

# ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP

PGS. TS. Quách Trọng Đức

Phó Trưởng Bộ Môn Nội Tổng quát - ĐHYD TP HCM

# ĐẠI CƯƠNG

## *Định nghĩa*

---

Hiện tượng “tự tiêu hóa” của tuyến tụy, do sự hoạt hóa của men tụy ngay ở tụy, dẫn đến các biến chứng tại chỗ (tụy & mô quanh tụy) và toàn thân.

# ĐẠI CƯƠNG

## *Sinh lý & giải phẫu*

---

### Tụy là tuyến nội tiết & ngoại tiết:

1. Nội tiết: bài tiết Insulin & Glucagon giúp điều hòa đường huyết
2. Ngoại tiết: bài tiết các men tiêu hóa protid, lipid và glucid.

# ĐẠI CƯƠNG

## *Sinh lý & giải phẫu*

---

Trong điều kiện bình thường, mô tụy được bảo vệ bằng các hình thức:

1. Các men được bài tiết dưới dạng chưa hoạt động (tiền men)
2. Tụy sản xuất các chất ức chế men




# ĐẠI CƯƠNG

---

- Tình trạng cấp cứu thường gặp
- 10 – 15% diễn tiến nặng có thể dẫn đến tử vong

Thầy nhấn mạnh viêm tụy cấp cần phải quan tâm đến tỉ lệ tử vong. tỉ lệ tử vong giữa mức độ nhẹ và mức độ nặng chênh lệch nhau rất nhiều.

- Tỉ lệ tử vong (VTC nhẹ: < 1%, nặng: 40 – 60%) 
- Bên cạnh chẩn đoán đúng, TIỀN ĐOÁN CHÍNH XÁC

diễn tiến nặng đóng vai trò mấu chốt để điều trị thành công

# SINH LÝ BỆNH

---

1. Bất cứ tình trạng bệnh lý nào gây ra sự hoạt hóa men tụy ngay trong lòng mô tụy và vượt quá cơ chế tự bảo vệ của tụy thì sẽ gây ra viêm tụy.
2. Hiện tượng hoạt hóa của men tụy luôn luôn được khởi phát bằng quá trình trypsinogen được hoạt hóa thành trypsin. Trypsin, đến lượt nó, sẽ hoạt hóa tất cả các men tụy còn lại.



# SINH LÝ BỆNH

---

## Các men hoạt hóa trypsinogen thành trypsin

1. Enterokinase (tá tràng)
2. Phospholipase A2 (dịch mật)
3. Cytokinase (men tế bào)



# SINH LÝ BỆNH

## 1- Thuyết ống dẫn chung:

- Ống mật và ống tụy cùng đổ vào tá tràng qua ống dẫn chung nên có sự trộn lẫn dịch tá tràng & dịch mật ngay trong lòng ống tụy khi có tăng áp lực trong tá tràng hoặc rối loạn cơ vòng Oddi.
- Khi có tắc ống dẫn chung hoặc cơ vòng Oddi do sỏi hoặc giun đũa thì có hiện tượng hoạt hóa trypsinogen thành trypsin dưới tác dụng của men phospholipase A2 của dịch mật.
- Giải thích cơ chế viêm tụy cấp do giun đũa và do sỏi.

Sỏi ở đây là sỏi ống mật. Đa số là do từ túi mật rơi xuống, một số trường hợp là sỏi từ ống gan xuống.

Sỏi tụy có phải nguyên nhân gây viêm tụy hay không? => Rất hiếm khi có sỏi tụy nguyên phát, thường do viêm tụy tái đi tái lại nhiều lần mới dẫn đến hình thành sỏi tụy.

# SINH LÝ BỆNH

---

## 2- Thuyết thần kinh vận mạch: ☰

- Các rối loạn thần kinh tạng, rối loạn vận mạch do viêm tắc tĩnh mạch làm co thắt các mạch máu nhỏ kéo dài đưa đến thiếu oxy và tổn thương tế bào → giải phóng các men tế bào (cytokinase).
- Các men tế bào này cũng sẽ làm hoạt hóa trypsinogen thành trypsin ngay trong lòng ống tụy.
- Giải thích cơ chế viêm tụy cấp do thuốc, do dị ứng hoặc các bệnh mạch máu nhỏ như tiểu đường, lupus đỏ

# SINH LÝ BỆNH

---

## 3- Thuyết chấn thương:

- Các sang chấn vùng bụng từ ngoài hoặc do phẫu thuật gây những ổ dập nát, hoại tử mô tụy dẫn đến sự phóng thích các men tế bào (cytokinase)
- Các men này làm hoạt hóa trypsinogen thành trypsin ngay trong lòng mô tụy đưa đến viêm tụy cấp.

# SINH LÝ BỆNH: phân loại

---

- **Viêm tụy phù nề mô kẽ:** viêm cấp tính của nhu mô tụy và mô quanh tụy không kèm hoại tử
- **Viêm tụy hoại tử:** viêm cấp tính kèm với hoại tử của nhu mô tụy và / hoặc mô quanh tụy

# NGUYÊN NHÂN: *thường gặp*

---



1. Sỏi mật

2. Rượu

3. Tăng TG > 11 mmol/L (>1,000mg/dL)

Điển hình là >1000mg/dL,  
tối thiểu là phải >500mg/dL.



# Nguyên nhân: ít gặp

## Bất thường vùng bóng Vater (GP – Sinh lý - bệnh lý)

1. Tá tràng: Túi thừa tá tràng
2. Mật: RLCN cơ vòng Oddi, Viêm hẹp Oddi, U Vater
3. Tụy: tụy vòng/tụy đôi/tụy hình nhẫn, ung thư tụy, u nhầy trong nhú

## Nhiễm trùng:

1. **KST**: giun đũa, sán lá
2. **Virus**: Quai bị, Virus viêm gan A, B, C; CMV, Varicella-Zoster HIV, Epstein–Barr virus, Rubella, Adenovirus, Rubeola, Herpes Simplex virus, Rotavirus, Coxsackie virus type
3. **VT**: *Yersinia*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella*, *Leptospira*
4. **Nấm**: *Aspergillus*, *Candida spp.*, *Cryptococcus neoformans*, *Pneumocystis carinii*

## Chấn thương bụng

# TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

## ✗ Đau bụng: 95%

- Thường đột ngột sau bữa ăn thịnh soạn, hoặc sau nhậu.
- Vị trí: đau vùng trên rốn
- Cường độ: dữ dội
- Hướng lan: lan ra sau lưng
- Tư thế giảm đau: giảm nhẹ với tư thế cò súng
- Khám lâm sàng:
  - + Thành bụng thường mềm.
  - + Vùng trên rốn hơi căng tức khi ấn chẩn.
  - + Điểm Mayo Robson, điểm Malleguy Tôn Thất Tùng.
  - + Có biến chứng viêm phúc mạc: dấu hiệu đề kháng / co cứng thành bụng.

Những đặc điểm đau bụng là tiêu chuẩn lâm sàng trong chẩn đoán viêm tụy cấp do đó hết sức quan trọng.  
Cần phải hỏi thêm về tiền sử các cơn đau tương tự hay tiền sử chẩn đoán viêm tụy ở các cơ sở y tế khác.

# TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

✗ Tuy là triệu chứng không nhạy nhưng rất đặc hiệu cho viêm tụy hoại tử do đó bắt buộc phải đề cập trong bệnh án.

## Mảng xuất huyết dưới da:

- vùng quanh rốn (dấu Cullen) hoặc
- vùng hông trái (dấu Grey Turner)
- gợi ý viêm tụy nặng thể xuất huyết hoại tử





# TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

---



## Buồn nôn & nôn: 70%

- Nôn nhiều, có khi gần như liên tục
- Tuy nhiên nôn không giúp giảm đau
- Trong cơn đau BN có thể nôn ra giun đũa gợi ý nguyên nhân
- Nếu nôn ra máu thì gợi ý VTC thể xuất huyết, tiên lượng nặng.

# CHẨN ĐOÁN

## Tiêu chuẩn chẩn đoán

---

Khi có  $\geq 2$  trong 3 tiêu chuẩn:

- Đau bụng cấp kiểu tụy
- Amylase máu và/hoặc Lipase máu  $\geq 3$  lần
- Xét nghiệm hình ảnh học phù hợp VTC.  
(Siêu âm bụng, CT bụng, MRI bụng)

# CHẨN ĐOÁN

## Các lưu ý

### •Đau bụng kiểu tụy:

- khởi phát đột ngột, thượng vị hoặc quanh rốn

- lan sau lưng

Có thể đặt này vào viện triệu chứng đau không điển hình đau bụng kiểu tụy nhưng nếu khai thác được trước đây bệnh nhân có những cơn đau bụng tương tự và đã được chẩn đoán viêm tụy cấp ở những lần đó (xác định chắc chắn) thì cũng giúp gợi ý chẩn đoán.

