

# 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:

2 cơ chế bảo vệ Tụy: tiền men - chất ức chế men

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
- Tỷ 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)

qua nhú tá lớn (do rối loạn cơ vòng, bất thường giải phẫu -> trào ngược vào ống tụy -> kích hoạt men trong tụy sớm -> Viêm tụy cấp

2. Phospholipase A2 (dịch mật)

3. Cytokinase (men tế bào)

là một men trong tế bào phóng thích ra khi chấn thương bụng, tai nạn giao thông, tai nạn lao động...



# SINH LÝ BỆNH

dựa vào 3 thuyết  
1- Ống dẫn chung  
2- TK-vận mạch  
3- Tế bào

## 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.

# 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

GPB 2 dạng chính, không liên quan với mức độ nặng, nhưng Viêm tụy hoại tử thường nặng

- 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*

SUB khối 2 10min45s

\*Tăng lipid máu: không phải tăng TG nào cũng gây VTC  
phải tăng thường nhất là điển hình phải trên  $>1000 \text{ mg/dL}$  và tối thiểu là  $500 \text{ mg/dL}$   
nếu TG dưới ngưỡng có 2 trường hợp

1. Sỏi mật *thường gặp sỏi túi mật hoặc sỏi gan*

2. Rượu *gây co thắt cơ oddi*

3. Tăng TG  $> 11 \text{ mmol/L}$  ( $>1,000 \text{ mg/dL}$ )

theo lý thuyết: tăng TG gây VTC là phải trên  $1000 \text{ mg/dL}$

nếu thấp hơn -> *có thể là bệnh đi kèm (dưới  $500 \text{ mg/dl}$  -> đi kèm)*

XN TG nên làm sớm khi vào viện => vì sau 2-3 ngày nhịn ăn, TG sẽ giảm -> không rõ nguyên nhân hay không

# 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.

BN bị nhiều lần rồi -> có thể mô tả giống đợt bệnh lần trước

# TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

**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.**  
là biến chứng của VTC

2 dấu này không nhạy nhưng đặc hiệu cao





# 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

giới hạn bình thường trên khác nhau  
tùy theo labo, CR # Gia đình

➤ 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

- 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

lipase: về BT sau 10-14 ngày => hữu ích trong chẩn đoán VTC đến trễ

### ❖ Men tụy:

- 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.

nhưng các bệnh lý này ít khi tăng  $\geq 3$  lần

### ❖ 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

Siêu âm là đầu tay

CTscan dùng khi:

\* chẩn đoán viêm tụy cấp chưa rõ (chưa đủ đau hoặc men tụy) -> cần làm CT

\* cần phân biệt NN đau bụng cấp khác -> cần làm CT

\* cần chẩn đoán NN: như sỏi mật -> cần làm CT

\* cần chẩn đoán biến chứng: (khi LS không cải thiện sau 48-72h)

### ❖ Hình ảnh học:

• Siêu âm bụng : là xét nghiệm CĐHA đầu tay nên làm.

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

• chẩn đoán không rõ hoặc

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

# CHẨN ĐOÁN

## Các chẩn đoán phân biệt

### ➤ Bệnh gan mật

hoặc có thể là bệnh đi kèm như viêm đường 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

# TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

## Các dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng

Tổng quan xét nghiệm trong VTC, có 2 nhóm

(1) nhóm XN **dự đoán** mức độ nặng (dự đoán tương lai gần) -> Slide có 5 nhóm

(2) nhóm XN **xác định** giai đoạn theo Atlanta

2 nhóm hỗ trợ cho nhau

➤ 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

• BC  $> 12,000/\text{mm}^3$  hoặc  $< 4,000/\text{mm}^3$

các thang điểm RASON,  
GLASSGOW rườm rà => khó  
áp dụng thực hành

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

BN có SIRS lúc NV (hoặc kéo dài sau 48h): dự đoán nặng dần lên -> cần Rx tích cực

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

# TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

Các dấu hiệu gợi ý **tiến triển nặng**

2 ➤ 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

BISAP # CURB -65

CURB-65: BUN > 20 mg/dL và Tuổi > 65

BISAP thì BUN > 25 mg/dL và tuổi > 60

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)



# TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

## Các dấu hiệu gợi ý tiến triển nặng

lúc NV phải bù dịch mà sau 24h Hct không giảm => gợi ý diễn tiến nặng

3 ❖ Hct > 44% lúc NV (và không thể giảm sau 24h)

4 ❖ CRP > 150mg/l (sau khởi phát 48h)

5 ❖ Suy cơ quan:

do đó khi xin CLS bệnh án => cần hỏi CRP làm lúc nào  
(sau khởi phát bao lâu :v)

- Tim mạch:

HA max < 90 mmHg

- Hô hấp:

PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg

- Thận:

Creatinin ≥ 1,9 mg /dL

1/3 tiêu chí sau => suy cơ quan

tóm lại : CÀNG NHIỀU NHÓM TIÊU CHÍ CÀNG ỦNG HỘ DIỄN TIẾN NẶNG

# TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

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

❖ Khi có cả 3 tiêu chuẩn

<43% Nam

<39.6% nữ

thỏa 3/3 thì 98% không nặng

- Bụng không đề kháng
- Hct bình thường (< 43% ở nam, < 39,6% ở nữ)
- **Creatinin bình thường (< 2mg%)**

❖ 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)*

lúc NV: dùng các XN dự báo nặng  
sau 48h dùng tiêu chuẩn Atlanta

## ➤ VTC nhẹ

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

0h - lúc NV

48h



## ➤ 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>HỒ HẤP</b> (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> )	> 400	301 – 400	201 – 300	101 – 200	< 101
<b>THẬN</b>					
<u>Creatinin máu</u> (μmol/l)	< 134	134 – 169	170 – 310	311 – 439	> 439
<u>Creatinin máu</u> (mg/dl)	< 1,4	1,4 – 1,8	1,9 – 3,6	3,6 – 4,9	> 4,9
<b>TIM MẠCH</b> (HATT) (mmHg, không vận mạch)	> 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).

# TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(Đánh giá suy tạng \_ đơn giản hóa)

• PaO<sub>2</sub> ≤ 60 mmHg

• Creatinin ≥ 1.9mg/dL

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

# TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

## (Biển chứng tại chỗ)

dựa vào HA học

- Tụ dịch quanh tụ cấp
- Hoại tử cấp  $\pm$  nhiễm trùng
- Hoại tử tạo vách  $\pm$  nhiễm trùng
- Nang giả tụ

biển chứng Cấp

Tụ dịch quanh tụ  
Hoại tử  $\pm$  nhiễm trùng



Sau 4 tuần

Tụ dịch quang tụ  $\Rightarrow$  nang giả tụ  
hoại tử  $\pm$  nhiễm trùng  $\Rightarrow$  hoại tử tạo vách  $\pm$  nhiễm trùng

# TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

## (Biến chứng toàn thân)

- Là đợt **kích phát** các bệnh nội khoa mạn tính sẵn có đi kèm (bệnh mạch vành, bệnh phổi mạn ...)
  - > NMCT
  - > Đợt cấp COPD

- Các biến chứng do VTC gây bệnh cảnh **suy tạng**:

ARDS, suy thận cấp ... không được xếp vào nhóm biến

**chứng toàn thân)**

ARDS, suy hô hấp, suy thận cấp => **suy tạng**, không xếp là biến chứng toàn thân

**biến chứng toàn thân**: đây cũng chỉ là quy ước mà thôi

# ĐIỀU TRỊ

## (Nguyên tắc điều trị)

➤ Bù dịch sớm – cân bằng điện giải

➤ Giảm đau

➤ Cho tụt nghỉ ngơi :

2 PP quan trọng

1-Bù dịch sớm và

2- Dinh dưỡng đường miệng sớm ngay khi có thể (tránh nhiễm trùng cho bệnh nhân)

ngoài ra : giảm đau + tụt 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

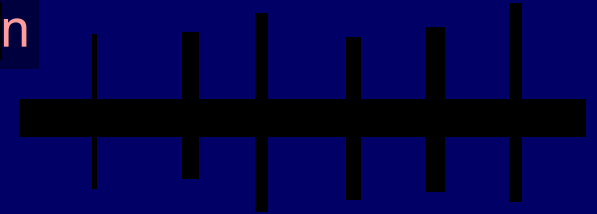


# ĐIỀU TRỊ

## (nguyên tắc điều trị)

### Theo dõi:

- Theo dõi sát trong 24 – 48 giờ đầu sau nhập viện
- Sinh hiệu, nước tiểu, SpO<sub>2</sub> mỗi 4h/24h đầu
- Thở Oxy nếu SpO<sub>2</sub> < 95%
- Làm khí máu động mạch nếu SpO<sub>2</sub> < 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.



