

ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP

Phạm Thị Hảo, Huỳnh Thị Kiều

MỤC TIÊU

1. Chẩn đoán được bệnh viêm tụy cấp: chẩn đoán xác định, chẩn đoán mức độ nặng, chẩn đoán nguyên nhân, chẩn đoán biến chứng, chẩn đoán phân biệt.
2. Trình bày được điều trị nội khoa viêm tụy cấp theo từng giai đoạn.
3. Nêu được chỉ định ngoại khoa trong viêm tụy cấp.

ĐẠI CƯƠNG

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh thường được gặp ở khoa cấp cứu các bệnh viện với bệnh cảnh đau bụng cấp. Khoảng 10%-15% trường hợp VTC có diễn biến nặng và có thể tử vong. Do đó, trước một trường hợp VTC, ta cần nhận định, đánh giá mức độ nặng, nhất là chẩn đoán sớm các trường hợp VTC nặng để có thể xử trí thích hợp nhằm giảm thiểu nguy cơ tử vong của bệnh.

CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH (xem thêm bài “Viêm tụy cấp”).

Chẩn đoán xác định VTC

Chẩn đoán VTC thường được chấp nhận khi có hai trong ba tiêu chuẩn sau:

- Đau bụng cấp kiểu tụy.
- Amylase/máu và/ hoặc lipase/máu ≥ 3 lần giới hạn trên của trị số bình thường.
- Hình ảnh điển hình của VTC trên CT scan.

Những yếu tố cần thiết hỗ trợ cho chẩn đoán:

- Con đau thượng vị khởi phát thành linh, đau lan ra lưng.
- Tiền sử có những cơn đau trước đây, thường liên quan đến uống rượu (có thể

phải chẩn đoán phân biệt với đợt cấp của viêm tụy mạn).

- Buồn nôn, nôn, vã mồ hôi, cảm giác yếu mệt.
- Khám bụng đau nhiều, bụng trướng, sốt.
- Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, amylase tăng, lipase tăng.

Đánh giá độ nặng

Dự đoán độ nặng của VTC rất cần thiết để tối ưu hóa việc điều trị, để phòng ngừa và hạn chế xảy ra suy cơ quan và biến chứng của bệnh. Việc điều trị VTC phức tạp vì không thể phân biệt thể bệnh nhẹ với thể bệnh nặng trong giai đoạn sớm của bệnh. Xác định VTC nặng ở giai đoạn sớm của bệnh (thường trong tuần đầu tiên) dựa trên lâm sàng hơn là dựa trên các thay đổi về cấu trúc giải phẫu của tụy qua chẩn đoán hình ảnh. Vào thời điểm nhập viện, nhiều yếu tố nguy cơ của viêm tụy nặng có thể nhận biết được dựa trên lâm sàng và một số xét nghiệm sinh hóa thường quy. Vào thời điểm nhập viện và trong vòng 48 giờ đầu, bệnh nhân nên được xếp loại bệnh nặng hoặc nhẹ dựa trên sự hiện diện của hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) hoặc có suy cơ quan hay không. Mặc dù đã có các hệ thống đánh giá mức độ nặng của VTC, như tiêu chuẩn Ranson's hoặc APACHE-II, nhưng các hệ thống đánh giá này rất phức tạp, đòi hỏi phải

xác định nhiều thông số (thang điểm APACHE-II cần 12 thông số về lâm sàng và cận lâm sàng, thường được thực hiện ở khoa chăm sóc đặc biệt, và có độ nhạy thấp vào lúc nhập viện) và các thang điểm này không giúp đánh giá được bệnh cho đến 48 giờ sau nhập viện. BISAP (Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis), một hệ thống đánh giá mới, đơn giản hơn và dễ sử dụng, giúp nhận ra các bệnh nhân có nguy cơ xuất hiện biến chứng và nguy cơ tử vong.

Các yếu tố nguy cơ của VTC nặng

- Tuổi > 60.
- Béo phì, BMI ≥ 30 .
- Có kèm bệnh khác.

Các chỉ điểm của VTC nặng trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện

- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (thân nhiệt $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$, mạch > 90 l/p, nhịp thở > 20 l/p, bạch cầu máu $> 12.000/\text{mm}^3$ hoặc $< 4.000/\text{mm}^3$).
- Cô đặc máu (Hct $> 44\%$).
- BISAP: (B) BUN > 22 mg/dL, (I) Impaired mental status: rối loạn tri giác, (S) SIRS: có 2/4 triệu chứng, (A) Age: tuổi > 60 , (P) Pleural Effusion: tràn dịch màng phổi trên X quang. BISAP > 3 làm tăng từ 7-12 lần nguy cơ xuất hiện suy cơ quan.
- Suy cơ quan:
 - Tim mạch: HA tâm thu < 90 mmHg, nhịp tim > 130 l/p.
 - Hô hấp: $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg.
 - Creatinine > 2 mg/dL.

Các chỉ điểm của VTC nặng trong thời gian ở bệnh viện

- Suy cơ quan kéo dài (≥ 48 giờ).

- Hoại tử tụy.
- Nhiễm trùng trong bệnh viện.

Chỉ số VTC không nặng (Harmless acute pancreatitis score – HAPS)

- Dự đoán viêm tụy cấp không nặng với độ chính xác 98%.
- Gồm: bụng không đề kháng, dung tích hồng cầu bình thường và creatinin bình thường.

Tiêu chuẩn Atlanta

Tiêu chuẩn Atlanta định nghĩa VTC nặng khi có suy cơ quan hoặc hình ảnh hoại tử tụy trên CT scan hoặc có tiêu chuẩn về viêm tụy nặng theo Ranson's hay APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation). Tiêu chuẩn Atlanta gồm ba nhóm tiêu chuẩn như sau:

- Suy cơ quan:
 - Choáng: huyết áp tâm thu < 90 mmHg.
 - Suy hô hấp: $\text{PaO}_2 \leq 60$ mmHg.
 - Suy thận: creatinine huyết thanh > 2 mg/dL.
 - Xuất huyết tiêu hóa: > 500 mL/24 giờ.
- Biến chứng tại chỗ:
 - Hoại tử.
 - Áp xe.
 - Nang giả.
- Dấu hiệu tiên lượng sớm không tốt:
 - Tiêu chuẩn Ranson ≥ 3 .
 - Điểm APACHE-II > 8 .

Chẩn đoán nguyên nhân (xem thêm bài “Viêm tụy cấp”)

- Ba nguyên nhân thường gặp: sỏi mật (bao gồm cả vi sỏi), rượu, tăng triglyceride máu.

- Các nguyên nhân ít gặp khác.
- Các nguyên nhân cần xem xét khi có những đợt tái phát của VTC không rõ nguyên nhân: bệnh lý tiềm ẩn của đường mật hoặc ống tụy, đặc biệt vi sỏi hoặc sỏi bùn, do thuốc, tăng triglyceride máu, ung thư tụy, pancreas divisum, rối loạn chức năng cơ vòng Oddi, xơ hóa nang, không rõ nguyên nhân.

Chẩn đoán biến chứng

Biến chứng tại chỗ

- Tụ dịch cấp tính tại tụy:
Có thể tụ dịch trong tụy hoặc quanh tụy. Biểu hiện trên CT bằng đậm độ giống nước, đồng nhất hoặc không đồng nhất, không có bờ rõ ràng. Thường tự hết, không cần dẫn lưu trừ khi có nhiễm trùng hoặc dịch thành lập quá nhanh.
- Hoại tử tụy:
Biểu hiện bằng các vùng giảm đậm độ trên CT, có bờ tương đối rõ. Các vùng này có thể lan tỏa hoặc khu trú, ngăn cách nhau bằng mô tụy lành. Yếu tố tiên đoán có hoại tử gồm $\text{CRP} > 150 \text{ mg/L}$ vào giờ thứ 48, hoặc thang điểm theo Ranson ≥ 3 , bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm toàn thân. Khi có hoại tử tụy sẽ tăng nguy cơ suy cơ quan (đặc biệt khi hoại tử tụy $> 50\%$) và nhiễm trùng.
- Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng
Là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tử vong trong viêm tụy cấp. Nhiễm trùng của viêm tụy hoại tử xảy ra ở 30%-70% bệnh nhân không dùng kháng sinh dự phòng. Khởi đầu bằng đau bụng dữ dội, sốt cao, tăng bạch cầu, du khuẩn huyết. Có thể biểu hiện không rõ ràng, nhất là ở bệnh nhân đã được dùng kháng sinh dự phòng, với tình trạng suy cơ quan kéo

dài không đáp ứng với điều trị hỗ trợ. Xảy ra vào ngày 10-14, tuy nhiên có thể xảy ra sớm hơn hoặc trễ hơn. Cây máu âm tính cũng không loại trừ chẩn đoán. Chẩn đoán bằng chọc hút mô tụy dưới hướng dẫn của CT, mẫu mô tụy hút ra được nhuộm Gram và cấy để định danh vi khuẩn.

- Nang giả tụy
Nang giả tụy là phần tụ dịch có chứa men tụy và mảnh vụn của tổ chức tụy; nang có vỏ bao được cấu tạo bởi mô hoại tử, mô hạt và mô xơ. Phân biệt với tụ dịch nhờ nang giả có thành rõ ràng. Phân biệt với nang thật có lớp biểu mô lót nang. Nang giả tụy thường xuất hiện sau 4 tuần. Triệu chứng gồm đau thượng vị hoặc hằng định hoặc sau ăn. Các triệu chứng liên quan đến chèn ép dạ dày như no, buồn nôn. Nang giả tụy có thể tự hết hoặc có biến chứng như to ra và chèn ép xung quanh, xuất huyết, nhiễm trùng, áp-xe. Khoảng 30%-50% nang giả tụy tồn tại trên 6 tuần sẽ có biến chứng. Ở bệnh nhân đã biết có nang giả tụy khi có các triệu chứng như đau bụng, sốt nên nghi ngờ có biến chứng của nang giả tụy. Do vậy, nên dẫn lưu tất cả các nang giả tụy tồn tại trên 6 tuần. Chẩn đoán bằng siêu âm, CT scan, hoặc MRI.
- Áp xe tụy
Xuất hiện sau 4 tuần, sau khi lâm sàng và cận lâm sàng của VTC đã về bình thường. Dịch nhiễm trùng được thành vách hóa, bao quanh bởi mô tụy còn sống nên nhiễm trùng lan rộng không thường gặp.
- Báng bụng
Báng bụng trong viêm tụy cấp có nguồn gốc từ viêm phúc mạc hóa học (chỉ tạo ít dịch), đứt ống tụy, vỡ nang giả tụy vào

khoang phúc mạc làm dịch báng chứa nhiều men tụy. Các men này đều ở dạng bất hoạt nên viêm phúc mạc hiếm khi xảy ra. Ngoài ra còn có thể do bệnh gan mạn tính có sẵn. Xét nghiệm dịch màng bụng thường có albumin > 3 g/dL, amylase tăng cao.

- Rò tụy
Đứt ống tụy về phía trước gây báng bụng, đứt ống tụy về phía sau gây rò. Có thể rò qua da, vào khoang sau phúc mạc, lan lên ngực gây tràn dịch màng phổi, tràn dịch trung thất, rò vào các tạng khác trong ổ bụng như túi mật, đại tràng, ruột non, tĩnh mạch cửa. Tụy hết thường gặp ở trường hợp rò qua da.
- Biến chứng mạch máu
Đối với hệ tĩnh mạch, thường gặp nhất là tắc tĩnh mạch lách do huyết khối. Biểu hiện lách to, giãn tĩnh mạch phình vị. Cũng có thể gặp tắc tĩnh mạch mạc treo tràng trên gây sung huyết, phù nề ruột, thiếu máu ruột. Đối với hệ động mạch, xuất huyết là một biến chứng nguy hiểm khi nang giả tụy ăn vào động mạch tụy, động mạch lách. Nếu nang giả tụy thông vào ống tụy, có thể chảy máu vào tá tràng qua ống tụy và nhú tá tràng.
- Tắc nghẽn dạ dày - ruột
Có thể do tụy to chèn ép vào tá tràng, đường mật. Có thể do phản ứng viêm làm liệt ruột. Viêm tụy nặng có thể dẫn đến chít hẹp đại tràng, có khi thủng đại tràng.
- Xuất huyết tiêu hóa
Có thể không liên quan đến viêm tụy như xuất huyết tiêu hóa do stress, hội chứng Mallory-Weiss, bệnh lý dạ dày do uống rượu. Xuất huyết tiêu hóa có thể liên quan đến viêm tụy như vỡ động

mạch lách hoặc vỡ giả túi phình động mạch lách, vỡ tĩnh mạch lách, vỡ tĩnh mạch cửa, huyết khối tĩnh mạch lách làm giãn tĩnh mạch dạ dày-thực quản và xuất huyết, xuất huyết nang giả tụy, xuất huyết sau phẫu thuật cắt bỏ tụy hoại tử.

Biến chứng hệ thống

- Suy chức năng đa cơ quan.
- Biến chứng tại phổi
Hội chứng nguy kịch hô hấp ở người lớn (ARDS) là dạng thường gặp nhất của suy cơ quan trong VTC. Bệnh nhân béo phì, tăng triglyceride máu dễ bị biến chứng này hơn. Các biến chứng khác ở phổi gồm xẹp phổi, tràn dịch màng phổi, viêm phổi.
- Hoại tử mỡ
Ở các cơ quan khác ngoài tụy xảy ra ở ≤ 1% bệnh nhân. Có thể biểu hiện dưới dạng hoại tử dưới da, hoại tử xương xảy ra ở đầu xương dài (xương đùi), hoại tử bao hoạt dịch gây viêm khớp, hoại tử tai giữa (rất hiếm).
- Các biến chứng hệ thống khác
 - Co giật tim.
 - Suy thận cấp.
 - Hôn mê, lú lẫn do phù não.
 - Đông máu nội mạch lan tỏa.
 - Chuyển hóa: hạ canxi máu, hạ magne máu, tăng đường máu.
 - Mù thoáng qua.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Thủng tạng rỗng, đặc biệt là thủng ổ loét dạ dày-tá tràng.
- Viêm túi mật cấp và cơn đau quặn mật.
- Tắc ruột cấp.

- Nhồi máu mạc treo.
- Con đau quặn thận.
- Nhồi máu cơ tim.
- Túi phình động mạch chủ bóc tách.
- Bệnh lý mô liên kết kèm viêm mạch máu.
- Viêm phổi.
- Nhiễm toan cetone do đái tháo đường.

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Giảm đau.
- Bù dịch - cân bằng điện giải.
- Cho tụy nghỉ ngơi: nhịn ăn đường miệng và giảm tiết tụy trong VTC nặng.
- Dinh dưỡng: nuôi ăn bằng đường ruột hoặc đường tĩnh mạch trong VTC nặng.
- Sử dụng kháng sinh hợp lý.
- Giải quyết biến chứng.
- Điều trị nguyên nhân.

TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP THEO GIAI ĐOẠN BỆNH

GIAI ĐOẠN SỚM (TỪ 0 - 72 GIỜ)

Viêm tụy cấp thể nhẹ

Lâm sàng và cận lâm sàng không biểu hiện suy cơ quan hay dấu hiệu tiên lượng nặng.

- Giảm đau
 - Meperidine 100 mg, nửa ống mỗi 6-8 giờ, tiêm bắp hoặc tiêm mạch.
 - Không sử dụng anticholinergic vì có thể làm tăng tình trạng trướng bụng.
- Bù dịch, cân bằng điện giải
 - Tối thiểu 2 lít dịch/ngày, gồm Lactate Ringer và glucose.
 - Bù kali theo ion đồ.

- Theo dõi Hct và ion đồ mỗi ngày.

- Cho tụy nghỉ ngơi: nhịn ăn thường trong ba ngày đầu, bệnh nhân sẽ được cung cấp năng lượng tối thiểu bằng glucose truyền tĩnh mạch với tổng lượng khoảng 100-150g glucose/ngày.

- Thở oxy qua mũi duy trì $\text{SaO}_2 > 95\%$.

Lưu ý trong VTC nhẹ, không chỉ định:

- Sonde mũi dạ dày (trừ khi bệnh nhân có bụng trướng và nôn nhiều).
- Thuốc giảm tiết tụy.
- Thuốc giảm tiết acid dạ dày như PPI hoặc anti H_2 để phòng loét do stress.
- Kháng sinh phòng ngừa.
- Nuôi ăn qua đường ruột hoặc đường tĩnh mạch toàn bộ.

Viêm tụy cấp thể nặng

Lâm sàng và cận lâm sàng có biểu hiện suy cơ quan hay dấu hiệu tiên lượng nặng. Nên chuyển bệnh nhân đến khoa chăm sóc đặc biệt (ICU).

Theo dõi

- Sinh hiệu, lượng nước tiểu mỗi vài giờ trong vòng 24 - 48 giờ đầu.
- Theo dõi biến chứng.

Bù dịch và cân bằng điện giải

- Bù dịch: rất quan trọng, vì thiếu dịch có thể gây tụt huyết áp và theo sau đó là hoại tử ống thận cấp, nếu tình trạng thiếu dịch kéo dài. Mặt khác, thiếu dịch cũng gây tổn thương vi tuần hoàn ở tụy dẫn tới hoại tử tụy.
- Thể tích dịch cần bù: đầu tiên 20 ml/kg (1 lít) truyền tĩnh mạch trong vòng 60-90 phút. Sau đó, 250-300 ml/giờ, trong 48 giờ đầu, nếu tình trạng tim mạch cho phép.

- Loại dịch truyền: Lactate Ringer tốt hơn normal saline (ngoại trừ VTC do tăng canxi máu, do Lactated Ringer chứa 3 mEq/L canxi). So sánh giữa truyền Lactated Ringer và normal saline, một số nghiên cứu cho thấy Lactate Ringer giúp cải thiện CRP (52 so với 104 mg/L) và làm giảm tỷ lệ hội chứng đáp ứng viêm toàn thân sau 24 giờ (84% so với 0%).
- Dấu hiệu bù đủ dịch: được đánh giá trong vòng 24 giờ qua các biểu hiện cải thiện sinh hiệu, tăng lượng nước tiểu, giảm Hct và BUN (đặc biệt Hct và BUN cao khi nhập viện). Nếu BUN không giảm hoặc tăng cao hơn lúc nhập viện, phải tăng lượng dịch truyền sao cho thể tích nước tiểu > 0,5 ml/kg/giờ.
- Lưu ý: sau 48 giờ thể tích nước tiểu vẫn thấp, có thể bị hoại tử ống thận cấp, không phải do thiếu dịch. Trong trường hợp này, tăng dịch truyền sẽ gây phù phổi cấp trong khi thể tích nước tiểu vẫn không cải thiện.

Thở oxy

Nhằm duy trì $\text{SaO}_2 > 95\%$.

Giảm đau

- Đau cũng có thể ảnh hưởng huyết động.
- Meperidine 100 mg, 1/2-1 ống, tiêm bắp, mỗi 6-8 giờ.

Cho tụy nghỉ ngơi

- Dinh dưỡng: nhịn ăn đường miệng. Nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch hoặc đường ruột. Tuy nhiên, ở giai đoạn này vẫn đề nuôi ăn chưa cần thiết đặt ra, bệnh nhân có thể chỉ cần được cung cấp năng lượng tối thiểu như VTC nhẹ.
- Giảm tiết tụy: somatostatin hoặc octreotide làm giảm tần suất biến chứng nhưng

không giảm tỷ lệ tử vong. Trong thực hành lâm sàng, thường chỉ định creotide 0,1 mg, 1 ống, tiêm dưới da, 2-3 lần/ngày.

Phòng ngừa loét DDTT do stress

Thuốc giảm tiết acid dạ dày nhóm PPI hoặc anti H_2 dùng đường tiêm mạch.

Viêm tụy cấp nặng do sỏi

- Nếu có nhiễm trùng huyết từ nhiễm trùng đường mật:
 - Kháng sinh: cephalosporin thế hệ thứ 3 hoặc quinolone kết hợp metronidazole 10-14 ngày.
 - ERCP thực hiện sớm trong vòng 72 giờ đầu. Nhiều nghiên cứu cho thấy giảm biến chứng VTC nhưng không giảm tỷ lệ tử vong.
- Nếu không viêm đường mật nhưng amylase và bilirubin vẫn tiếp tục tăng trong vòng 48 giờ sau nhập viện, siêu âm thấy dẫn đường mật, cần xem xét thực hiện ERCP.

Kháng sinh phòng ngừa

Kháng sinh phòng ngừa trong giai đoạn sớm (khi chưa có CT cản quang) nếu có suy cơ quan hoặc dấu hiệu tiên đoán hoại tử tụy như CRP > 150 mg/L ở giờ 48 hoặc SIRS tồn tại sau 24-48 giờ hoặc Hct > 44% lúc nhập viện và không giảm sau 24 giờ. Một số nghiên cứu cho thấy kháng sinh phòng ngừa bắt đầu sớm trong vòng 48 giờ đầu có lợi cho bệnh nhân.

GIAI ĐOẠN TRỄ HƠN (TỪ 72 GIỜ - 7 NGÀY)

Viêm tụy cấp thể nhẹ

Không thấy bằng chứng của bệnh nặng hay suy cơ quan.

- Cho ăn lại: khi bệnh nhân hết đau (đã ngưng thuốc giảm đau), hết nôn, giảm trướng bụng, biết đói. Bắt đầu bằng nước đường → cháo đường → ăn thường, hạn chế béo.
- Điều trị nguyên nhân:
 - VTC do sỏi: cắt túi mật càng sớm càng tốt. Có thể cắt túi mật qua nội soi trước khi xuất viện. Nếu không cắt túi mật, nguy cơ 25%-30% VTC tái phát, viêm túi mật cấp hoặc viêm đường mật xảy ra trong vòng 6-18 tuần.
 - VTC do rượu: cai rượu, tâm lý liệu pháp.
 - VTC do tăng triglyceride (TG): Điều trị nguyên nhân gây tăng TG thứ phát. Thuốc nhóm fibrat hoặc statin liều cao. Mục tiêu điều trị: người lớn giữ TG < 500 mg/dL, trẻ em giữ TG < 200 mg/dL.

Viêm tụy cấp thể nặng

Có bằng chứng bệnh nặng hay suy cơ quan.

Dinh dưỡng

- Cho ăn qua sonde mũi hồng tràng hoặc sonde mũi dạ dày.
- Ưu điểm:
 - Duy trì hàng rào bảo vệ ở ruột. Khi nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch, ruột giảm nhu động, vi trùng phát triển quá mức và dễ dàng xuyên thành ruột. Đây là nguyên nhân chính gây nhiễm trùng.
 - Tránh nhiễm trùng qua catheter, tắc catheter, tràn khí màng phổi, viêm tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch (là các biến chứng của nuôi ăn đường tĩnh mạch).

- So với nuôi ăn đường tĩnh mạch, thì nuôi ăn qua đường ruột giảm tỷ lệ suy cơ quan và nhiễm trùng hệ thống, từ đó giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân VTC nặng.
- Nhược điểm: phải nội soi dạ dày (nếu đặt sonde mũi hồng tràng) để hướng dẫn đầu ống sonde qua khỏi dây chằng Treitz.
- Dinh dưỡng với chế độ giàu đạm ít béo. Bắt đầu với 25 ml/giờ. Thường bệnh nhân dung nạp được với ít nhất 30% nhu cầu cần thiết/ngày, ngay khi có liệt ruột (nhu cầu nuôi ăn 25 kcal/kg trọng lượng lý tưởng của bệnh nhân).
- Dấu hiệu cho thấy không dung nạp (thường sẽ phục hồi sau khi ngưng cho ăn qua đường ruột):
 - Thể tích tồn lưu dạ dày > 400 ml.
 - Nôn, đầy bụng, tiêu chảy (> 5 lần phân nước hay > 500 ml/24 giờ. Cần loại trừ tiêu chảy do *C. difficile* và tiêu chảy do thuốc).
- Nếu bệnh nhân không dung nạp được hoặc không có điều kiện thực hiện thì nuôi ăn qua đường tĩnh mạch.

Kháng sinh phòng ngừa

- CT scan cản quang để khảo sát hoại tử tụy. Thực hiện khi creatinin < 1,5 mg/dL.
- Nếu hình ảnh trên CT cho thấy hoại tử < 30% tuyến tụy thì điều trị nâng đỡ và theo dõi tiếp.
- Nếu có hoại tử tụy ít nhất 30%: dùng kháng sinh phòng ngừa imipenem 500 mg/8 giờ, trong vòng 7-10 ngày.

Viêm tụy cấp nặng do sỏi

Nếu có nhiễm trùng huyết từ nhiễm trùng đường mật: kháng sinh thích hợp, xem xét ERCP cấp cứu, lấy sỏi.

Viêm tụy cấp nặng do tăng TG

- Lọc máu: để loại TG khỏi huyết thanh. Chỉ định lọc máu khi đường huyết < 500 mg/dL, bệnh nhân không có chống chỉ định lọc máu (sinh hiệu không ổn, không khả năng dung nạp một lượng lớn dịch).
- Insulin truyền tĩnh mạch:
 - Chỉ định ở bệnh nhân không lọc máu được và đường huyết > 500 mg/dL. Insulin làm giảm TG thông qua tăng hoạt tính men lipoprotein lipase, men này làm tăng chuyển hóa chylomicron thành glycerol và acid béo tự do.
 - VTC do tăng TG thường xảy ra trên bệnh nhân đái tháo đường chưa kiểm soát tốt, do đó insulin có tác dụng điều trị cả hai (tăng TG và tăng đường huyết). Insulin đưa TG < 500 mg/dL trong vòng 3-4 ngày.
 - Liều khởi đầu: regular insulin pha trong chai glucose 5% truyền tĩnh mạch với tốc độ 0,1-0,3 đơn vị/kg/giờ, để duy trì đường huyết từ 150-200 mg/dL. Thí dụ bệnh nhân 50 kg, pha 5-15 đơn vị insulin trong 500 mL glucose 5% truyền tĩnh mạch trong vòng 1 giờ (160 giọt/phút).
 - Theo dõi đường huyết đầu ngón tay mỗi 4 giờ và TG/máu mỗi 12-24 giờ. Mục đích theo dõi để chỉnh liều insulin. Ngưng insulin tĩnh mạch khi TG < 500 mg/dL.
 - Phối hợp insulin với heparin: Hiệu quả giảm TG nhanh hơn. Heparin kích thích phóng thích men lipoprotein lipase từ nội mạc mạch máu vào hệ tuần hoàn (bản thân heparin sẽ nhanh chóng bị hủy ở gan).
 - Fibrat (gemfibrozil hoặc fenofibrat): bắt đầu khi bệnh nhân uống lại được

hay bệnh nhân dung nạp được thuốc (uống thuốc mà không đau).

GIAI ĐOẠN TRỄ HƠN (TỪ 7 - 28 NGÀY)

Hầu hết VTC nhẹ ổn định và xuất viện trong vòng 7 ngày. Nếu sau 7 ngày bệnh nhân chưa ổn, thường là VTC nặng.

Viêm tụy cấp nặng có cải thiện

- Cho ăn lại bằng đường miệng: bắt đầu bằng nước không có năng lượng → nước đường → cháo đường.
- Tìm và kiểm soát nguyên nhân, chống VTC tái phát.

Viêm tụy cấp nặng chưa cải thiện

Nếu đang dùng kháng sinh phòng ngừa

Chọc hút tụy qua da, cấy và làm kháng sinh đồ. Nếu cấy (+), thay đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ, điều trị nhiễm trùng mô hoại tử. Nếu cấy (-), tiếp tục kháng sinh phòng ngừa cho đủ 7-10 ngày.

Nếu chưa sử dụng kháng sinh

Chọc hút tụy có bằng chứng nhiễm trùng thì sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm trùng mô hoại tử. Có thể lặp lại chọc hút sau điều trị 1 tuần nếu tình trạng nhiễm trùng vẫn tồn tại và loại trừ có ổ nhiễm khác.

GIAI ĐOẠN RẤT TRỄ (> 28 NGÀY)

Viêm tụy cấp nặng có cải thiện

- Cho ăn lại khi biến chứng tại chỗ có cải thiện. Nếu dung nạp được, sau đó sẽ tiếp tục với điều trị nguyên nhân.
- Nếu bệnh nhân không dung nạp thức ăn, xem xét cắt lọc mô hoại tử.

Viêm tụy cấp nặng không cải thiện

- Dẫn lưu tối thiểu hay phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử.

- Sử dụng kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ.
- Chỉ định cắt lọc mô hoại tử:
 - Không cải thiện với kháng sinh và chọc hút dưới hướng dẫn CT scan.
 - Bệnh nhân trở nên không ổn định về hô hấp, tim mạch và chức năng thận.

ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG

TẠI CHỖ

Tụ dịch cấp

- Thường tự rút không cần dẫn lưu qua da vì đặt catheter qua da là cửa ngõ đưa vi trùng vào ổ tụ dịch cấp. Nếu tồn tại, có khả năng do vỡ ống tụy.
- Chỉ đặt catheter dẫn lưu qua da khi chắc chắn có nhiễm trùng được xác định bằng chọc dò dưới hướng dẫn của CT, cấy và nhuộm Gram.
- Không cần kháng sinh phòng ngừa.
- Tụ dịch cấp tồn tại trên 4 tuần: coi chừng thành lập nang giả tụy.

Hoại tử tụy

Hoại tử tụy vô trùng

Điều trị: dẫn lưu mô hoại tử khi triệu chứng VTC hay suy cơ quan kéo dài ở giai đoạn trễ. Hoại tử tụy tổ chức hóa (vùng tụy hoại tử tồn tại ít nhất 4 tuần, phát triển vỏ bọc chứa chất hoại tử) có thể được dẫn lưu qua nội soi (vào dạ dày hoặc tá tràng) hoặc dẫn lưu qua da.

Hoại tử tụy nhiễm trùng

- Phân biệt hoại tử tụy nhiễm trùng hoặc vô trùng bằng procaxitonin.
- Nhiễm trùng mô tụy hoại tử: thường xảy ra sau tuần thứ nhất.