- liên tục

-  •cường độ tăng dần đến tối đa sau 30 phút, kéo dài  $\geq 24$  giờ,

- giảm đau khi ngồi cúi ra trước / nằm cong người nghiêng (T)

- kèm nôn nhưng không giảm đau

# CHẨN ĐOÁN

## Các lưu ý

### ❖ Men tụy:

Biện luận men tụy phải chú ý ngưỡng chẩn đoán và động học men theo thời gian. Lipase có thể làm trong những ngày sau và chuyên biệt hơn Amylase.

- Amylase máu: bắt đầu tăng sau 1 giờ, về BT sau 3 – 5 ngày
- Lipase máu: tăng đồng thời nhưng thời gian tăng dài hơn amylase

### ❖ Amylase: có thể tăng / bệnh cảnh không phải VTC

- macroamylasemia
- suy thận,
- bệnh lý tuyến nước bọt
- bệnh lý bụng cấp khác.

### ❖ Men tụy có thể không tăng trong trường hợp

- Nguyên nhân VTC: rượu, tăng triglyceride, ung thư tụy
- Trên nền viêm tụy mạn
- Loét thâm nhiễm

# CHẨN ĐOÁN

## Các lưu ý

---

### ❖ Hình ảnh học:

- Siêu âm bụng : là xét nghiệm CDHA đầu tay nên làm. 🗨️

- ✗•CT cản quang và MRI nên để dành cho các trường hợp:

- chẩn đoán không rõ hoặc

Đặc biệt khi LS nghi ngờ bụng ngoại khoa.

- bệnh cảnh lâm sàng không cải thiện sau 48 – 72h nhập viện 🗨️

# CHẨN ĐOÁN

## Các chẩn đoán phân biệt

---

### ➤ Bệnh gan mật

- Cơn đau quặn mật,
- NTĐM
- Viêm túi mật cấp

### ➤ Bệnh của ống tiêu hóa

- Thủng tạng rỗng
- Tắc ruột
- Viêm ruột thừa giai đoạn sớm

### ➤ Bệnh lý tim mạch

- Nhồi máu cơ tim thành dưới
- Thiếu máu, nhồi máu mạc treo
- Phình bóc tách động mạch chủ

# TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC



## Các dấu hiện gợi ý tiến triển nặng

Tiên lượng mức độ nặng: ở thời điểm hiện tại có thể mức độ chỉ nhẹ thôi nhưng trong tương lai sắp tới sẽ diễn tiến đến mức độ nặng. Còn chẩn đoán mức độ phải dựa vào ATLANTA thường sau 48 giờ.

### ➤ SIRS lúc NV: $\geq 2/4$ tiêu chuẩn

- $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$  hoặc  $< 36^{\circ}\text{C}$
- Nhịp tim  $> 90$  l/p
- Nhịp thở  $> 20$  l/p hoặc  $\text{PaCO}_2 < 32$  mmHg
- $\text{BC} > 12,000/\text{mm}^3$  hoặc  $< 4,000/\text{mm}^3$

### ➤ SIRS lúc NV + kéo dài sau 48h: độ chuyên biệt cao hơn

*SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome): Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân*

# TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

## Các dấu hiện gợi ý tiến triển nặng

➤ Thang điểm BISAP: nặng khi có  $\geq 3$  (trong vòng 24 giờ)

(B): BUN > 25 mg/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

Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis (BISAP): Dữ liệu đánh giá trong vòng 24 giờ đầu tiên.

B (BUN), I (Impaired Mental Status), S (SIRS), A (Age), P (Pleural effusion)



# TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

## Các dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng




Chỉ cần 1 trong các dấu hiệu trên là gợi ý tiến triển nặng, phải theo dõi kĩ hơn.

- ❖ Hct > 44% lúc NV (và không thể giảm sau 24h)
- ❖ CRP > 150mg/l (sau khởi phát 48h)
- ❖ Suy cơ quan:
  - Tim mạch: HA max < 90 mmHg
  - Hô hấp: PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg
  - Thận: Creatinin ≥ 1,9 mg /dL

# TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

## Dấu hiện chỉ điểm VTC không nặng (HAPS)



Phải có cả 3 tiêu chuẩn.