# ĐIỀU TRỊ

## (nguyên tắc điều trị)

### Theo dõi:

- Hct thời điểm lúc nhập viện, <sup>0h</sup> 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** sau triệu chứng đau bụng
- ĐH: theo dõi **mỗi giờ** nếu **VTC nặng và có tăng ĐH**. Có chỉ định điều trị nếu > **180mg – 200mg/dl** (do tăng nguy cơ **NT tụy thứ phát**)

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

- Hội chẩn ICU khi có suy tạng
- Thở oxy: trong 24 – 48 giờ đầu, duy trì  $SpO_2 \geq 95\%$ , nhất là khi còn dùng dẫn xuất morphine để giảm đau.
- Sonde mũi – dạ dày: chỉ đặt khi 1/3 triệu chứng sau
  - Nôn nhiều cần giải áp bằng sonde -> cải thiện rõ
  - Trướng bụng trướng bụng -> do liệt ruột -> lưu thông đường tiêu hóa kém => đặt sonde giải áp hơi
  - Đề kháng thành bụng gợi ý viêm tụy nhiều

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

## Cơ sở

BN VTC bị giảm thể tích tuần hoàn do

nôn nhiều - cho nhịn ăn (giảm nhập) - mất  
khoảng thứ 3 => V tuần hoàn => giảm tưới  
máu cục bộ => hoại tử tụy (nặng hơn)

- 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:

LR và NS0.9, trước đây LR ưu tiên hơn (do giảm tử vong giảm CRP) nhưng gần đây thì ngang nhau  
1 chia LR 15K/500mL

1. LR và / hoặc NaCl 0,9%
2. VTC do tăng canxi máu không dùng LR

Lúc BN NV

(1) xử trí cấp cứu ABC

(2) nhịn ăn

(3) bù dịch: LR (15K/chai 50mL)

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

## Lượng và tốc độ dịch truyền

- Hầu hết trường hợp khác: **5 – 10 ml/kg/giờ**

Lúc nào 5ml/kg lúc nào thì 10mL/kg => tùy thuộc BN (bệnh nền....) VD suy tim -> chọn 5mL/kg/h

- 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

đánh giá sát 6 h đầu sau đó giãn ra

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

Theo dõi bằng Lâm sàng và CLS

- Điều chỉnh tốc độ truyền dịch dựa trên

LS

- Đáp ứng lâm sàng (M, HA, nước tiểu)

CLS

- 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*

Lâm sàng

- Nhịp tim < 120 l/ph
- HA trung bình 65 – 85 mmHg
- Nước tiểu > 0,5 – 1ml/kg/giờ

CLS

- Hct 35 – 44%
- BUN cải thiện (nếu ban đầu tăng)

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: DINH DƯỠNG

## ➤ Quan niệm cổ điển: Nhịn!

cổ định nhịn ăn 3-7 ngày

vì nếu ăn -> sẽ kích thích hoạt động tụy ngoại tiết => dẫn đến chậm thời gian hồi phục

- 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

Sớm trong 24h nếu thỏa hết 4 tiêu chí sau

SLIDE Y13 - chú ý 3 ngày đầu  
Glucose máu 100-150 g Glucose/ ngày

- Hết buồn nôn, nôn

- Cảm giác đói

- Giảm đau bụng rõ

### ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Dinh dưỡng)

➤ Không ăn uống đường miệng trong 3 – 7 ngày.

➤ 3 ngày đầu: 100-150g Glucose/ng TM

➤ 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 & đánh giá chung cải thiện.

➤ Ăn theo thứ tự: nước chín – nước đường – cháo đường – cơm thường. Hạn chế béo

- sữa ít béo

## ➤ Trình tự:

BVCR và DHYD đều áp dụng như sau

- