

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Viêm tụy cấp (VTC) là quá trình viêm cấp tính của tụy gây ra do sự hoạt hóa các men ngay tại tụy, dẫn đến các biến chứng tại chỗ (tụy và mô xung quanh) hay toàn thân (hệ thống các tạng) ở nhiều mức độ khác nhau.

1.2. Nguyên nhân

- Do rượu (30 - 45%)
- Do sỏi đường mật (30 - 45%)
- Do tăng Triglyceride (10 - 30%)
- Do các nguyên nhân khác (10%): tự miễn, di truyền, do can thiệp ERCP, nhiễm trùng, chuyển hóa, ung thư, độc chất, tắc nghẽn, chấn thương, mạch máu...

1.3. Dịch tễ học

- Viêm tụy cấp là tình trạng cấp cứu thường gặp với tỷ lệ khoảng 5-30/100.000 dân ở Mỹ.
- Có khoảng 10-15% các trường hợp VTC diễn tiến nặng và có thể dẫn đến tử vong.
- Tỷ lệ tử vong chung khoảng 5%, trong đó các trường hợp VTC nặng hoại tử tỷ lệ tử vong sẽ cao hơn khoảng 17%.

1.4. Phân loại: Viêm tụy cấp thể phù nề, thể hoại tử hay thể xuất huyết.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán viêm tụy cấp cần ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau đây:

- Đau bụng điển hình của viêm tụy cấp (khởi phát cơn đau cấp tính, kéo dài ở thượng vị, thường lan sau lưng)
- Tăng lipase hoặc amylase máu ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường
- Hình ảnh của viêm tụy cấp trên CT-scan có cản quang hoặc MRI hoặc siêu âm bụng.

* Chỉ định chụp CT scan bụng có cản quang khi

- Chẩn đoán xác định khi lâm sàng và men tụy không đủ chẩn đoán

- Xác định mức độ nặng, các biến chứng tại tụy và quanh tụy (khi còn đau bụng hoặc lâm sàng xấu đi sau 48 - 72 giờ)
- Hướng dẫn can thiệp qua da (như catheter dẫn lưu ổ dịch)

2.2. Chẩn đoán phân biệt: cần chẩn đoán phân biệt với các trường hợp đau bụng cấp khác như: Viêm loét dạ dày, tá tràng, thủng tạng rỗng, viêm túi mật cấp, nhiễm trùng đường mật, ...

3. TIỀN LƯỢNG, MỨC ĐỘ VÀ BIẾN CHỨNG

3.1. TIỀN LƯỢNG

❖ **Thang điểm BISAP** (Bedside Index of Severe Acute Pancreatitis): Viêm tụy cấp nặng khi có ≥ 3 tiêu chuẩn sau:

- (B): BUN $> 25\text{g/dL}$
- (I): Rối loạn tri giác, điểm Glasgow < 15
- (S): Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
- (A): Tuổi > 60
- (P): Tràn dịch màng phổi

❖ **Chỉ số nặng trên cắt lớp điện toán (CTSI)**

Mức độ viêm	Biểu hiện	Điểm
A	Tụy bình thường	0
B	Tụy to khu trú hay lan tỏa	1
C	Viêm quang tụy kèm bất thường nội tại của tụy	2
D	Tụ dịch trong hoặc ngoài tụy	3
E	≥ 2 ổ tụ dịch lớn hoặc có khí trong tụy hoặc sau phúc mạc	4
Điểm hoại tử	% mô tụy hoại tử trên CT-scan có cản quang	
0		0
< 33%		2
33 - 50%		4
> 50%		6

- CTSI = Điểm mức độ viêm + Điểm hoại tử
- Viêm tụy cấp nặng khi có ≥ 6 điểm

3.2. MỨC ĐỘ VIÊM TỤY CẤP: Theo tiêu chuẩn Revised Atlanta 2012

Giai đoạn bệnh	Mức độ		
	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Sớm (7 ngày đầu)	Không suy tạng	Suy tạng thoáng qua (hồi phục trong vòng 48 giờ) ^(*)	Suy tạng kéo dài (>48 giờ): • Suy một tạng • Suy đa tạng
Muộn (sau 7 ngày)	Không suy tạng, và Không biến chứng tại chỗ	Suy tạng thoáng qua (hồi phục trong vòng 48 giờ) ^(*) , hoặc Biến chứng tại chỗ, hoặc Biến chứng toàn thân không suy tạng	

^(*) Khi có suy tạng, thái độ điều trị trong 48 giờ đầu như viêm tụy cấp nặng (xem bên dưới).

3.3. BIẾN CHỨNG

❖ Biến chứng tại chỗ

- Tụ dịch quanh tụy cấp
- Hoại tử cấp ± nhiễm trùng
- Hoại tử tạo vách ± nhiễm trùng
- Nang giả tụy

❖ **Biến chứng toàn thân:** khởi phát đột kích phát các bệnh lý nội khoa mạn tính (bệnh mạch vành, bệnh phổi mạn ...)

❖ **Suy tạng:** ≥ 2 điểm của 1 trong 3 cơ quan theo hệ thống Marshall hiệu chỉnh.

Cơ quan	Điểm				
	0	1	2	3	4
Hô hấp ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$)	> 400	301 - 400	201 - 300	101 - 200	< 101
Thận:					
Creatinin máu ($\mu\text{mol/l}$)	< 134	134 - 169	170 - 310	311 - 439	> 439
Creatinin máu (mg/dl)	< 1.4	1.4 - 1.8	1.9 - 3.6	3.6 - 4.9	> 4.9
Tim mạch (HATT, mmHg), không vận mạch	> 90	< 90, đáp ứng dịch	< 90, không đáp ứng dịch	< 90, pH < 7.3	< 90, pH < 7.2

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Theo dõi
 - Sinh hiệu, nước tiểu, SpO₂ mỗi 4 giờ trong 24 giờ đầu,
 - Hct thời điểm lúc nhập viện, sau 12 giờ, 24 giờ,
 - BUN lúc nhập viện, sau 24 giờ, 48 giờ,
 - CRP lúc 48 giờ sau khởi phát
- Giảm đau
- Bù dịch – cân bằng điện giải
- Cho tụy nghỉ ngơi : nhịn ăn uống đường miệng
- Giảm tiết tụy trong VTC nặng
- Sử dụng kháng sinh hợp lý
- Giải quyết biến chứng
- Điều trị nguyên nhân

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Viêm tụy cấp nhẹ - trung bình

- Sonde mũi - dạ dày: chỉ đặt khi có liệt dạ dày - ruột, buồn nôn, nôn dai dẳng
- Thở oxy: nên cung cấp oxy trong 24 - 48 giờ đầu, duy trì SpO₂ ≥ 95%.
- Bù dịch, điện giải: Bù dịch đường tĩnh mạch bằng dung dịch tinh thể hoặc dung dịch keo theo nhu cầu cơ bản. Mục tiêu: giảm Hct (nếu có cô đặc máu lúc nhập viện, Hct > 44%) [6], duy trì nước tiểu ≥ 0.5 ml/kg/giờ, tối thiểu 2 lít/ngày.
- Bù kali, natri theo ion đồ .
- Dinh dưỡng:
 - Cho tụy nghỉ ngơi, bệnh nhân cần nhịn ăn vài ngày đầu, bù dịch qua đường tĩnh mạch, thường tập cho ăn lại sớm trong 3-7 ngày.
 - Không cần thiết hỗ trợ dinh dưỡng trong viêm tụy cấp nhẹ .
 - Nếu có, cung cấp 100 - 150g glucose/ngày truyền tĩnh mạch.
 - Có thể bắt đầu cho ăn khi: giảm đau bụng mà không cần dùng dẫn xuất morphine, hết buồn nôn, nôn, cảm giác đói, nghe được âm ruột và đánh giá chung cải thiện.
 - Ăn theo thứ tự: nước đường - cháo đường - cơm nhão - cơm thường. Hạn chế béo
- Giảm đau: Meperidine 50mg /4-6 giờ TB/TM, Fentanyl 50µg/4-6 giờ TB/TM có thể gây ức chế hô hấp, Acetaminophen có thể dùng trong trường hợp VTC nhẹ hay sốt.