### ❖ Khi có cả 3 tiêu chuẩn

- Bụng không đau kháng
- Hct bình thường ( $< 43\%$  ở nam,  $< 39,6\%$  ở nữ)
- Creatinin bình thường ( $< 2\text{mg}\%$ )

### ❖ Dự đoán VTC không nặng chính xác 98%

*HAPS: Harmless acute pancreatitis score*

# TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC



*(Phân loại Atlanta hiệu chỉnh 2013)*

---

## ➤ VTC nhẹ

- Không suy tạng, VÀ
- Không có biến chứng tại chỗ

## ➤ VTC trung bình – nặng

- Suy tạng thoáng qua (<48 h) VÀ / HOẶC
- Có biến chứng tại chỗ / toàn thân

## ➤ VTC nặng

- Suy tạng kéo dài (>48h) 

# TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

## (Đánh giá suy tạng)

<u>Cơ quan</u>	<u>Điểm</u>				
	0	1	2	3	4
<b>HỖ HẤP</b> (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> )	> 400	301 – 400	201 – 300	101 – 200	< 101
<b>THẬN</b>					
<u>Creatinin máu (μmol/l)</u>	< 134	134 – 169	170 – 310	311 – 439	> 439
<u>Creatinin máu (mg/dl)</u>	< 1,4	1,4 – 1,8	1,9 – 3,6	3,6 – 4,9	> 4,9
<b>TIM MẠCH</b> (HATT) (mmHg, <u>không vận mạch</u> )	> 90	< 90 <u>đáp ứng</u> <u>dịch</u>	< 90 <u>không đáp</u> <u>ứng dịch</u>	< 90, pH < 7,3	< 90, pH < 7,2

(≥ 2 điểm của 1 trong 3 cơ quan theo hệ thống Marshall hiệu chỉnh).

# TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(Đánh giá suy tạng \_ đơn giản hóa)

Lưu ý:

- Chỉ cần 1 trong 3 tiêu chuẩn là có suy tạng.
- Nếu kéo dài < 48h => Mức độ trung bình. > 48h => Mức độ nặng.
- Tiêu chuẩn HA phải không đáp ứng với truyền dịch.

•  $\text{PaO}_2 \leq 60 \text{ mmHg}$

•  $\text{Creatinin} \geq 1.9 \text{ mg/dL}$

• HA tâm thu < 90mmHg và *không đáp ứng truyền dịch*

# TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

## (Biến chứng tại chỗ)

---

- Tự dịch quanh tụy cấp
- Hoại tử cấp  $\pm$  nhiễm trùng
- Hoại tử tạo vách  $\pm$  nhiễm trùng
- Nang giả tụy



# TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

## (Biến chứng toàn thân)

---

- Là đợt kịch phát các bệnh nội khoa mạn tính sẵn có đi kèm (bệnh mạch vành, bệnh phổi mạn ...)
- Các biến chứng do VTC gây bệnh cảnh suy tạng:  
ARDS, suy thận cấp ... không được xếp vào nhóm biến chứng toàn thân)

# ĐIỀU TRỊ

## (Nguyên tắc điều trị)



➤ Bù dịch sớm – cân bằng điện giải

Bù dịch sớm là quan trọng nhất.

➤ Giảm đau

➤ Cho tụy nghỉ ngơi :

- Nhịn ăn uống đường miệng
- Dinh dưỡng đường miệng sớm ngay khi có thể

➤ Theo dõi & xử trí biến chứng

➤ Điều trị nguyên nhân



# ĐIỀU TRỊ

## (nguyên tắc điều trị)

### Theo dõi:

- Theo dõi sát trong 24 – 48 giờ đầu sau nhập viện
- Sinh hiệu, nước tiểu,  $\text{SpO}_2$  mỗi 4h/24h đầu
- Thở Oxy nếu  $\text{SpO}_2 < 95\%$
- Làm khí máu động mạch nếu  $\text{SpO}_2 < 90\%$
- Lượng nước tiểu mỗi giờ (đặc biệt nếu VTC nặng):  
duy trì 0,5 – 1ml/kg/giờ
- BN có suy tạng: cần theo dõi liên tục để phát hiện sớm biến chứng.

Vì diễn tiến trong 24-48 giờ đầu rất khó đoán cho đến khi chẩn đoán chính xác mức độ nặng sau 48h do đó phải theo dõi sát.

