

CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

BS. Vũ Thị Hạnh Như, PGS. TS. Quách Trọng Đức

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Kiến thức

1. Nêu được định nghĩa và các nguyên nhân thường gặp của viêm tụy cấp
2. Giải thích được cơ chế bệnh sinh của viêm tụy cấp

Kỹ năng

1. Khai thác được bệnh sử có định hướng
2. Thực hiện đúng các kỹ thuật thăm khám ở bệnh nhân viêm tụy cấp
3. Phân tích được các kết quả cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy cấp
4. Viết và trình bày bệnh án theo hướng tiếp cận vấn đề
5. Thiết lập được lưu đồ chẩn đoán bệnh nhân viêm tụy cấp dựa vào hỏi bệnh, khám lâm sàng và phân tích kết quả cận lâm sàng.

Thái độ

1. Đồng cảm, thấu cảm với bệnh nhân và gia đình
2. Tôn trọng cảm xúc, nhu cầu riêng tư, tín ngưỡng của bệnh nhân và gia đình
3. Tôn trọng, cộng tác tốt với điều dưỡng, bác sĩ, nhân viên y tế khác
4. Tuân thủ các nội quy, quy định của bộ môn, bệnh viện

ĐẠI CƯƠNG

- VTC là 1 bệnh lý thường gặp ở khoa cấp cứu các BV. Khoảng 10 – 15% trường hợp VTC diễn tiến nặng có thể dẫn đến tỉ lệ tử vong.
- Tỉ lệ tử vong khác nhau ở VTC nhẹ ($< 1\%$) và nặng (40 – 60%). Vì vậy, bên cạnh việc chẩn đoán đúng, **TIẾN ĐOÁN CHÍNH XÁC** diễn tiến nặng đóng vai trò mấu chốt để điều trị thành công.

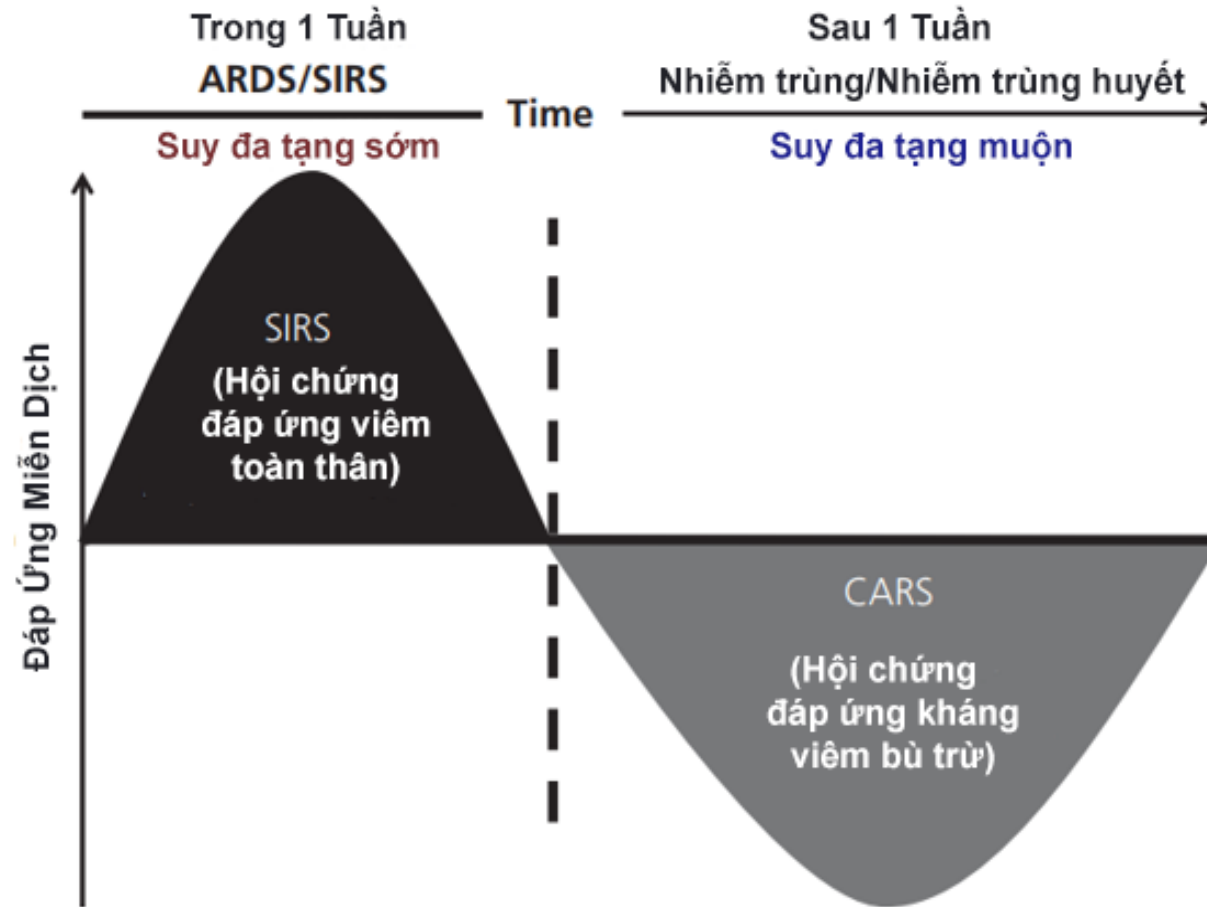
ĐỊNH NGHĨA

- VTC là quá trình viêm cấp tính của tụy với các sang thương viêm ở mô tụy có thể kèm hoặc không kèm ở các cơ quan xa. Quá trình viêm của tụy hoặc mô chung quanh tụy là do hiện tượng hoạt hóa men tụy ngay trong mô tụy.
- Viêm tụy được xem là cấp trừ khi có dấu hiệu của viêm tụy mạn trên CT Scan bụng, MRI bụng hoặc nội soi mật tụy ngược dòng.

DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN

VTC diễn tiến qua 2 giai đoạn:

- **Giai đoạn 1:** liên quan đến sinh lý bệnh của quá trình viêm, thường kéo dài 1 tuần. Độ nặng của viêm tụy liên quan đến suy cơ quan ngoài tụy do đáp ứng viêm toàn thân của BN khi tổn thương tế bào nang tuyến. Biểu chứng nhiễm trùng ít gặp. Triệu chứng sốt, tụt huyết áp, suy hô hấp cấp và tăng bạch cầu do hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS). 75 – 80% BN VTC ổn định và không diễn tiến qua giai đoạn 2.
- **Giai đoạn 2:** liên quan đến biến chứng tại chỗ như hoại tử tụy, < 20% BN, kéo dài vài tuần đến vài tháng. Tử vong do sự kết hợp của nhiều yếu tố: suy cơ quan thứ phát sau hoại tử vô trùng, hoại tử nhiễm trùng hoặc biến chứng của can thiệp phẫu thuật...



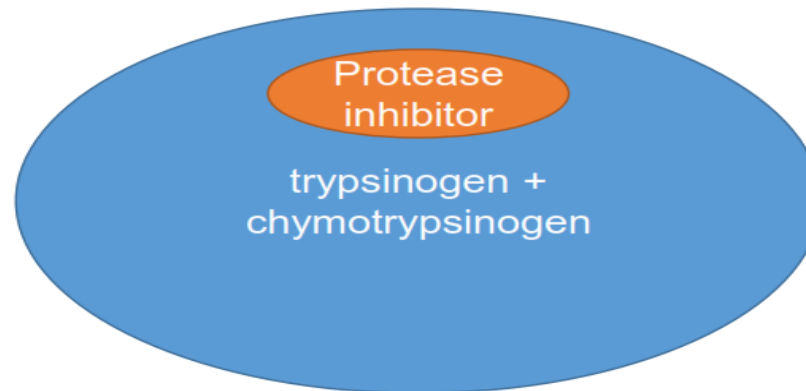
Đáp ứng miễn dịch trong VTC nặng. Sau khi kích thích quá mức hệ thống miễn dịch, có tình trạng tê liệt hệ thống miễn dịch trong tiến trình VTC.

SINH LÝ BỆNH

- Tụy là tuyến nội tiết và ngoại tiết
- Nội tiết: bài tiết Insulin và Glucagon giúp điều hòa đường huyết
- Ngoại tiết: tiết ra các men tiêu hóa đóng vai trò quan trọng trong quá trình tiêu hóa lipid, glucid và protid.

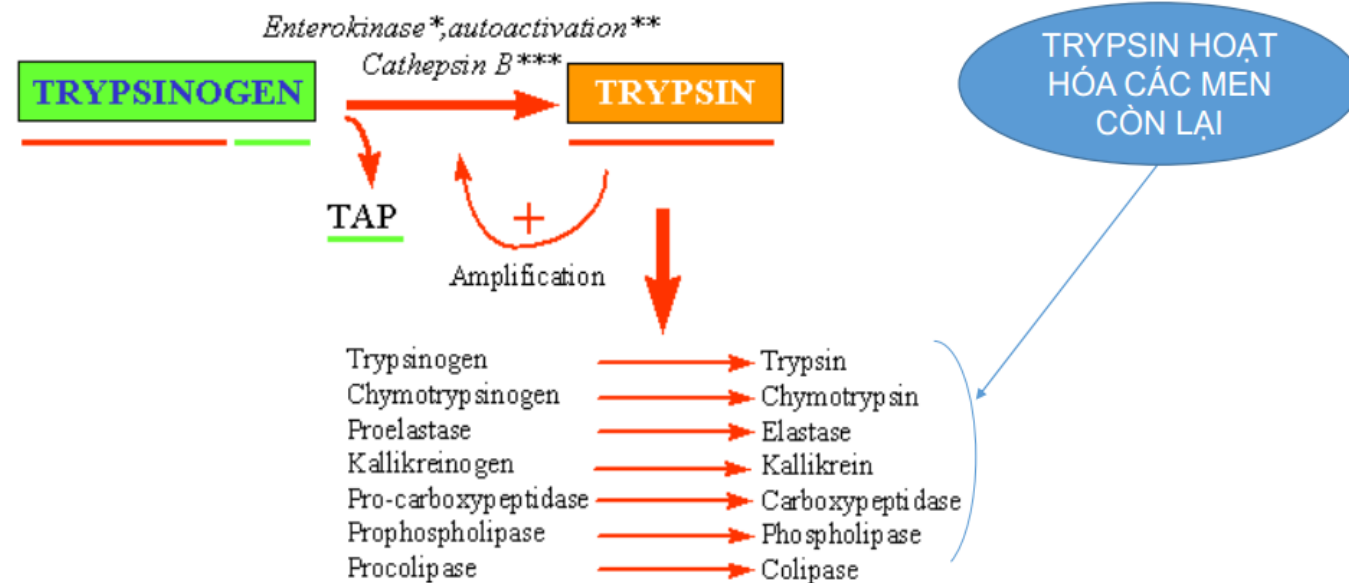
SINH LÝ BỆNH

- **Cơ chế bảo vệ tránh hoạt hóa men tụy sớm:** Trong các tế bào nang tuyến, các men tụy được tổng hợp và dự trữ trong các hạt zymogen dưới dạng tiền men chưa được hoạt hóa (trypsinogen, chymotrypsinogen, procarboxypeptidase, proelastase, prophospholipase...). Các hạt zymogen có đồng thời cả men tụy chưa hoạt hóa lẫn chất ức chế trypsin nội bào: PSTI (pancreatic secretory trypsin inhibitor)



SINH LÝ BỆNH

- Ở trạng thái sinh lý bình thường, các tiền men sẽ được đưa vào tá tràng, tại đây men enterokinase từ bờ bàn chải của niêm mạc ruột non sẽ hoạt hóa trypsinogen thành trypsin, và trypsin sẽ hoạt hóa các tiền men còn lại. Các men được hoạt hóa cách xa tụy.



