

## FORM BỆNH ÁN VIÊM TỤY CẤP

### I. HÀNH CHÍNH

- Họ tên – Tuổi – Giới
- Nghề - nơi ở
- Phòng – giường
- Ngày – giờ NV

### II. LDNV:

- Đau thương vị
- Nôn ói

### III. BỆNH SỬ: Ai khai

- Đau bụng kiểu tụy
- Nôn: sau nôn không giảm đau

### IV. TIỀN CĂN

#### A. BẢN THÂN

1. Nội khoa:
2. Ngoại khoa:
3. Thói quen – dị ứng:
  - Ăn uống, rượu bia, HTL,...
  - Sau bữa ăn thịnh soạn

#### B. GIA ĐÌNH

### V. LƯỢC QUA CÁC CQ

1. Tim:
2. Hô hấp:
3. Tiêu hóa:
4. Tiết niệu – sinh dục:
5. Thần kinh:
6. Cơ xương khớp:
7. Chuyển hóa:

### VI. KHÁM

#### A. Tổng trạng:

- Tri giác, dấu mất nước
- Sinh hiệu, chi ấm, mạch quay
- Da niêm, phù

#### B. Từng vùng:

1. Đầu mặt cổ:

- Cân đối không biến dạng
- 2. Ngực:
  - Tim:
  - Phổi:
- 3. Bụng:
  - Điểm đau
  - Mảng XH dưới da:
    - Vùng quanh rốn: Cullen
    - Vùng hông trái: Grey Turner
  - Gợi ý VT nặng thể XH hoại tử
- 4. Thần kinh, cơ xương khớp:

## VII. TTBA

## VIII. ĐVĐ:

## IX. CĐSB/CĐPB

Viêm tụy cấp – giờ - [nguyên nhân] – dấu hiệu tiến triển nặng.

## X. BIỆN LUẬN

- **CĐoan viêm tụy cấp:**  $\geq 2/3$  tiêu chuẩn:
  - Đau bụng cấp kiểu tụy
  - Amylase máu/ Lipase máu  $\geq 3$  lần
  - CĐHA: SÂB, CT bụng, MRI bụng
- **Giờ**
- **Nguyên nhân:**
  - **Sỏi mật:** tam chứng Charcot (đau bụng, sốt, vàng da), tiền căn cơn đau quặn mật
  - **Rượu:** uống rượu nhiều 45 gram cồn/ngày
  - **Tăng TG:** yếu tố nguy cơ tăng TG (béo phì, uống rượu nhiều, RL lipid máu, tiền căn)
- **Dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng:**
  - **SIRS** lúc nhập viện  $\geq 2/4$  + kéo dài sau 48h
    - $T > 38^\circ\text{C}$  hoặc  $< 36^\circ\text{C}$
    - Nhịp tim  $> 90$  l/p
    - Nhịp thở  $> 20$  l/p hoặc  $\text{PaCO}_2 < 32$  mmHg
    - $\text{BC} > 12,000$  hoặc  $< 4,000/\text{mm}^3$
  - **BISAP:** nặng khi  $\geq 3$  trong 24h
    - $\text{BUN} > 25$  mg/dl
    - $\text{GSC} < 15$
    - SIRS
    - 60t

- TDMP
- **Hct** lúc nhập viện > 44%, **CRP** > 150mg/l sau 48h khởi phát
- **Suy cơ quan:**
  - HA max < 90
  - PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg
  - Crea máu ≥ 1,9 mg/dl  
→ Hiện chưa thấy dấu hiệu suy cơ quan trên lâm sàng
- **HAPS** (dùng khi không có mấy cái trên: giá trị 98%)
  - Bụng không đề kháng
  - Hct < 43% ở nam, < 39,6% ở nữ
  - Creatinin máu bình thường
- **Đánh giá độ nặng (ATLANTA 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
  - **VTC nặng**  
Suy tạng kéo dài (>48h)
- **Suy tạng đơn giản hóa:**
  - PaO<sub>2</sub> ≤ 60 mmHg
  - Cre ≥ 1,9
  - HA tâm thu < 90 và không đáp ứng truyền dịch
- **Biến chứng:**
  - **Biến chứng tại chỗ:**
    - Tụ dịch quanh tụy, hoại tử tụy, nang giả tụy, AX tụy: đề nghị CT-scan bụng có cản quang
    - Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng: sốt, tăng đau bụng, suy cơ quan
    - Huyết khối tĩnh mạch lách, tĩnh mạch mạc treo tràng trên: lách to, XHTH
  - **Biến chứng toàn thân:** COPD, BMV (KHÔNG phải suy tạng ARDS, AKD)