Tuy nhiên những trường hợp có dấu hiệu suy tạng ngay khi nhập viện thì bệnh nhân có chỉ định nhập khoa sản sóc đặc biệt do đó cần phải theo dõi liên tục = monitor, nước tiểu thì đặt sonde theo dõi chính xác lượng mỗi giờ để tính toán lượng nước xuất nhập.

# ĐIỀU TRỊ

## (nguyên tắc điều trị)


---

### Theo dõi:

- Hct thời điểm lúc nhập viện, sau 12h, 24h
- BUN lúc nhập viện, sau 24h, 48h
- Điện giải đồ mỗi ngày (bù theo ion đồ)
- CRP lúc 48 h sau khởi phát
- ĐH: theo dõi mỗi giờ nếu VTC nặng và có tăng ĐH. Có chỉ định điều trị nếu  $> 180\text{mg} - 200\text{mg/dl}$  (do tăng nguy cơ NT tụt thứ phát)

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

---

- Hội chẩn ICU khi có suy tạng
- Thở oxy: trong 24 – 48 giờ đầu, duy trì SpO<sub>2</sub> ≥ 95%, nhất là khi còn dùng dẫn xuất morphine để giảm đau.
- Sonde mũi – dạ dày: chỉ đặt khi
  - Nôn nhiều
  - Trướng bụng
  - Đầy kháng thành bụng 

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

## Cơ sở

BN VTC bị giảm thể tích tuần hoàn do

Bệnh nhân có thể thiếu thể tích tuần hoàn dù không có dấu mất nước.  
Mọi bệnh nhân viêm tụy luôn luôn có giảm thể tích tuần hoàn.

- Nôn / nhịn ăn uống / tăng mất qua hô hấp, mồ hôi
- Tình trạng viêm làm tăng tính thấm thành mạch dẫn đến tăng mất dịch vào khoang thứ 3

Hậu quả

- Làm nặng thêm tình trạng giảm tưới máu cục bộ thúc đẩy hoại tử nhu mô tụy, hoại tử ống thận cấp.
- Viêm tụy hoại tử: gây ra hội chứng thoát mạch làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh.

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

## Cơ sở

✗ Lợi ích của truyền dịch tốt nhất là trong 12 – 24 giờ đầu từ khi khởi phát triệu chứng, được chứng minh giảm: 🗨️

- Tỷ lệ biến chứng
- Tỷ lệ tử vong

Hồi sức dịch truyền chủ yếu trong 24 – 48 giờ đầu sau khởi phát, không truyền dịch quá mức sau 48 giờ vì tăng nguy cơ: 🗨️

- Suy hô hấp cần đặt NKQ
- Hội chứng chèn ép khoang bụng 🗨️

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

## Loại dịch truyền

---

### ➤ Loại dịch truyền:

1. LR và / hoặc NaCl 0,9%


Không ưu tiên  
cái nào hơn,  
miễn là dung  
dịch điện giải.

2. VTC do tăng canxi máu không dùng LR

Do trong LR có  
Ca.

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

## Lượng và tốc độ dịch truyền

- Hầu hết trường hợp khác: 5 – 10 ml/kg/giờ
- BN có biểu hiện mạch nhanh, HA tụt: 20ml/kg/giờ trong 30', sau đó là 3ml/kg/giờ trong 8 – 12 giờ kế.
- Đánh giá sát trong 6 giờ đầu sau nhập viện và tiếp tục theo dõi kỹ trong 24 – 48 giờ sau đó
- Thận trọng hơn và theo dõi sát ở BN có nguy cơ quá tải: tim mạch, thận kèm theo ... 

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

## Lượng và tốc độ dịch truyền



---

- Điều chỉnh tốc độ truyền dịch dựa trên
  - Đáp ứng lâm sàng (M, HA, nước tiểu)
  - Hct
  - BUN
- Đánh giá sát trong 6 giờ đầu sau nhập viện và tiếp tục theo dõi kỹ trong 24 – 48 giờ sau đó



# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

## Mục tiêu của bồi hoàn thể tích

- *Đánh giá truyền đủ dịch khi*
  - Nhịp tim < 120 l/ph 
  - HA trung bình 65 – 85 mmHg
  - Nước tiểu > 0,5 – 1ml/kg/giờ
  - Hct 35 – 44% 
  - BUN cải thiện (nếu ban đầu tăng)

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: DINH DƯỠNG

---

## ➤ Quan niệm cổ điển: Nhịn!

- Nhịn ăn uống để tránh kích thích hoạt động tụy ngoại tiết, dẫn đến làm chậm thời gian hồi phục
- Không ăn uống đường miệng trong 3 – 7 ngày.