*Normal pathway: enterokinase is located in the brush border of the small intestine

**Normal pathway: Trypsinogen autoactivation is a unique feature of human trypsinogen

***Abnormal pathway: cathepsin B is located within acinar cells

SINH LÝ BỆNH

- Bất kỳ tình trạng bệnh lý nào gây ra sự hoạt hóa của men tụy ngay trong lòng mô tụy và vượt quá cơ chế tự bảo vệ của tụy thì sẽ gây ra viêm tụy.
- Có nhiều giả thuyết được đưa ra để giải thích cơ chế sinh lý bệnh của VTC

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 và dịch mật ngay trong lòng ống tụy khi có tăng áp lực trong tá tràng hoặc khi có 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 VTC do giun đũa và do sỏi.

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 (cytokinase).
- Các men TB này cũng sẽ làm hoạt hóa trypsinogen thành trypsin ngay trong lòng ống tụy.
- Giải thích cơ chế VTC do thuốc, do dị ứng hoặc các bệnh mạch máu nhỏ như đái tháo đường, Lupus đỏ...

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 hoạt hóa trypsinogen thành trypsin ngay trong lòng mô tụy đưa đến VTC.

NGUYÊN NHÂN

- Sỏi mật, rượu, tăng triglyceride máu là 3 nguyên nhân thường gặp nhất.

I	Idiopathic	Vô căn
G	Gall Stone	Sỏi túi mật
E	Ethanol	Rượu
T	Trauma	Chấn thương
S	Steroid	Steroid
M	Malignancy	Bệnh ác tính
A	Autoimmune	Bệnh tự miễn
S	Scorpion/ Snake	Rắn/ bò cạp cắn
H	Hypertriglyceride	Tăng triglyceride
E	Ercp	Nội soi mật tụy ngược dòng
D	Drugs	Thuốc



TẮC NGHẼN

- Sỏi mật: là nguyên nhân của 40% trường hợp VTC. Chỉ 3 – 7% BN có sỏi mật bị VTC. VTC thường xảy ra khi sỏi có đường kính < 5 mm vì sỏi nhỏ dễ dàng đi qua ống túi mật và gây tắc nghẽn ở nhú tá tràng. Trong đa số các trường hợp, sỏi sẽ rơi vào lòng tá tràng trong ngày đầu tiên khởi phát VTC. Sỏi kẹt kéo dài trong đường mật hoặc nhú tá tràng thường gây bệnh cảnh nặng nề.
- Sỏi bùn/vi sỏi: do sự tích tụ các tinh thể trong túi mật, có thể gây các đợt VTC không giải thích được nguyên nhân
- Khối u: có thể gây tắc nghẽn ống tụy gây VTC tái phát, đặc biệt ở BN > 40 tuổi. Vì vậy nên tầm soát nguyên nhân ung thư ở BN lớn tuổi.

RƯỢU, ĐỘC CHẤT, THUỐC

- Rượu: là nguyên nhân của ít nhất 30% trường hợp VTC
- Độc chất: Methyl alcohol, thuốc diệt côn trùng nhóm phosphor hữu cơ, nọc độc bọ cạp...
- Thuốc: thường xảy ra 4- 8 tuần sau khi dùng thuốc, không liên quan liều thuốc. VTC do thuốc hiếm khi kèm theo những bằng chứng lâm sàng và cận lâm sàng của phản ứng thuốc như nổi ban, hạch to, tăng eosinophile ...VTC do thuốc thường nhẹ và tự giới hạn.

Acetaminophen	Ifosfamide
5-Aminosalicylic acid compounds	Interferon- α
Sulfasalazine	Isoniazid
Azodisalicylate	Lamivudine
Mesalamine	Lisinopril
L-Asparaginase	Losartan
Azathioprine	Meglumine
Benazepril	Methimazole
Bezafibrate	Methyldopa
Cannabis	Metronidazole
Captopril	6-Mercaptopurine
Carbimazole	Nelfinavir
Cimetidine	Norethindrone/mestrol
Clozapine	Pentamidine
Codeine	Pravastatin
Cytosine arabinoside	Procainamide
Dapsone	Pyritinol
Didanosine	Simvastatin
Dexamethasone	Sulfamethazine
Enalapril	Sulfamethoxazole
Erythromycin	Stibogluconate
Estrogen	Sulindac
Fluvastatin	Tetracycline
Furosemide	Trimethoprim/ sulfamethoxazole
Hydrochlorothiazide	Valproic acid
Hydrocortisone	

Các thuốc có thể gây viêm tụy cấp

CHUYỂN HÓA

- Tăng Triglyceride máu $> 11\text{mmol/L}$ ($>1.000\text{mg/dl}$), là nguyên nhân thường gặp thứ ba gây VTC. Nồng độ amylase và/hoặc lipase máu không tăng nhiều. VTC thường xảy ra ở BN có bất thường lipid từ trước đi kèm với yếu tố thúc đẩy thứ phát như đái tháo đường kiểm soát kém, béo phì, suy giáp...
- Tăng Calci máu: các nguyên nhân gây tăng calci máu hiếm khi gây VTC. VTC chỉ xảy ra ở khoảng 7% BN cường cận giáp nguyên phát.

