốt trong đa số các trường hợp. Trái lại trong viêm tụy cấp thể hoại tử chảy máu, 80% trường hợp có biểu hiện sốc như mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt do đau, giãn mạch, tăng tính thấm làm thoát dịch vào khoảng gian bào, khoang ổ bụng... tuy nhiên không có sự tương xứng song song giữa mức độ nặng của toàn thân với dấu hiệu thực thể nghèo nàn.

Có thể thấy một số dấu hiệu sau cho biết là viêm tụy cấp nặng như: vàng da vàng mắt, tràn dịch màng phổi, chảy máu tiêu hóa, rối loạn tâm thần, hôn mê...

4.1.3. Thực thể

Trong viêm tụy cấp thể phù, thành bụng co cứng giống như thùng dạ dày, còn trong viêm tụy cấp thể hoại tử chảy máu bụng chướng khu trú trên rốn sau chướng khắp bụng, vừa giống như viêm phúc mạc, vừa giống như tắc ruột. Sờ nắn vùng trên rốn có thể thấy đầy đau, có phản ứng thành bụng, hay một khối trên rốn. Trường hợp muộn, có thể thấy những mảng tím quanh rốn.

Điểm sườn lưng (điểm Mayo-Robson) đau: là dấu hiệu đặc hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán viêm tụy cấp.

4.2. Cận lâm sàng

4.2.1. Xét nghiệm

- Amylase máu và niệu tăng: amylase máu tăng cao là dấu hiệu sớm (gấp 2,5 lần bình thường trong 6 giờ đầu), nếu sau 10 ngày còn cao có thể là dấu hiệu

của biến chứng: nang giả tụy, áp xe tụy; trong viêm tụy cấp hoại tử chảy máu nặng có thể lại không cao. Amylase không được coi là một yếu tố tiên lượng bệnh, mặt khác amylase có thể tăng trong tắc ruột, thủng dạ dày...

+ Đường máu tăng.

+ Calci máu giảm, khi <80 mg/L rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh.

+ Những dấu hiệu sinh học khác: transaminase, phosphatase kiềm, bilirubin, LDH... tăng.

+ Bạch cầu tăng.

4.2.2. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm: là thăm dò không gây sang chấn có thể làm tại giường, có thể thấy: tụy to hơn bình thường, dịch quanh tụy và trong ổ bụng, hiện tượng hoại tử nhu mô tụy, hình ảnh nang tụy, sỏi giun đường mật hay ống Wirsung (hình 7.2). Nhược điểm: không thăm dò được khi vướng hơi.

- Chụp bụng không chuẩn bị: không có liềm hơi, không có mức nước hơi, có thể thấy quai ruột cảnh vệ (quai ruột đầu hồng tràng giãn hơi), một đoạn trên đại tràng trái giãn.

- Chụp cắt lớp vi tính: rất có giá trị trong chẩn đoán, đánh giá tổn thương tụy chính xác hơn siêu âm, không phụ thuộc vào tình trạng ổ bụng. Các mức độ tổn thương (theo Balthazar):

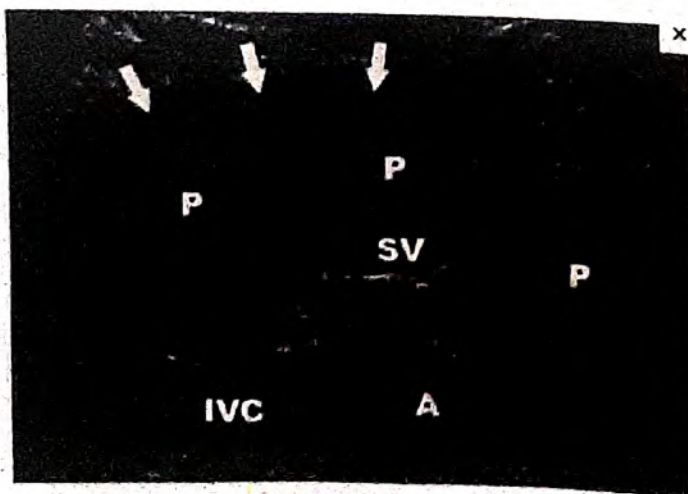
1 + A: tụy bình thường

2 + B: tụy tăng kích thước, khối lượng.

3 + C: thấy giới hạn lớp mỡ quanh tụy.

4 + D: có khối dịch động trong và ngoài nhu mô tụy.

5 + E: có ≥ 2 khối dịch động và/hoặc có khí trong một khối.