- Để giảm nhiễm trùng mô hoại tử, có thể:
 - Cho ăn qua đường ruột.
 - Kháng sinh phòng ngừa: imipenem 500 mg/8 giờ, trong 7-10 ngày.
 - Chọc hút qua da dưới hướng dẫn của CT.
 - Cắt lọc mô hoại tử.
- Điều trị khi có bằng chứng nhiễm trùng mô hoại tử:
 - Kháng sinh điều trị: imipenem 500 mg/8 giờ, trong 3 – 6 tuần.
 - Cắt lọc mô hoại tử: thực hiện sau 4 tuần.

Nang giả tụy (NGT)

Thường gặp ở VTC do rượu.

- NGT không triệu chứng: hầu hết NGT tự mất đi do sự hấp thu của dịch qua phúc mạc hoặc do nang tự vỡ vào đường tiêu hóa. NGT tự biến mất thường xảy ra trong những tuần đầu của quá trình hình thành. Do đó, nếu NGT không triệu chứng, không to thì chỉ cần theo dõi bằng siêu âm bụng hàng loạt trong vòng 8 tuần.
- NGT có triệu chứng, lớn hơn 5cm và tồn tại trên 6 tuần thì phải được chọc dẫn lưu một hoặc nhiều lần hoặc dẫn lưu bằng catheter. Với NGT vô trùng, tỷ lệ thành công 45%-75% ; với NGT nhiễm trùng, tỷ lệ thành công 40%-50%. Khi không đáp ứng với chọc hút dẫn lưu thì phải phẫu thuật.
- Biến chứng của NGT: phụ thuộc vào kích thước và tuổi của NGT.
 - Nhiễm trùng NGT
 - ✓ Triệu chứng: đau + sốt trên hai tuần + bạch cầu tăng.
 - ✓ Chọc hút qua da dưới hướng dẫn của siêu âm/CT, nhuộm gram và

cấy dịch hút để hướng dẫn kháng sinh điều trị.

- ✓ NGT nhiễm trùng hoặc áp xe nên được dẫn lưu ra ngoài.
- **Vỡ NGT**
 - ✓ Vỡ hay rò NGT vào khoang phúc mạc gây phản ứng phúc mạc có thể gây choáng. Cần phẫu thuật cấp cứu.
 - ✓ Tiên lượng tử vong từ 14% nếu vỡ không kèm xuất huyết và lên đến 60% nếu vỡ kèm xuất huyết.
- **Xuất huyết NGT**
 - ✓ NGT có thể xói mòn vào trong các tạng (dạ dày, ruột non, ruột già, mạch máu) và xuất huyết sau đó.
 - ✓ NGT xuất huyết có tam chứng (1) tăng kích thước NGT, (2) nghe âm thổi ở NGT, (3) giảm đột ngột hemoglobin và Hct mà không thấy xuất huyết ra ngoài.
 - ✓ Chụp mạch máu giúp chẩn đoán xác định và phẫu thuật điều trị.
- **Chèn ép gây tắc nghẽn các cơ quan lân cận và gây đau**
 - ✓ Triệu chứng chèn ép của NGT tiên đoán biến chứng của nó. NGT không triệu chứng thường ít biến chứng ngay cả khi NGT có kích thước lớn.

Điều trị triệu chứng và chọc hút NGT.

Báng do tụy và tràn dịch màng phổi do tụy

Báng do tụy

- Điều trị nội khoa:
 - Đặt ống thông mũi-dạ dày, hút dịch dạ dày liên tục.
 - Dinh dưỡng đường tĩnh mạch.

- Ức chế tiết dịch tụy: otreotide (sandostatin) hoặc somatostatin. Octreotide 0,1 mg, tiêm dưới da 2-3 lần /ngày, liên tục 2-3 tuần.

- Xem xét chọc tháo báng.

- Điều trị nội soi: đặt stent bắc cầu ống tụy. Trong vỡ ống tụy chính, điều trị bằng đặt stent có hiệu quả tốt.
- Điều trị phẫu thuật: nếu báng bụng do tụy tiếp tục thành lập sau 2-3 tuần điều trị nội khoa, bệnh nhân nên được chỉ định phẫu thuật.

Tràn dịch màng phổi do tụy

- Nếu vỡ ống tụy ra sau hay rò giữa ống tụy và khoang màng phổi sẽ gây tràn dịch màng phổi, thường ở bên trái.
- Điều trị: chọc dò hay dẫn lưu màng phổi. Điều trị nội và ngoại khoa giống như báng bụng do tụy.

Áp xe tụy

- Áp xe tụy: sự tích tụ ổ mủ trong và quanh tụy với thời gian từ 4 – 6 tuần. Khoảng 3%-4% bệnh nhân VTC có biến chứng áp xe tụy. Biểu hiện với triệu chứng sốt, bạch cầu tăng và liệt ruột. Các yếu tố thuận lợi gây áp xe tụy:
 - VTC nặng.
 - Viêm tụy sau phẫu thuật.
 - Cho ăn sớm.
 - Mờ ổ bụng sớm.
 - Sử dụng kháng sinh không đúng cách.
- Điều trị ngoại khoa. Một số trường hợp có thể dẫn lưu tụy qua da. Áp xe tụy nếu không điều trị sẽ tử vong 100%.

HỆ THỐNG

Tim mạch: choáng tim.

- Lâm sàng gợi ý: vẫn tụt huyết áp dù bù dịch thích hợp.
- Điều trị: nâng áp bằng dopamine truyền tĩnh mạch không làm suy yếu vi tuần hoàn tụy như các thuốc vận mạch khác (xem thêm bài điều trị choáng tim).

Phổi

- Tràn dịch màng phổi, xẹp phổi: không điều trị đặc hiệu.
- ARDS: tiến triển độc lập với tình trạng bù dịch. Thường xảy ra giữa ngày thứ hai và thứ bảy của bệnh nhưng vẫn có thể xảy ra lúc nhập viện. ARDS là biến chứng nặng và làm tăng tỷ lệ tử vong. Điều trị: nội khí quản, thở máy với áp lực dương cuối thì thở ra.