NHIỄM TRÙNG

- Ký sinh trùng: giun đũa, sán lá
- Virus: quai bị, virus viêm gan A, B, C, HIV, Rotavirus, Coxsackie virus, Rubella, Adenovirus, 1 vài loại virus Herpes như CMV, Varicella-zoster, Herpes simple, Epstein–Barr virus.
- Vi trùng: Yersinia, Salmonella, Campylobacter jejuni, Mycoplasma pneumoniae, Legionella, Leptospira
- Nấm: Aspergillus, Candida spp., Cryptococcus neoformans, Pneumocystis carinii

CÁC NGUYÊN NHÂN KHÁC

- Chấn thương bụng
- Bệnh mạch máu: thiếu máu cục bộ ở tụy, xơ vữa động mạch
- Do thầy thuốc gây ra: sau nội soi mật tụy ngược dòng, hậu phẫu
- Di truyền
- Bất thường vùng bóng Vater
 1. Tá tràng: Túi thừa tá tràng
 2. Mật: rối loạn chức năng cơ vòng Oddi, viêm hẹp Oddi, u Vater
 3. Tụy: tụy vòng/tụy đôi/tụy hình nhẫn, u nhầy trong nhú
- Vô căn: khi không xác định được NN sau khi đã làm các xét nghiệm ban đầu, bao gồm nồng độ canxi và Triglyceride máu, siêu âm bụng, CT Scan bụng.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng cơ năng

- **Đau bụng:** Xảy ra ở 95% các trường hợp. Đau thường xảy ra đột ngột sau bữa ăn thịnh soạn hoặc sau khi uống rượu. Đau liên tục vùng thượng vị, quanh rốn, hạ sườn trái, lan ra sau lưng, đạt đỉnh sau 30 phút đến vài giờ. Cường độ đau dữ dội, giảm nhẹ khi ngồi cúi ra trước hoặc nằm nghiêng trái. Cường độ đau và vị trí đau không liên quan đến mức độ nặng của bệnh.
- **Buồn nôn và nôn:** xảy ra ở 85% trường hợp, nôn xong không giảm đau. Nôn có thể nặng nề và kéo dài nhiều giờ. Trong cơn đau BN có thể nôn ra giun đũa giúp gợi ý nguyên nhân. Nếu nôn ra máu gợi ý VTC thể xuất huyết, tiên lượng nặng.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Triệu chứng thực thể

- Sốt: gặp ở 60% trường hợp, có thể sốt nhẹ hoặc sốt cao do viêm đường mật, hoại tử vô trùng hoặc có nhiễm trùng.
- Mạch nhanh và huyết áp hạ: 40% trường hợp.
- Cảm ứng thành bụng và đề kháng thành bụng: thường gặp.
- Nhu động ruột giảm hoặc mất.
- Tràn dịch màng phổi: thường bên trái, có thể cả 2 bên.
- Vàng da nhẹ: thường gặp.
- Mảng xuất huyết dưới da: ở sườn lưng trái và hông trái (dấu Grey Turney), quanh rốn (dấu Cullen) là dấu hiệu của xuất huyết sau phúc mạc.

A

Cullen's sign



B

Grey Turner's sign



CẬN LÂM SÀNG

- **Men tụy**
- Amylase máu: hầu hết có nguồn gốc từ tụy và từ tuyến nước bọt. Amylase máu tăng gấp 3 lần giới hạn trên của bình thường có giá trị chẩn đoán VTC. Amylase tăng 2-12 giờ sau khởi phát, nồng độ đỉnh 12-24 giờ và thường trở về bình thường trong 3 ngày. Amylase thải qua gan chủ yếu, 25% thải qua thận.
- Amylase máu tăng có ý nghĩa chẩn đoán, không liên quan đến độ nặng của VTC. P-isoamylase máu đặc hiệu hơn nhưng xét nghiệm này ít dùng trên lâm sàng.
- Amylase máu có thể tăng trong bệnh cảnh không phải VTC.
 - ✓ Macroamylasemia
 - ✓ Suy thận
 - ✓ Bệnh lý tuyến nước bọt.
 - ✓ Bệnh lý đau bụng cấp khác như viêm ruột thừa, viêm túi mật, tắc ruột, loét dạ dày tá tràng, bệnh lý vùng chậu...

CẬN LÂM SÀNG

- Lipase máu: do các mô của hệ tiêu hóa tiết ra như tụy, ruột, gan, đường mật, dạ dày. Độ nhạy tương tự như amylase máu (> 85%) nhưng đặc hiệu hơn. Lipase máu không tăng trong bệnh lý tuyến nước bọt, khối u, bệnh lý cơ quan sinh dục, macroamylase máu.
- Lipase máu tăng sớm, song song với amylase nhưng kéo dài hơn, trở về bình thường sau 8-14 ngày. Kết hợp amylase và lipase máu không làm tăng độ chính xác của chẩn đoán nhưng làm tăng chi phí điều trị.
- 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

CẬN LÂM SÀNG

Các xét nghiệm chỉ điểm hiện tượng viêm

- Bạch cầu trong máu: là 1 trong những dấu hiệu chỉ điểm hiện tượng viêm. BC có thể tăng cao trong máu ngay cả khi không có nhiễm trùng.
- C-reactive protein (CRP): tăng vào ngày thứ 2 sau khởi phát VTC có ý nghĩa tiên lượng.

Các xét nghiệm chỉ điểm có tổn thương đường mật

- Tăng men ALT là xét nghiệm nhạy nhất để phát hiện tắc nghẽn đường mật do sỏi. Men ALT tăng nhanh và giảm nhanh là dấu hiệu đặc trưng của VTC do sỏi kèm với sự tắc nghẽn đường mật thoáng qua tại nhú tá tràng.
- Tăng bilirubin máu thường gặp ở VTC do sỏi mật.