## XI. CLS

- **Chẩn đoán**
  - Amylase (tăng sau 1h, duration 3 – 5d), amylase niệu, lipase (tăng đồng thời nhưng lâu hơn amylase),
  - CĐHA: SÂB, CT, MRI
- **Nguyên nhân**

- Triglyceride >11 mmol/L (>1000 mg/dl)
- SÂB
- **Theo dõi**
  - Sinh hiệu, urine, SpO2 mỗi 4h/24h đầu
  - Hct thời điểm lúc NV sau 12h, 24h
  - BUN lúc NV sau 24h, 48h
  - Ion đồ
  - CRP 48h sau khởi phát

## XII. CĐXD

- Viêm tụy cấp – thể - mức độ - nguyên nhân – biến chứng

## XIII. ĐIỀU TRỊ

### Mục tiêu: Style thầy Đức

- Giảm đau
- Bù dịch – cân bằng điện giải
- Cho tụy nghỉ ngơi :
  - Nhịn ăn uống đường miệng
  - Thuốc giảm tiết tụy: nếu VTC nặng
- Giải quyết biến chứng
- Điều trị nguyên nhân
- **Chỉ định:**
  - **ICU:** Khi có suy tạng
  - **Thở oxy:**
    - 24 – 48h đầu, SpO2 ≥95%
    - Khi còn dùng morphine
  - **Sonde mũi – dạ dày:**
    - Ói nhiều
    - Trướng bụng
    - Đầy kháng thành bụng
  - **Hội chẩn ngoại:**
    - Chỉ định:**
      1. VTC do sỏi mật
      2. Nang giả tụy (esp nghi ngờ nang giả tụy nhiễm trùng / vỡ / XH / chèn ép cơ quan lân cận)
      3. Hoại tử tụy (esp hoại tử tụy nhiễm trùng)
      4. Áp xe tụy
- Thời điểm:**
  - Hoại tử NT nhưng tình trạng ổn: dẫn lưu sau ≥4w để chờ vách hóa
  - HT NT + triệu chứng: xâm lấn tối thiểu lấy khối hoại tử, không mổ mở
- **Bù dịch:**

- Trong 12 – 24h đầu, đánh giá lại sau 6h đầu và 24 – 48h sau đó.
  - Loại dịch: Cũ là LR better than NaCl (giảm SIRS, CRP, bù sinh lý hơn vs tỉ lệ Na, Cl), mới thì whatever.
  - Lượng dịch:
    - **VTC không nặng, không hoại tử, không tiên lượng nặng:** theo nhu cầu  $\geq 2$  lit/ngày
    - **VTC không nặng, có hoại tử tụy or có BISAP/Hct/CRP: 250 – 500ml/h** trong 12 – 24h đầu sau đó  $\geq 2$  lit/ngày
    - **VTC nặng:** 20ml/kg trong 60 – 90p  $\rightarrow$  250 – 300ml/ giờ trong 48h (tùy tình trạng tim mạch)
  - **Dinh dưỡng:**
    - **3 ngày đầu:**  
100 – 150g Glu/ngày (IV)
    - **Sau 3 ngày:**
      - Thêm a.amino truyền, hạn chế béo, hội chẩn dinh dưỡng
      - Sonde mũi – dd/hỗ trợ tràng: VTC nặng ngừa nhiễm trùng do VK xuyên thành ruột
      - Nuôi ăn TM chỉ khi không dung nạp/đáp ứng dc nhu cầu dinh dưỡng.
    - **Cho ăn lại khi:**
      - Giảm đau bụng mà không cần dùng dẫn xuất morphine
      - Hết buồn nôn, nôn
      - Cảm giác đói
      - Nghe được âm ruột & đánh giá chung cải thiện
    - **Thứ tự cho ăn:**
      - Nước chín  $\rightarrow$  nước đường  $\rightarrow$  cháo đường  $\rightarrow$  cơm thường
      - Hạn chế béo, sữa
  - **Thuốc giảm đau và giảm tiết:**
    - **Giảm đau:**  
Meperidine 50mg (TB/TM) q6 – 8h
    - **Giảm tiết dịch tụy**  
Chỉ định:
      - VTC nặng
      - VT hoại tử
      - Nang giả tụy
      - TDMP
      - Báng bụng tụy
- Thuốc: trong 7-21 ngày
- **Octreotide:** 0,1 mg x 3 /ngày TDD