Thận: suy thận cấp

Xem bài điều trị suy thận cấp.

Tiêu hóa

Xuất huyết tiêu hóa (loét dạ dày do stress, hội chứng Mallory - Weiss, vỡ nang giả tụy vào ống tiêu hóa, vỡ tĩnh mạch tâm phình vị do huyết khối tĩnh mạch lách, vỡ giả phình mạch từ dạ dày tá tràng). Điều trị tùy theo nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa.

Huyết học

Đông máu nội mạch lan tỏa (xem phần điều trị đông máu nội mạch lan tỏa).

Chuyển hóa

Điều trị bất thường chuyển hóa:

- Tăng đường huyết: Thường xuất hiện trong những ngày đầu của VTC nặng và trở về bình thường khi tình trạng bệnh ổn. Do đó, insulin nên được sử dụng cẩn thận.
- Hạ canxi:
 - Hạ canxi do giảm albumin. Thường không triệu chứng và không cần điều

trị vì giảm albumin gây giảm canxi toàn phần, trong khi canxi ion hóa bình thường nên không có triệu chứng.

- Tuy nhiên giảm canxi ion hóa có thể kích thích thần kinh cơ.
- Nếu kèm hạ magnesium: nên bổ sung magnesium trước. Hạ magnesium thường do nôn nhiều, mất magnesium qua nước tiểu, lắng đọng magnesium ở vùng hoại tử mỡ. Khi magnesium về bình thường, triệu chứng kích thích thần kinh cơ được điều trị bằng canxi gluconate truyền tĩnh mạch (với điều kiện kali bình thường và không sử dụng digoxin, vì canxi truyền tĩnh mạch tăng gắn kết canxi vào các thụ thể ở cơ tim, nó giành chỗ kali và gây rối loạn nhịp trầm trọng).

KẾT LUẬN

VTC là bệnh thường gặp ở phòng cấp cứu các bệnh viện. Trước một trường hợp đau bụng cấp, nên thử amylase máu và nước tiểu. Nguyên nhân VTC thường gặp là sỏi mật, rượu và tăng triglyceride. Hai nhóm VTC nhẹ và nặng có tiên lượng rất khác nhau, VTC nhẹ tử vong < 1%, VTC nặng tử vong từ 40%-60%. Do đó, khi tiếp cận bệnh nhân VTC, ngay từ lúc mới nhập viện, cũng như trong thời gian nằm viện, phải dựa trên các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng để dự đoán khả năng diễn tiến nặng của VTC. Khi xử trí điều trị VTC cũng nên tiếp cận và xử trí điều trị VTC theo từng giai đoạn thích hợp.

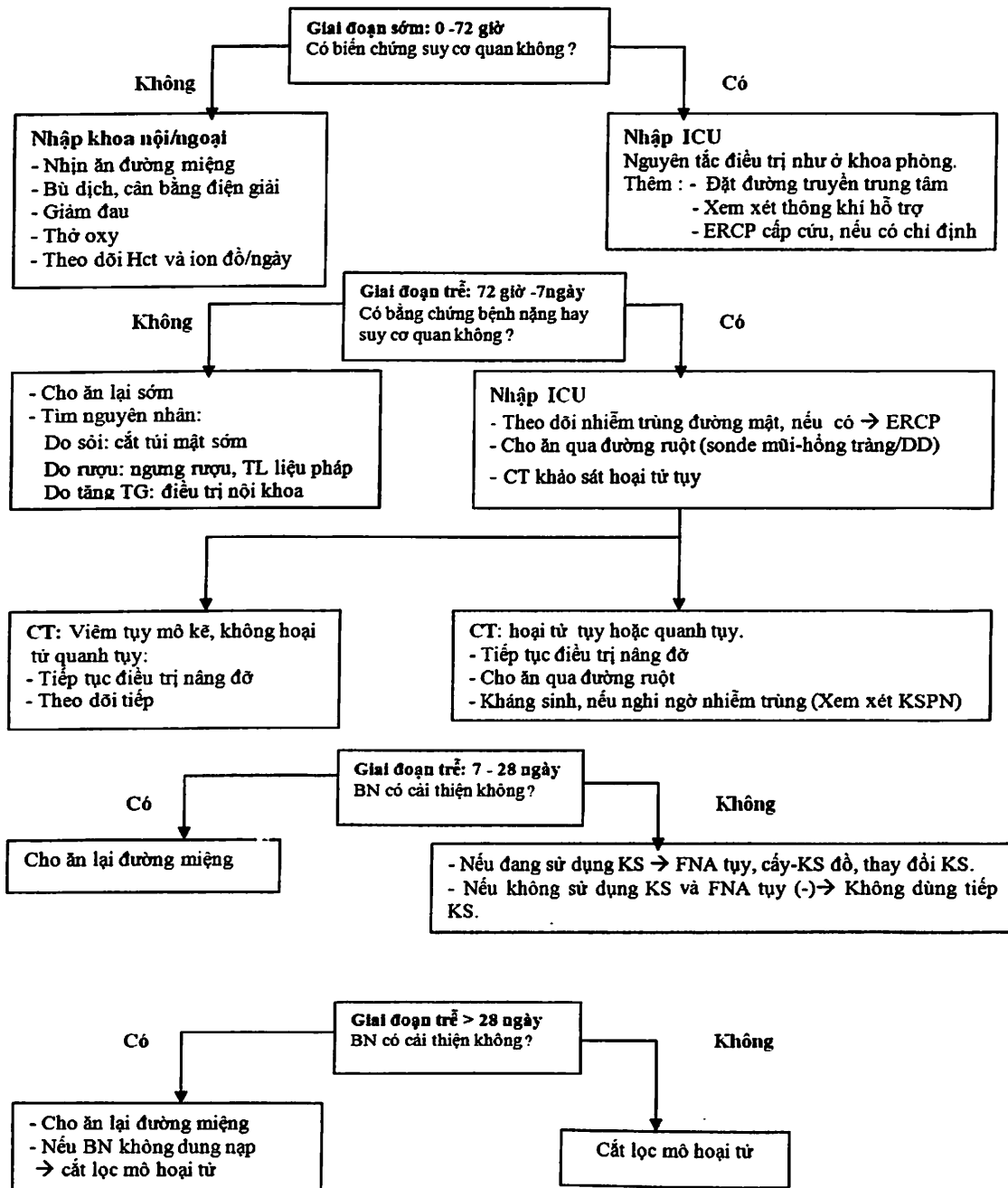
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Ngọc Bảo. Điều trị viêm tụy cấp. Điều Trị Học Nội Khoa. Nhà xuất bản Y Học, 2009: 191-199.
2. Acute Pancreatitis. Current Medical Diagnosis and Treatment. Mc Graw-Hill Lange, 2011.