CẬN LÂM SÀNG

Chẩn đoán hình ảnh

X quang bụng không sửa soạn: vai trò rất kém, chỉ định hạn hữu

- Liệt tá tràng
- Quai ruột canh gác: quai ruột non ứ khí thường ở hạ sườn trái
- Dấu hiệu “cắt cụt” đại tràng ngang
- Sỏi túi mật
- Không có hơi tự do trong ổ bụng

CẬN LÂM SÀNG

Siêu âm bụng: có thể cho hình ảnh điển hình của VTC

- Nên thực hiện ở tất cả BN VTC vì có giá trị cao trong sỏi mật, dẫn ống mật. Siêu âm rất nhạy trong phát hiện sỏi túi mật (95%), ít nhạy hơn trong sỏi đường mật.
- Hình thái tụy: kích thước, cấu trúc
- VTC thể phù mô kẽ: tụy bình thường hay phì đại toàn bộ hoặc từng vùng. Ống Wirsung không giãn.
- VTC thể hoại tử: phản âm không đồng nhất, vùng phản âm kém hay trống trong nhu mô, tụ dịch trong / quanh tụy.
- Bị hạn chế do liệt ruột nên khó quan sát tụy

CẬN LÂM SÀNG

CT Scan bụng có cản quang và MRI bụng: nên để dành cho các trường hợp: chẩn đoán không rõ hoặc bệnh cảnh lâm sàng không cải thiện sau 48 – 72 giờ nhập viện

- **CT Scan bụng:** xét nghiệm hình ảnh quan trọng để chẩn đoán VTC và những biến chứng trong ổ bụng. Độ nhạy và độ đặc hiệu > 90%. Nên làm CT có tiêm thuốc cản quang.
- Có 3 chỉ định chính chụp CT:
 - ✓ Loại trừ bệnh lý nặng trong ổ bụng
 - ✓ Đánh giá độ nặng VTC.
 - ✓ Theo dõi biến chứng.
- **Cộng hưởng từ (MRI)**
 - ✓ Giá trị tương tự như CT trong đánh giá mức độ nặng
 - ✓ Đắt tiền hơn, thực hiện lâu hơn CT nhưng ít chống chỉ định hơn (phụ nữ có thai, dị ứng thuốc cản quang).
 - ✓ Cộng hưởng từ đường mật (Magnetic resonance cholangiopancreatography: MRCP): đặc biệt hữu ích khi đánh giá VTC vô căn và VTC tái phát.

CẬN LÂM SÀNG

Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi

- Không có vai trò trong chẩn đoán VTC.
- Có ích trong chẩn đoán VTC tái phát nhiều lần mà không tìm được nguyên nhân, đặc biệt là viêm tụy mạn nhẹ, pancreas divisum, bệnh lý cơ vòng Oddi.
- Còn được dùng để chẩn đoán và điều trị VTC do sỏi mật tồn tại kéo dài.

Siêu âm qua nội soi

- Có ích trong 1 số trường hợp như phát hiện sỏi đường mật, sỏi bóng Vater từ đó giúp phát hiện BN có chỉ định làm ERCP.
- Có ích trong chẩn đoán VTC không tìm được nguyên nhân vì giúp phát hiện được sỏi bùn, phát hiện được sỏi mà những phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác không tìm thấy, phát hiện được u nhỏ ở tụy, u bóng Vater, pancreas divisum, viêm tụy mạn. Ngoài ra còn hướng dẫn chọc hút nang giả tụy qua nội soi.

CẬN LÂM SÀNG

Mô bệnh học

- **Đại thể:**

- ✓ Nhẹ: phù nề
- ✓ Nặng: xuất huyết, hoại tử
- ✓ Mảng, nốt vàng nhạt : hoại tử mỡ → vẩy nến.

- **Vi thể**

- ✓ Hoại tử các nang tuyến
- ✓ Phù mô kẽ lan tỏa
- ✓ Thẩm nhập bạch cầu
- ✓ Hoại tử, chảy máu lan rộng

CÁC BƯỚC TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán: khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau

- Đau bụng cấp kiểu tụy: đau khởi phát đột ngột ở thượng vị hoặc quanh rốn, đau lan ra sau lưng, đau liên tục, cường độ đau tăng dần đến tối đa sau 30 phút, kéo dài ≥ 24 giờ. Đau giảm khi ngồi cúi ra trước hoặc nằm cong người nghiêng trái. Đau bụng kèm nôn nhưng sau nôn không giảm đau.
- Amylase máu và/hoặc Lipase máu tăng trên ≥ 3 lần giới hạn trên của bình thường
- Xét nghiệm hình ảnh học phù hợp viêm tụy cấp (siêu âm bụng, CT bụng, MRI bụng)

CÁC BƯỚC TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh gan mật:
 - ✓ Cơn đau quặn mật
 - ✓ Nhiễm trùng đường mật
 - ✓ 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

CÁC BƯỚC TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

2. Tiêu chuẩn đánh giá độ nặng viêm tụy cấp: phân loại Atlanta hiệu chỉnh năm 2013

- VTC nhẹ: không suy tạng và không có biến chứng tại chỗ. BN thường ổn định trong tuần đầu tiên.
- VTC trung bình – nặng: suy tạng thoáng qua (<48 giờ) và/hoặc có biến chứng tại chỗ.
- VTC nặng: suy tạng kéo dài (> 48 giờ).

Cơ quan	Điểm				
	0	1	2	3	4
HÔ HẤP (PaO ₂ /FiO ₂)	> 400	301-400	201-300	101-200	<101
THẬN Creatinin máu (μmol/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