- **Somatostatin:** 0,25 mg bolus TM, sau đó 0,25 mg/h TTM liên tục

- **Giảm tiết acid**

Chỉ định:

- Tiền căn viêm loét DD-TT
- Dự phòng XHTH do stress trong VTC nặng

Thuốc:

Omeprazole 20mg

1 v x 2 (u)

- **Kháng sinh điều trị:**

- **Chỉ định:**

1. 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
- Etc.

2. Bằng chứng hoại tử nhiễm trùng (ở tụy /ngoài tụy): xấu hơn / không cải thiện sau NV 7 – 10 ngày.

- **Thuốc:**

1. Nhiễm trùng ngoài tụy: xài theo từng loại

2. NT tụy, quanh tụy:

Chọc hút = kim nhỏ dưới CT

Không chọc dc → KS theo kinh nghiệm:

- Carba, quinolone, metronidazole thấm vào mô hoại tử tụy tốt
- LS xấu hơn → dẫn lưu

- **Kháng sinh phòng ngừa:**

- **Chỉ định:**

- Chưa có CT:
  - Hct > 44% lúc nhập viện và không giảm sau 24H
  - CRP > 150 mg/dl giờ thứ 48
  - SIRS tồn tại sau 24 – 48H
  - Dấu hiệu suy cơ quan
- Có CT: Hoại tử ≥ 30%
- AGA 2013: Không dùng KS thường qui ở VTC nặng, hoại tử vô trùng

- **Thuốc:**

- Chưa có bằng chứng vi khuẩn: 10 – 14 day
  - 1st line: Imipenem 500mg q8h
  - 2nd line: FQ/CPS III + Metronidazole
- Có bằng chứng VK:

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>	

- **Nguyên nhân:**

- **VTC do sỏi**

- ERCP within 72h nếu thấy sỏi/OMC
- ERCP within 24h nếu kèm viêm đường mật.
- BN làm ERCP và có nguy cơ cao bị VTC sau đó nên:
  - Đặt stent tụy, or
  - NSAIDs đặt hậu môn: Diclofenac 100mg/Indomethacine 100mg
- Cắt túi mật within 7d sau hồi phục VTC do sỏi → giảm risk VTC tái phát.

- **VTC do tăng TG:**

- 1. Lọc huyết tương:**

Ưu tiên chọn lựa nếu không có CCD, 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.

- 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 trong Glucose 5% 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

### 3. Fibrate:

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

### ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ:

Ca: Viêm tụy cấp giờ 72, do tăng triglyceride, mức độ trung bình – nặng, biến chứng tụy dịch quanh tụy cấp

- Tạm nhịn.
- Glucose 10% 250ml x 4 TTM XXX giọt/phút
- NaCl 0.9% 500ml x 1 TTM XXX giọt/phút
- Meperidine 50mg, ½ ống TB x 3 (sáng – trưa – chiều)
- Imipenem 1g pha với NaCl 0.9% 100ml x 3 mỗi 8h
- Glucose 5% 500ml  
Actrapid 7UI TTM CLX giọt/phút (160)  
Kaliclorua 10% 10ml 1A
- Theo dõi sinh hiệu mỗi 12h, triglyceride mỗi 12h, đường huyết mỗi 4h.

### XIV. TIỀN LƯỢNG