3. Mark Topazian, Stephen J. Pandol. Acute Pancreatitis. Tadataka Yamada's Textbook of Gastroenterology. Wiley-Blackwell, 2009: 1761-1803.

4. Acute and Chronic Pancreatitis. Harrison's Principles of Internal Medicine. Mc Graw-Hill, 2012.

5. Acute Pancreatitis. Sleisenger and Fordtran's Gastroenterology and Liver Disease. Saunders Elsevier, 2011.



Sơ đồ tiếp cận xử trí viêm tụy cấp theo giai đoạn bệnh
(FNA, fine needle aspiration, chọc hút bằng kim nhỏ)

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn một câu đúng

1. Một bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp do rượu. Ngày thứ 10 sau nhập viện, bệnh nhân bị đau bụng tăng lên kèm sốt, khám thấy vùng thượng vị rất đau và có đề kháng. Chẩn đoán có thể xảy ra là:
 - A. Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng.
 - B. Xuất huyết nang giả tụy.
 - C. Tụ dịch cấp tính tại tụy.
 - D. Áp xe tụy.
 - E. Tắc ruột.
2. Biểu hiện thường gặp nhất của suy cơ quan trong viêm tụy cấp là:
 - A. Xuất huyết tiêu hóa.
 - B. Hôn mê.
 - C. Hội chứng nguy kịch hô hấp ở người lớn (ARDS).
 - D. Báng bụng.
 - E. Mùi thoát qua.
3. BISAP được dùng để dự đoán viêm tụy cấp có nguy cơ suy đa cơ quan gồm tiêu chuẩn nào, ngoại trừ:
 - A. Tri giác thay đổi.
 - B. Tuổi > 60.
 - C. BUN > 22 mg/Dl.
 - D. Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân.
 - E. Tràn dịch màng bụng.
4. Dấu hiệu bù đủ dịch trong VTC là:
 - A. Bệnh nhân tỉnh.
 - B. Giảm lượng nước tiểu.
 - C. Cải thiện sinh hiệu.
 - D. Hết ới.
 - E. Giảm đau bụng.
5. Các biện pháp điều trị VTC do tăng triglyceride, ngoại trừ:
 - A. Lọc máu.
 - B. Insuline tiêm tĩnh mạch.
 - C. Insuline + heparin.
 - D. Fenofibrate.
 - E. Kháng sinh tiêm tĩnh mạch.

6. Một bệnh nhân nam, 45 tuổi, được chẩn đoán viêm tụy cấp do rượu, thể nhẹ, ngày thứ nhất. Cách xử trí thích hợp nhất cho bệnh nhân này là:

- A. Đặt ống thông mũi-hỗng tràng để nuôi ăn vì bệnh nhân sẽ nằm viện lâu.
- B. Cho kháng sinh để phòng ngừa nhiễm trùng vì biến chứng này luôn xảy ra.
- C. Nên cho ăn bằng đường miệng sớm để giảm nguy cơ nhiễm trùng và giúp nhanh hồi phục.
- D. Điều trị bằng tiêm thuốc giảm đau, bù nước điện giải, cung cấp năng lượng bằng truyền dung dịch Glucose ưu trương, nhịn ăn uống.
- E. Điều trị bằng tiêm thuốc ức chế bơm proton (PPI) và thuốc giảm co thắt cơ trơn, truyền tĩnh mạch dung dịch Lactate Ringer 2 lít/ ngày.

7. Trong điều trị viêm tụy cấp, thuốc được ưu tiên chọn lựa để có tác dụng trực tiếp làm giảm tiết dịch tụy là:

- A. Octreotide 100 mcg x 3 lần/ ngày, tiêm dưới da.
- B. Meperidin 50 -100 mg x 2-3 lần/ ngày, tiêm bắp.
- C. Omeprazole 40 mg x 2 lần/ ngày, tiêm mạch.
- D. Butylhyoscin 20 mg x 3 lần/ ngày, tiêm bắp.
- E. Ranitidin 50 mg x 3 lần/ ngày, tiêm mạch.

8. Một bệnh nhân nữ 52 tuổi vừa xuất viện vì viêm tụy cấp do sỏi mật. Để tránh tái phát viêm tụy cấp do sỏi mật, biện pháp tốt nhất là:

- A. Cắt túi mật qua nội soi càng sớm càng tốt.
- B. Theo dõi siêu âm bụng mỗi 3 tháng để theo dõi kích thước sỏi mật.
- C. Uống fibrates để giảm triglyceride máu.
- D. Uống thuốc để làm tan sỏi túi mật.
- E. Làm nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) để lấy sỏi túi mật.

9. Các nguyên nhân cần xem xét khi có những đợt tái phát của viêm tụy cấp không rõ nguyên nhân, **ngoại trừ**:

- A. Tăng triglyceride máu.
- B. Có vi sỏi hoặc sỏi bùn đường mật.
- C. Tăng calcium máu.
- D. Rối loạn chức năng cơ vòng Oddi.
- E. Ung thư tụy.

10. Chỉ định kháng sinh phòng ngừa trong viêm tụy cấp:

- A. Trong bất cứ giai đoạn nào của viêm tụy cấp.
- B. Ở mọi bệnh nhân > 60 tuổi.
- C. Viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu.
- D. Có hoại tử tụy ít nhất 30% trên CTscan.
- E. Viêm tụy cấp trên bệnh nhân đái tháo đường.

ĐÁP ÁN

1 A, 2C, 3E, 4C, 5E, 6D, 7A, 8A, 9C, 10D