Hệ thống Marshall hiệu chỉnh để đánh giá suy tạng

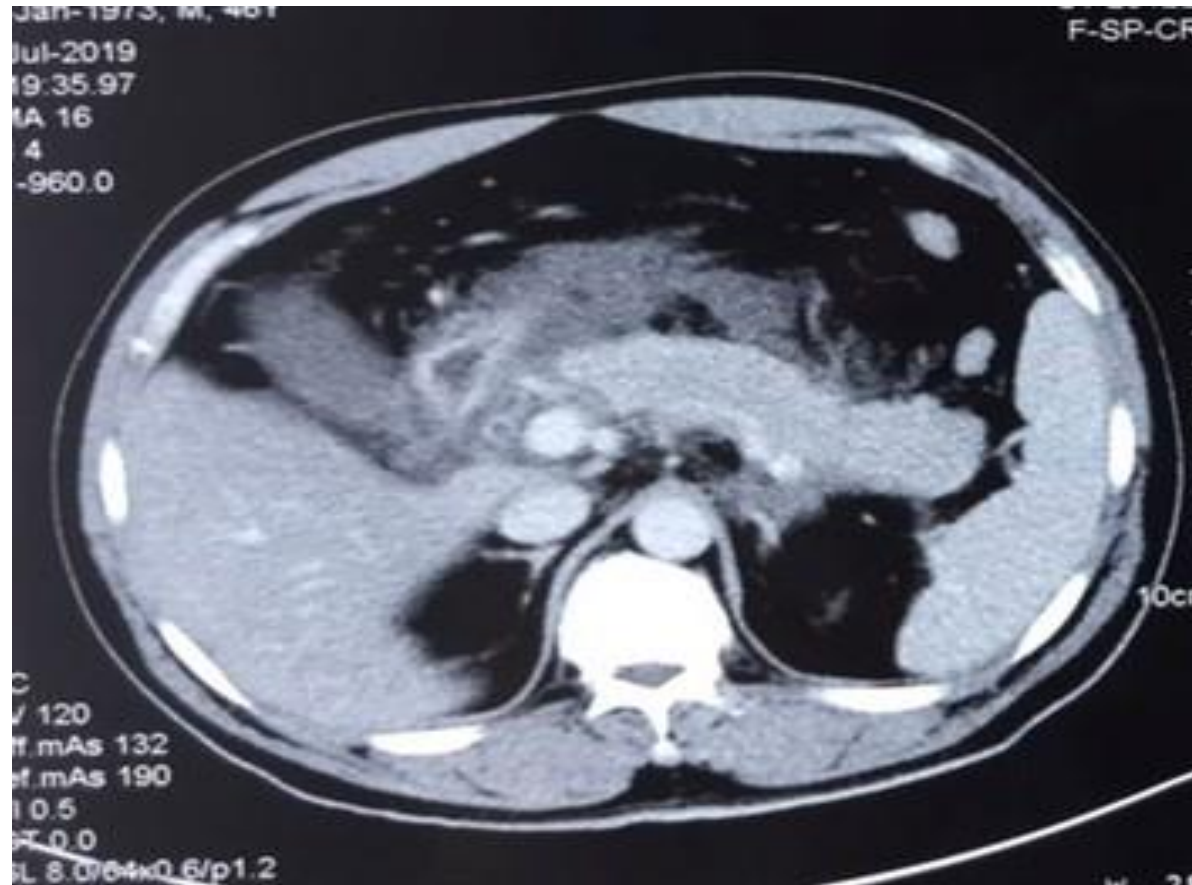
Đánh giá suy tạng: đơn giản hóa

- $\text{PaO}_2 \leq 60 \text{ mmHg}$
- Creatinin $\geq 1,9 \text{ mg/dl}$
- Huyết áp tâm thu $< 90 \text{ mmHg}$ và không đáp ứng truyền dịch

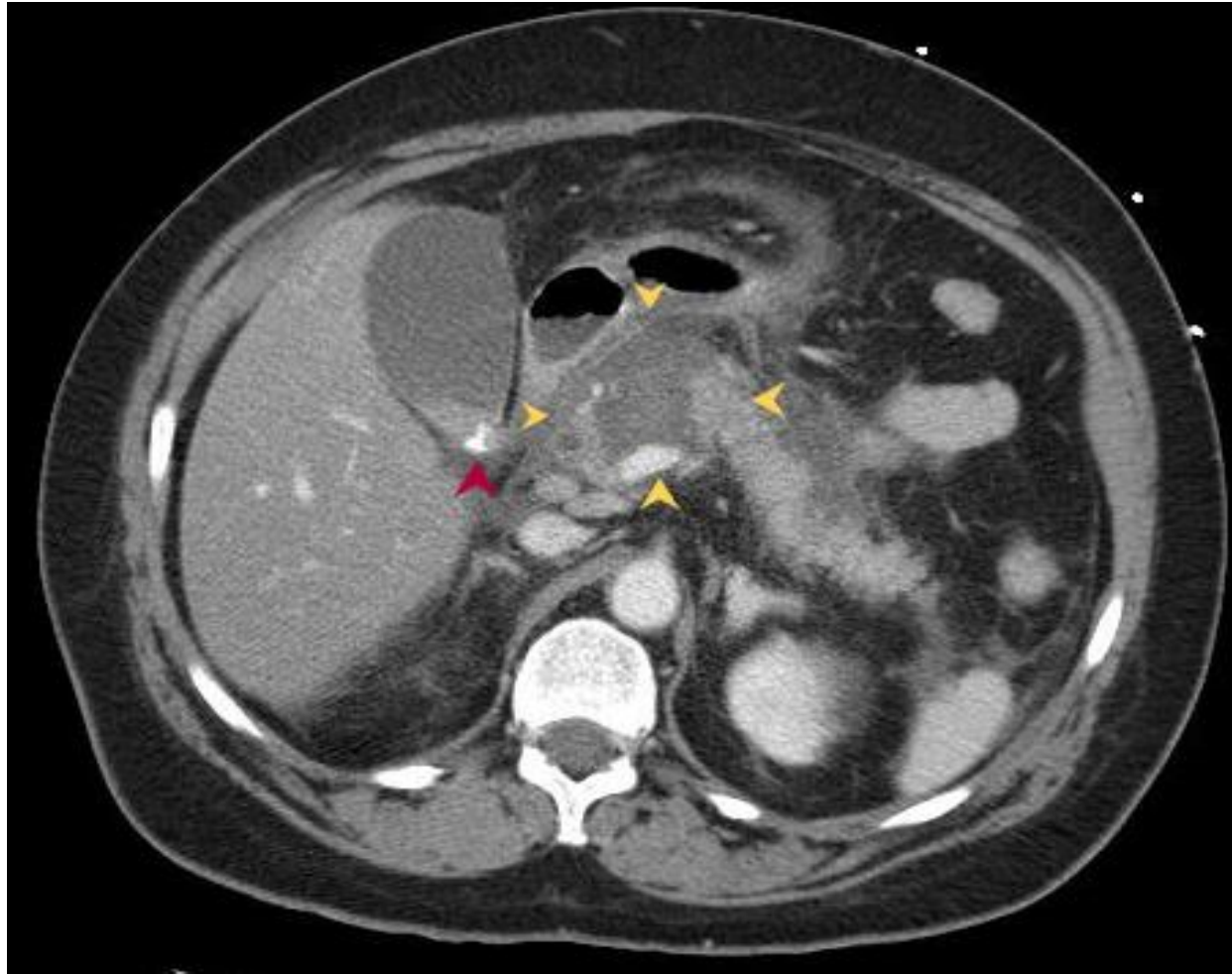
Nếu suy từ 2 tạng trở lên gọi là suy đa tạng.