## ➤ Quan niệm hiện tại: Sớm, đường TH ngay khi có thể!



- Dinh dưỡng đường TH kích thích ruột, duy trì hàng rào bảo vệ, tránh tình trạng chuyển dịch vi khuẩn và nhiễm khuẩn huyết.
- BN dinh dưỡng TH ít bị nhiễm trùng, thời gian nằm viện ngắn hơn, tỉ lệ tử vong thấp hơn BN dinh dưỡng TM
- DD tiêu hóa sớm trong VTC: rút ngắn thời gian nằm viện mà không tang nguy cơ biến chứng

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *DINH DƯỠNG*

---

➤ Có thể bắt đầu sớm trong 24g nếu đánh giá:

- Không liệt ruột 🗨️
- Hết buồn nôn, nôn
- Cảm giác đói
- Giảm đau bụng rõ

 ➤ Trình tự:

- Nước— nước đường — cháo — cơm thường
- Hạn chế béo, sữa nguyên kem 🗨️

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: DINH DƯỠNG

---

## Sau 3 ngày:

1. Thêm dịch truyền amino acid, hạn chế chất béo. Mời khám dinh dưỡng.
2. Nên nuôi ăn qua đường TH (đặt sonde mũi - dạ dày hoặc sonde mũi hỗng tràng) để ngừa biến chứng nhiễm trùng do VK đi xuyên thành ruột. 🗨️
3. Tránh nuôi ăn tĩnh mạch trừ khi không thể nuôi ăn đường TH, không dung nạp hoặc không đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng.
4. Đánh giá lại và quay lại dinh dưỡng đường tiêu hóa khi BN cải thiện.

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Thuốc giảm đau & giảm tiết)

---

### ➤ Giảm đau:

1. Meperidine 50mg /6-8 giờ TB/TM.
2. Không dùng nhóm anti-cholinergic vì làm tăng chương bụng.

### ➤ Giảm tiết dịch tụy:

- Không được đề cập trong các khuyến cáo hiện hành

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Kháng sinh)


### Chỉ định KS điều trị


1. Có bằng chứng nhiễm trùng ngoài tụy
  - viêm đường mật nhiễm trùng
  - nhiễm trùng huyết
  - nhiễm trùng tiểu
  - viêm phổi
  - nhiễm trùng đường vào từ catheter
  - ...
2. Có bằng chứng hoại tử nhiễm trùng (ở tụy / ngoài tụy): tình trạng bệnh nhân xấu hơn / không cải thiện sau nhập viện 7 – 10 ngày.

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Kháng sinh)

### Trường hợp nghi nhiễm trùng tụy / quanh tụy:

- Chọc hút chọc hút bằng kim nhỏ dưới CT 
- Nếu không được: KS theo kinh nghiệm
  1. ưu tiên carbapenem, quinolone và metronidazole vì thấm vào mô tụy hoại tử tốt 

Do phổ vi khuẩn thường Gram (-) đường ruột hoặc kỵ khí.  
Các KS này cũng thấm vào mô tụy tốt.
  2. các trường hợp này ***cần theo dõi sát*** : nếu tình trạng lâm sàng của BN xấu đi thì cần phải cần dẫn lưu (phẫu thuật / nội soi / x quang). 

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Kháng sinh)

---

8

**KS phòng ngừa: không còn được khuyến cáo!**



# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ



(Điều trị biến chứng nhiễm trùng)

---

## ➤ Chọn lựa kháng sinh (nếu không có bằng chứng VT)

1. Chọn lựa đầu tay: Imipenem 500 mg/8 giờ
2. Chọn lựa thứ 2: Fluoroquinolone/Cephalosporine  
thế hệ 3 + Metronidazole

## ➤ Thời gian điều trị kháng sinh phòng ngừa 10 – 14 ngày

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Chọn lựa kháng sinh)

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


# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Điều trị nguyên nhân)