4.2.2. Viêm tụy cấp nặng

- Nhập ICU
- Truyền dịch
 - Khởi đầu: 20 ml/kg trong 60 - 90 phút đầu
 - Sau đó: 250 - 300 ml/giờ trong 48 giờ, tùy tình trạng tim mạch
- Dinh dưỡng
 - Trong 72 giờ đầu: chỉ cần cung cấp năng lượng tối thiểu như VTC nhẹ
 - Sau 72 giờ: hội chẩn chuyên khoa dinh dưỡng. Nguyên tắc: chế độ giàu đạm.
- Thở oxy duy trì $SpO_2 \geq 95\%$
- Giảm đau: Meperidine, fentanyl
- Giảm tiết tụy: Octreotide 0.1mg 1 ống x 3 (tiêm dưới da) trong ≥ 7 ngày
- Chỉ định kháng sinh phòng ngừa: Imipenem 500 mg/8 giờ trong 7 - 10 ngày
 - Chưa có CT: $CRP > 150$ mg/dl giờ thứ 48
 - SIRS tồn tại sau 24 - 48 giờ
 - Hct $> 44\%$ lúc nhập viện và không giảm sau 24 giờ
 - Có CT: $\text{Hoại tử} \geq 30\%$
- Xem xét lọc thận liên tục (CRRT) để loại bỏ độc chất (nếu có)
 - Viêm tụy cấp do sỏi: xem xét ERCP lấy sỏi
 - Viêm tụy cấp do tăng triglyceride
 - Lọc máu: Xem xét lọc TG hay thay huyết tương để loại triglyceride nhanh trong trường hợp TG tăng cao thường $TG \geq 1000$ mg/dl kết hợp Lipase > 3 lần giới hạn trên và hạ calci máu, nhiễm toan acid lactic, rối loạn chức năng cơ quan hay nồng độ TG không giảm sau điều trị nội trong 24 - 48h
 - Thuốc giảm TG máu: mục tiêu giảm nhanh TG máu, đưa Triglyceride < 500 mg/dl trong vài ngày và VTC có thể được ngăn chặn khi duy trì $TG < 200$ mg/dl
 - Insulin: Khi đường huyết > 500 mg/dl, , insulin truyền liên tục có thể có hiệu quả hơn tiêm dưới da ngắt quãng, pha Insulin với Glucose truyền tĩnh mạch 0.1 - 0.3 đơn vị/kg/giờ , duy trì đường huyết 150 - 200 mg/dl
 - Theo dõi ĐH mao mạch/4 giờ, Triglyceride máu/12 - 24 giờ
 - Thuốc kháng đông Heparin
 - ✓ Vai trò của Heparin còn tranh cãi, nhiều nghiên cứu cho thấy Heparin có thể kiểm soát TG máu riêng lẻ hay phối hợp chung với insulin, Heparin trọng lượng

phân tử thấp cũng có hiệu quả tương đương heparin không phân đoạn trong điều trị hạ TG trong VTC.

- ✓ Liều heparin thay đổi trong các nghiên cứu khác nhau, thường tiêm dưới da 5000UI 2 lần/ngày dùng riêng lẻ hay phối hợp với truyền insulin liên tục.
- Thuốc hạ lipid máu: dùng ngay khi bệnh nhân ăn, uống lại được
- Fenofibrate 160mg-200mg/ngày, Gemfibrozil 600-1200mg /ngày, nhóm statin hiệu quả giảm TG không bằng 2 nhóm trên
- Nhóm niacin không hiệu quả bằng nhóm fibrat, nên dùng liều thấp 300mg/ngày sau đó tăng dần liều 2-4g/ngày.
- Omega 3: là một dạng a xít béo không no (dầu cá), có thể phối hợp với các thuốc trên tăng tác dụng giảm TG.

4.2.3. Điều trị biến chứng nhiễm trùng

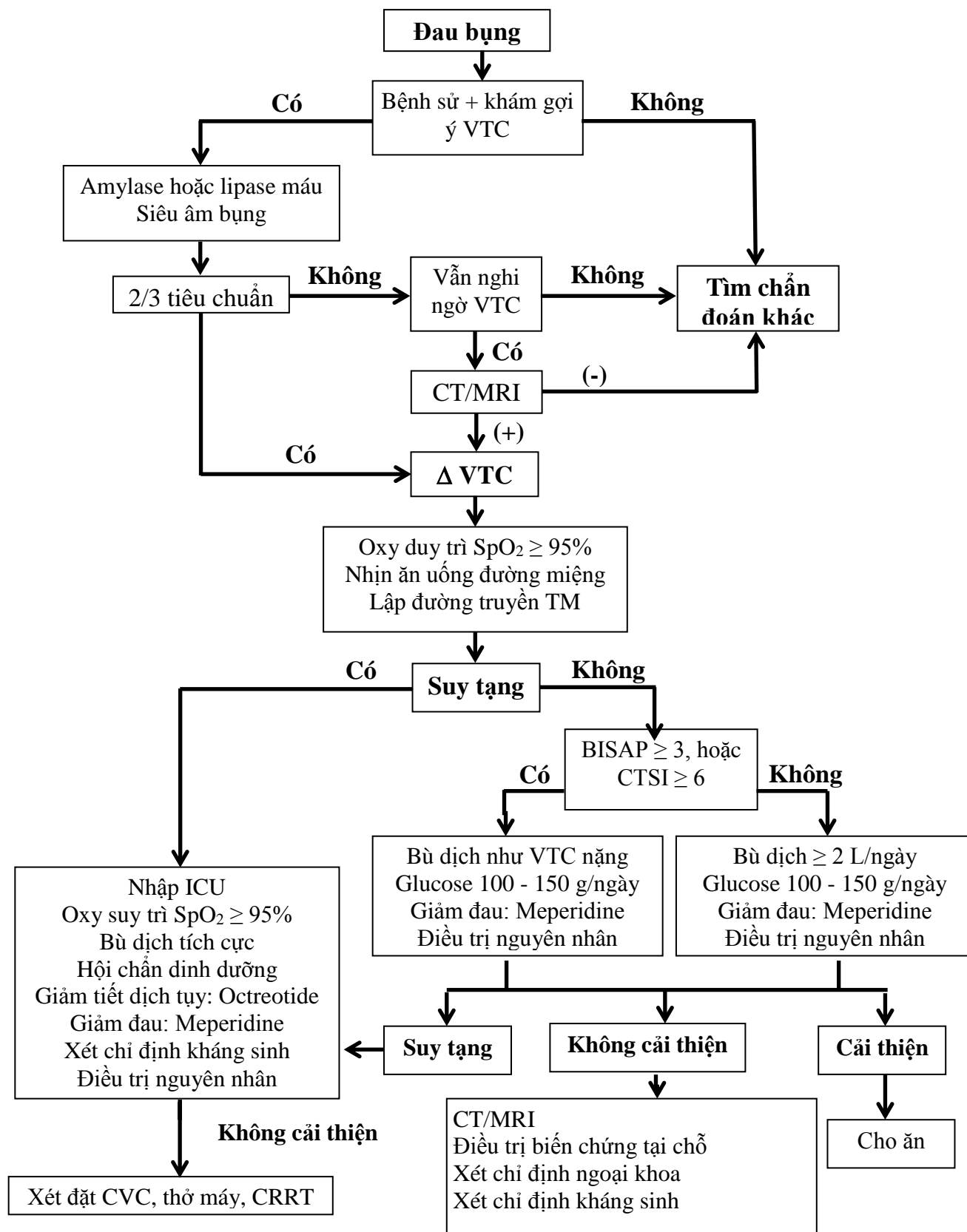
- Chỉ định chọc hút qua da dưới hướng dẫn CT: BN còn sốt, tăng BC, dấu hiệu nhiễm độc sau 7 ngày của bệnh.
- Dấu hiệu nhiễm trùng:
 - Có hình ảnh khí sau phúc mạc trên CT
 - Chọc hút qua da phát hiện vi trùng
- Chọn KS tĩnh mạch
 - Gram (-): Carbapenem hoặc Fluoroquinolone/Cephalosporin thế hệ 3 + Metronidazole
 - Gram (+): Vancomycin đến khi có kháng sinh đồ
- Liều kháng sinh

Gram (-)	Gram (+)
<ul style="list-style-type: none">- Imipenem: 0.5g/6 giờ hoặc 1g/8 giờ- Ciprofloxacin: 0.4g/12 giờ- Ceftazidim: 1-2g/8 giờ- Ceftriaxone: 2g/24 giờ- Cefoperazone/Sulbactam: 2g/12 giờ- Metronidazole:<ul style="list-style-type: none">• Liều nạp 15mg/kg trong 1 giờ• Duy trì: 7.5mg/kg/6 giờ• Tối đa: 1g/liều, 4g/ngày	<p>Vancomycin: 0.5g/6 giờ hoặc 1g/12 giờ</p>

- Thời gian dùng kháng sinh: 3 tuần

4.2.4. Xét chỉ định can thiệp ngoại khoa

- Nang giả tủy
- Nang giả tủy nhiễm trùng
- Vỡ nang giả tủy
- Xuất huyết trong nang giả tủy
- Nang giả tủy gây chèn ép cơ quan lân cận hoặc gây đau
- Hoại tử tủy
- Hoại tử tủy nhiễm trùng
- Áp xe tủy



LƯU ĐỒ HƯỚNG DẪN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Quy trình chuyên môn chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh viêm tụy cấp. Quyết định 4068/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế năm 2016.*
2. *Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C. et al. Classification of acute pancreatitis – 2012 : revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut 2012;0:1–10. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779.*
3. *Bharwani N., Patel S., Prabhudesai S. et al. Acute pancreatitis: the role of imaging in diagnosis and management. Clinical Radiology 66 (2011) 164 -175.*
4. *Topazian M., Pandol S.J. Textbook of Gastroenterology 5th ed. 2009. Chapter 68. pp:1761-1810*
5. *Balthazar E.J., Robinson D.L., Megibow A.J., et al. 1990. “Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis”. Radiology. 174, pp.331-336*
6. *Banks P.A., Freeman M.L. 2006. “Practice guidelines in acute pancreatitis”. Am J Gastroenterol. 101, pp.2379-2400.*
7. *Seth D Crockett, Sachin Wani, Timothy B Gardner, American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. Gastroenterology. 2018 Mar;154(4):1096-1101. doi: 10.1053/j.gastro.2018.01.032.*

TRƯỞNG KHOA