Biến chứng tại chỗ

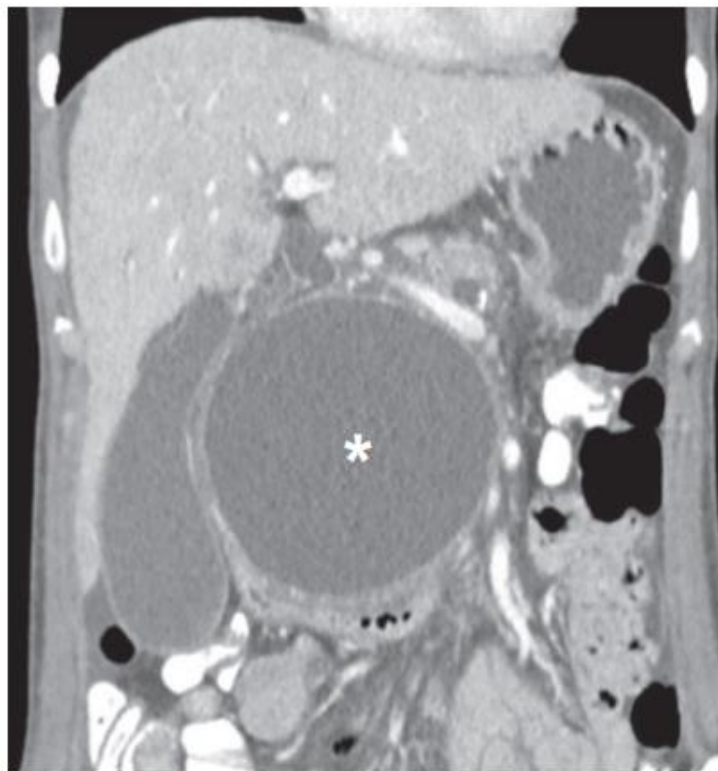
- Tụ dịch cấp quanh tụy (Acute peripancreatic fluid collection: APFC): 30 – 50% BN VTC, hầu hết tự hết không cần dẫn lưu trừ khi có nhiễm trùng hoặc dịch thành lập quá nhanh. Nếu tụ dịch tồn tại > 4 tuần, nhiều khả năng phát triển thành nang giả tụy.
- Hoại tử tụy (vô trùng hoặc nhiễm trùng): bao gồm hoại tử nhu mô tụy và hoại tử quanh tụy, biểu hiện bằng vùng giảm đậm độ trên CT, có bờ tương đối rõ, thường kèm theo hoại tử mỡ quanh tụy, mật độ dịch đồng nhất.
- Hoại tử tạo vách (Wall-off necrosis: WON): là hoại tử tụy hóa lỏng sau 5 – 6 tuần, có thành rõ, mật độ dịch không đồng nhất.
- Nang giả tụy: khi sự thành lập dịch kéo dài 4- 6 tuần và tạo thành nang, có thành là mô xơ hoặc mô hạt.



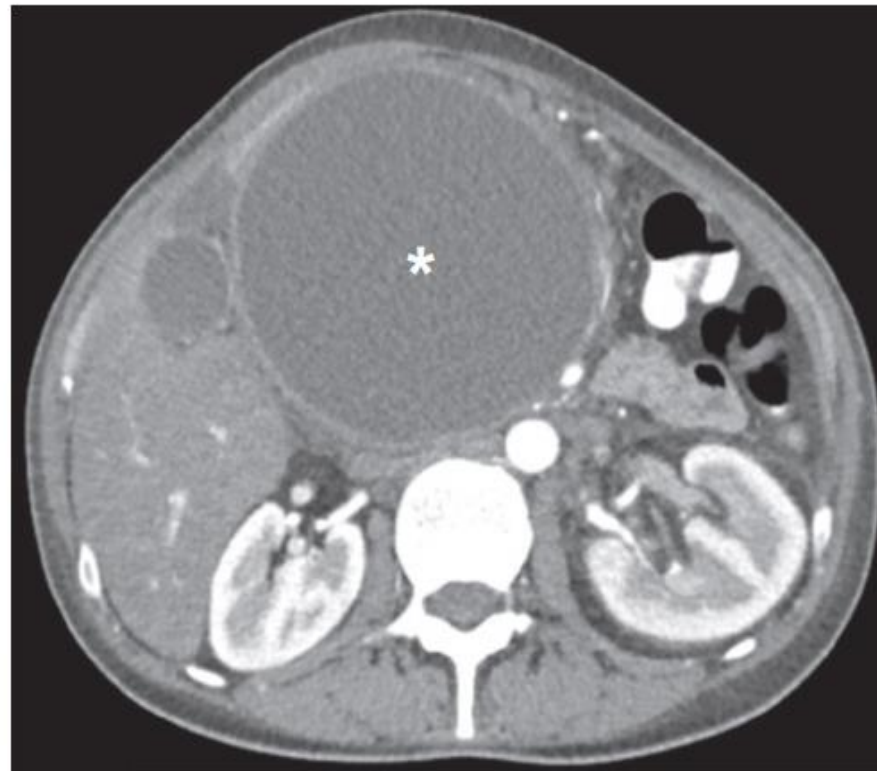
Viêm tụy cấp thể phù nề, thâm nhiễm mỡ quanh tụy



VTC thể hoại tử. Trên hình CLVT có tiêm tương phản thì tĩnh mạch, lát cắt axial cho thấy đầu tụy to, bắt thuốc kém hơn thân và đuôi tụy (mũi tên vàng), bờ tụy mờ, thâm nhiễm mỡ kèm tụ dịch quanh tụy, lách, dạ dày. Túi mật căng, thành mỏng, lòng có sỏi cản quang (đầu mũi tên đỏ)



(a)



(b)

Nang giả tụy ()*

Biến chứng toàn thân:

- Khởi phát đột kích 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 như ARDS, suy thận cấp... không được xếp là biến chứng toàn thân.

CÁC BƯỚC TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

3. Tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp:

Các dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng:

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) lúc nhập viện: ≥ 2 trong 4 tiêu chuẩn

- $T^0 > 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$
- Nhịp tim > 90 lần/phút
- Nhịp thở > 20 lần/phút hoặc $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg
- Bạch cầu > 12.000 hoặc $< 4.000/\text{mm}^3$

SIRS lúc nhập viện và kéo dài sau 48 giờ: độ chuyên biệt cao hơn

Thang điểm BISAP: Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis (BISAP):
dữ liệu đánh giá trong vòng 12-24 giờ đầu sau nhập viện. B (BUN), I
(Impaired Mental Status), S (SIRS), A (Age), P (Pleural effusion)

Tiên lượng nặng khi có ≥ 3 triệu chứng sau:

- (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

Mỗi chỉ số 1 điểm. Nếu điểm 4 hoặc 5 sẽ tăng nguy cơ suy cơ quan lên 7-12 lần.

- Hct > 44% lúc nhập viện và không giảm sau 24 giờ
- CRP > 150 mg/l sau khởi phát 48 giờ
- Procalcitonin : được dùng để phân biệt VTC nhẹ với VTC nặng trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát triệu chứng. Procalcitonin > 2 ng/ml có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong tiên lượng mức độ nặng viêm tụy cấp
- **Thang điểm APACHE II:** gồm 14 tiêu chuẩn rất phức tạp, khó áp dụng rộng rãi cho BN không ở khoa điều trị tích cực.

Chỉ số độ nặng trên CT Scan (Computed Tomography Severity Index, CTSI)

Năm độ nặng của viêm tụy cấp trên CT Scan

- Tụy bình thường phù hợp với viêm tụy nhẹ
- Tụy to khu trú hay lan tỏa, hình dạng không đều và không đồng nhất, không viêm quanh tụy
- Như B và có viêm quanh tụy
- Như C và có tụ dịch đơn độc
- Như C và có tụ dịch quanh tụy (≥ 2) hay có khí trong tụy sau phúc mạc

Điểm số Balthazar

A=0, B=1, C=2, D=3, E=4

Điểm số hoại tử

0 = không hoại tử, 2 = hoại tử đến 1/3 tụy, 4 = hoại tử đến 50% tụy, 6 = hoại tử > 50% tụy

CTSI

- CTSI = Điểm số Balthazar + điểm số hoại tử
- Giá trị cao nhất = 10 (Balthazar grade E + hoại tử > 50%)

- **Dấu hiệu chỉ điểm VTC không nặng** (Harmless acute pancreatitis score _ HPAS): dự đoán VTC không nặng chính xác 98%. Khi có cả 3 tiêu chuẩn sau:
 - Bụng không đau kháng
 - Hct bình thường (< 43% ở nam, < 39,6% ở nữ)
 - Creatinin bình thường (2 mg/dl)

CÁC BƯỚC TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

4. Chẩn đoán nguyên nhân

Chẩn đoán phân biệt VTC do rượu và do sỏi:

- VTC do rượu: thường xảy ra ở nam, có tiền căn uống rượu nhiều 5-10 năm. Uống rượu nhiều khi lượng rượu > 50g/ngày.
- VTC do sỏi: thường gặp ở nữ
- Xét nghiệm ALT có thể giúp phân biệt 2 nguyên nhân này. Nồng độ ALT > 150U/L có độ đặc hiệu trong chẩn đoán VTC do sỏi là 96%, giá trị tiên đoán dương là 95%, tuy nhiên độ nhạy chỉ 48%. Nồng độ bilirubin toàn phần và photphatase kiềm không giúp chẩn đoán phân biệt 2 nguyên nhân này.

Chẩn đoán viêm tụy cấp: 2 trong 3 tiêu chuẩn

- Đau bụng kiểu tụy
- Amylase/Lipase máu ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường
- Hình ảnh học phù hợp



Tiêu lượng mức độ nặng viêm tụy cấp: ≥ 1 yếu tố sau đây

- Thang điểm BISAP
- Thang điểm APACHE II
- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
- Hct
- CRP
- Procalcitonin
- Chỉ số độ nặng trên CT (CTSI)



Đánh giá độ nặng viêm tụy cấp (Atlanta 2013)

- Nhẹ: không suy tạng và không biến chứng tại chỗ
- Trung bình-nặng: suy tạng thoáng qua (≤ 48 giờ)/có biến chứng tại chỗ
- Nặng: suy tạng kéo dài (> 48 giờ)



Chẩn đoán nguyên nhân

Lưu đồ tiếp cận chẩn đoán BN viêm tụy cấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học nội khoa, Bộ môn Nội, Đại học Y Dược TP.HCM (2012). Nhà xuất bản Y học.
2. Harrison's Principles of Internal Medicine, ấn bản lần thứ 19 (2015). Nhà xuất bản Mc-Graw Hill.
3. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, tái bản lần thứ 10 (2016). Nhà xuất bản Elsevier.
4. Yamada's Textbook of Gastroenterology, tái bản lần thứ 6 (2016). Nhà xuất bản Willey Blackwell.