---

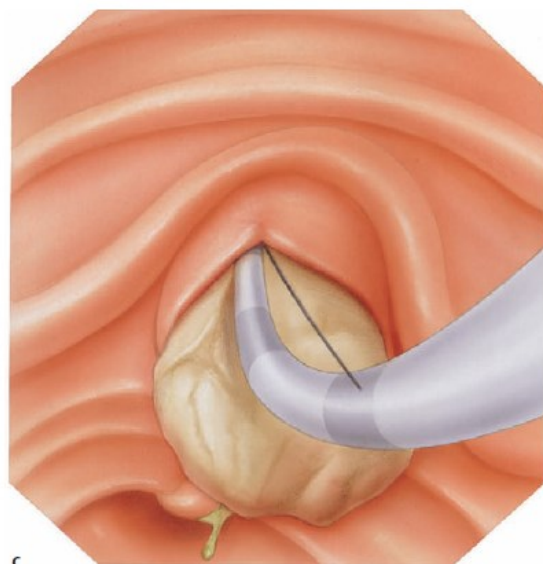
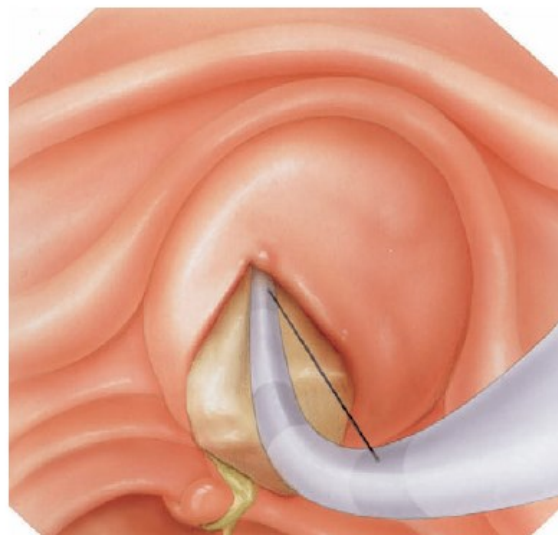
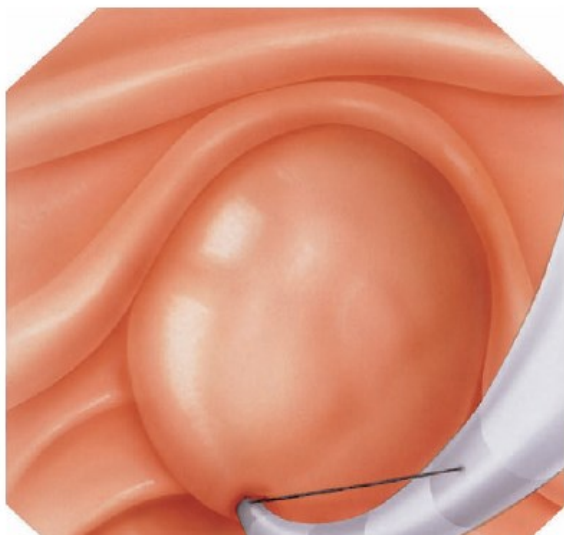


### ➤ VTC do sỏi

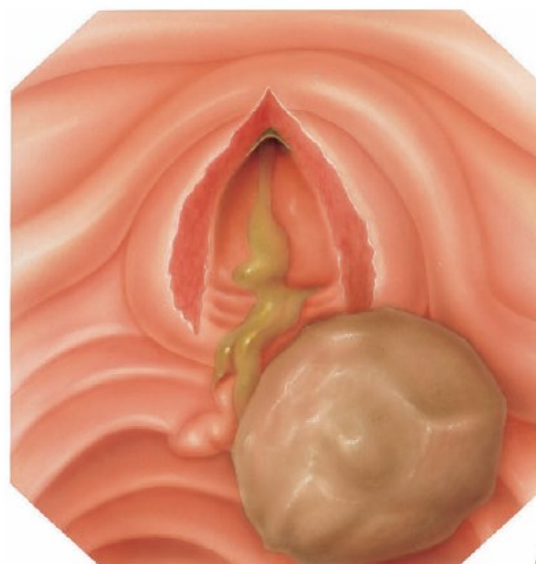
1. ERCP lấy sỏi trong vòng 72 giờ nếu thấy sỏi / OMC 
2. ERCP sớm hơn (trong 24h) nếu kèm viêm đường mật
3. Cắt túi mật trong vòng 7 ngày sau hồi phục VTC do sỏi hoặc sỏi bùn túi mật, giúp giảm nguy cơ VTC tái phát.