Hình 7.2. Tụy to, dịch quanh tụy trên siêu âm



Hình 7.3. Tụy to, hoại tử nhu mô trên CT.Scanner

4.2.3. Điện tim

Có thể thấy dấu hiệu thiếu máu cơ tim như ST chênh, T dẹt.

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

5.1. Bệnh ngoại khoa

- Thủng ổ loét dạ dày tá tràng.
- Tắc ruột (xoắn ruột).
- Viêm phúc mạc mật.
- Nứt rạn phồng động mạch chủ bụng.
- Nhồi máu mạc treo ruột.

5.2. Bệnh nội khoa

- Nhồi máu cơ tim.
- Ngộ độc thức ăn.
- Viêm phổi.
- Nhiễm thể ceton trong đái tháo đường.

6. DIỄN BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

6.1. Tiên lượng

Có nhiều bảng theo dõi đánh giá tiên lượng viêm tụy cấp như Ranson, Glasgow,...trong đó bảng Ranson là được áp dụng rộng rãi nhất, được trình bày như sau:

- Lúc vào viện: có 5 yếu tố đánh giá:
 - + Tuổi > 55.
 - + Bạch cầu > 16.000.
 - + Đường máu > 2 g/l (không có tiền sử đái tháo đường).
 - + LDH > 350 UI/l (gấp 1,5 lần bình thường).
 - + ASAT > 250 UI/l.
- Sau 48 giờ vào viện: có 6 yếu tố đánh giá:
 - + Hematocrit giảm < 10 điểm.
 - + Ure máu tăng > 2.mmol /l.
 - + Calci⁺⁺ máu giảm < 2.mmol /l.
 - + PaO₂ động mạch < 60 mHg.
 - + HCO₃⁻ giảm > 4 mEq/l.

+ Dịch đọng > 6 lít.

Bệnh nhân có 1-2 dấu hiệu tiên lượng thì hầu như không có tử vong. Có 3-4 dấu hiệu tiên lượng có tỉ lệ tử vong khoảng 15%, trong đó có gần 1/2 số bệnh nhân cần phải điều trị ở đơn vị hồi sức tăng cường (ICU). Có 5-6 dấu hiệu tiên lượng, đòi hỏi phải điều trị ở ICU và tỉ lệ tử vong tới 50%. Nếu có ≥ 7 dấu hiệu thì tiên lượng tử vong rất cao.

- Trong viêm tụy cấp do sỏi mật, về lâm sàng và xét nghiệm cũng như chỉ định điều trị có một số đặc điểm khác. Do đó, IMRIE và cộng sự ở Glasgow đề nghị thay đổi bảng phân loại của Ranson thành 9 điểm, trong đó loại bỏ hematocrit, thiếu hụt kiềm, mất dịch và thêm vào yếu tố albumin huyết thanh.

- Bảng tiên lượng APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation): đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp theo bảng điểm (sốt, hô hấp, huyết áp, điện giải đồ, bảng điểm Glasgow, bệnh mạn tính,...) theo dõi ở đơn vị hồi sức tăng cường (ICU).

6.2. Biến chứng

6.2.1. Biến chứng tại chỗ

- *Viêm tấy lan tỏa tuyến tụy*: thường xuất hiện ở vùng tụy hoại tử, tồn tại 1-2 tuần. Siêu âm, chụp cắt lớp có giá trị lớn để phân biệt với nang giả tụy. Điều trị cần dẫn lưu tốt.

- *Áp xe tụy*: khi viêm tấy lan tỏa, nang giả tụy bị bội nhiễm trở thành áp xe tụy, biểu hiện hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc sốt cao dao động, thể trạng suy sụp nhanh. Điều trị cần mổ cấp cứu lấy tổ chức hoại tử và mủ và dẫn lưu triệt để hơn là dẫn lưu qua da.

- *Nang giả tụy và biến chứng*: thường xuất hiện sau viêm tụy cấp từ 1-4 tuần, dịch viêm được khu trú lại thành ổ bởi các tạng lân cận và phản ứng xơ hóa, không có tế bào biểu mô ống tụy bao bọc. Nó có thể tự tiêu hay to ra gây đau hay vỡ, chảy máu trong nang. Điều trị ngoại khoa khi có biến chứng hoặc > 6 tháng nang còn tồn tại và gây triệu chứng (chèn ép ống tiêu hóa, gây tắc mật, gây đau,...) cần mổ nối với đường tiêu hóa hay dẫn lưu nang giả với dạ dày qua nội soi can thiệp.