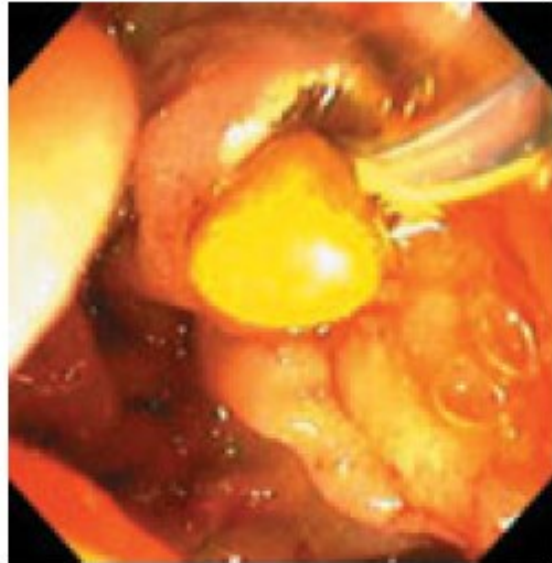
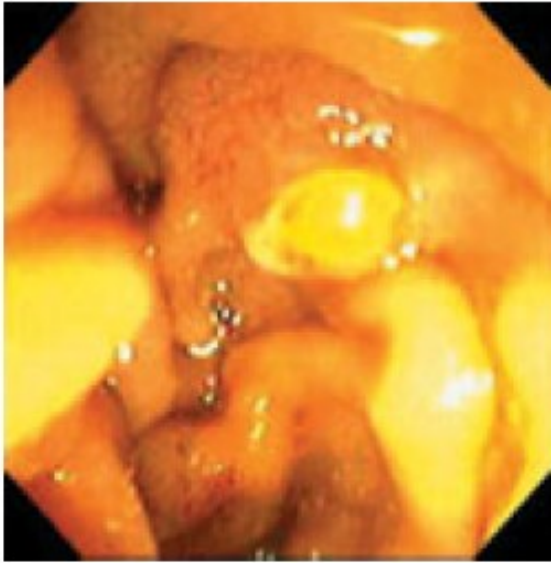




c



d



# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Điều trị nguyên nhân)

---

### ➤ VTC do tăng TG

#### 1. Lọc huyết tương:

- Ưu tiên chọn lựa nếu không có CCĐ, đặc biệt khi:
  - VTC do tăng TG kèm dấu hiệu hạ calci máu
  - nhiễm toan acid lactic
  - dấu hiệu viêm nặng lên
  - có suy cơ quan.



Mục tiêu: TG < 500 mg/dl. Ngưng khi đạt mục tiêu.


# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Điều trị nguyên nhân)

---

### ➤ VTC do tăng TG

#### 2. Insulin:

- Nếu không có phương tiện lọc huyết tương, bệnh nhân không dung nạp hoặc nếu đường huyết  $> 500$  mg/dl,
- Mục tiêu: Đưa Triglyceride  $< 500$  mg/dl trong 3 – 4 ngày
- Phương pháp
  - Pha Regular Insulin G5% truyền 0,1 – 0,3 ĐV/kg/giờ 
  - Duy trì đường huyết 150 – 200 mg/dl
  - Theo dõi ĐH mao mạch/4 giờ, TG máu/12 – 24 giờ
  - Ngưng insulin khi TG  $< 500$  mg/dl



# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

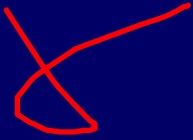
## (Điều trị nguyên nhân)

---

➤ VTC do tăng TG

3. Fibrate: 

- Khi bệnh nhân uống lại được
- Fenofibrate 160mg/ngày hoặc
- Gemfibrozil 600 mg x 2 lần/ngày



# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Hội chẩn ngoại khoa)

---

### ➤ Chỉ định hội chẩn ngoại:


1. VTC do sỏi mật
2. Nang giả tụy (nhất là khi nghi ngờ có tình trạng nang giả tụy nhiễm trùng / vỡ / xuất huyết / có biểu hiện chèn ép cơ quan lân cận)
3. Hoại tử tụy (nhất là hoại tử tụy nhiễm trùng)
4. Áp xe tụy

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Hội chẩn ngoại khoa)

---

### ➤ Thời điểm & phương pháp can thiệp ngoại:

1. BN hoại tử nhiễm trùng nhưng tình trạng ổn định: nên *tạm trì hoãn* phương pháp dẫn lưu (bằng nội soi / phẫu thuật / x quang)  $\geq 4$  *tuần* để chờ tình trạng vách hóa của vùng hoại tử. 
2. Đối với hoại tử nhiễm trùng và có triệu chứng: chỉ nên làm phương *pháp xâm lấn tối thiểu* để lấy khối hoại tử, không nên mổ mở. 