- *Chảy máu trong ổ bụng*: biến chứng hiếm gặp nhưng là biến chứng rất nguy hiểm thường phối hợp nhiễm trùng thứ phát. Các mạch máu quanh tụy và các mạch tạng tiếp giáp với vùng tụy hoại tử và các men tụy thoát ra gây tiêu hủy nhu mô tụy và xâm lấn vào các mạch máu và gây chảy máu. Các mạch máu dễ bị tổn thương: động mạch lách, động mạch vị tá tràng, động mạch tá-tụy, các động mạch dạ dày, động mạch gan chung.

6.2.2. Biến chứng hệ thống

- Đông máu rải rác trong lòng mạch.

- Suy hô hấp cấp.

- Thiếu máu cơ tim.
- Suy thận cấp.
- Rối loạn tâm thần.
- Chảy máu tiêu hóa.

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều trị nội khoa

- *Giảm đau*: không dùng thuốc gây co thắt cơ Oddi, dùng procain nhỏ giọt tĩnh mạch hay phong bế thần kinh tạng.

- *Chống sốc*: bù khối lượng tuần hoàn: khối lượng, tốc độ truyền căn cứ vào 3 yếu tố áp lực động mạch, áp lực tĩnh mạch trung ương, lượng nước tiểu; chống rối loạn nước điện giải, chống toan hóa máu và đảm bảo nuôi dưỡng bệnh nhân đường tĩnh mạch.

- *Ức chế bài tiết dịch tụy*:

+ Nhịn ăn uống hoàn toàn, đặt ống thông dạ dày hút dịch liên tục.

+ Thuốc ức chế bài tiết dịch tụy: anticholinergic (atropin) nhằm ức chế kích thích đến tuyến tụy, sandostatin hay stilamin có tác dụng ức chế bài tiết dịch tụy mạnh.

+ Thuốc ức chế cảm thụ quan H_2 hay bơm proton có tác dụng gián tiếp làm giảm bài tiết dịch tụy do làm giảm bài tiết acid trong dịch dạ dày, đồng thời chống loét do stress.

- *Điều trị biến chứng*:

+ Điều trị đường huyết cao nếu có.

+ Chống suy hô hấp.

+ Chống đông máu rải rác trong lòng mạch.

+ Chống suy tim: dopamin...

+ Chống suy thận.

+ Vấn đề dùng kháng sinh: viêm tụy cấp có thể bị bội nhiễm làm tăng tỉ lệ tử vong, nên dùng kháng sinh phổ rộng có tác dụng đối với vi khuẩn đường ruột.

7.2. Điều trị ngoại khoa

7.2.1. Chỉ định

- Viêm tụy cấp do sỏi giun (có thể điều trị qua nội soi can thiệp).
- Áp xe tụy.
- Nang giả tụy gây biến chứng.

- Viêm tụy hoại tử nhiễm khuẩn.

7.2.2. Mục đích

- Giải quyết nguyên nhân gây tắc nếu có.
- Lấy bỏ tổ chức hoại tử: cắt tụy điển hình hay không điển hình.
- Dẫn lưu tốt hậu cung mạc nối.
- Mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng: nên áp dụng trong điều kiện không đảm bảo nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.
- Dẫn lưu túi mật.

8. Giáo dục sức khỏe

- Tư vấn sức khỏe cho bệnh nhân khi ra viện:
 - + Đối với trường hợp nguyên nhân do rượu: không nên uống bia, rượu. Cần ăn uống điều độ.
 - + Đối với trường hợp nguyên nhân do giun: tẩy giun định kỳ cứ 6 tháng một lần.
 - + Đối với trường hợp nguyên nhân do sỏi: cần áp dụng các phương pháp để phòng sỏi tái phát, biết dấu hiệu sỏi sớm để đi khám và điều trị sớm tránh biến chứng.
- Chú ý theo dõi phát hiện sớm viêm tụy cấp ở những bệnh nhân có chấn thương hay phẫu thuật vùng tá tụy, nhất là sau thủ thuật can thiệp vùng Oddi (chụp mật tụy ngược dòng...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Xuân Bình. Bài tiết dịch tụy - Sinh lý học. Nhà xuất bản Y học, 2006, 339-342.
2. Nguyễn Trinh Cơ. Viêm tụy cấp - Chuyên khoa ngoại. Nhà xuất bản Y học, 1985, 130-144.
3. Imrie CW. Biliary acute pancreatitis - Surgery of the liver and Biliary tract, vol1. W.B Saunders company ltd, 2003, 675-686.
4. Townsend CM. Pancreatitis - Sabiston Textbook of Surgery, 17th edition. Elsevier, 2004.
5. British Society of Gastroenterology. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis. Gut, 1998, 42 Suppl 2: S1-S13.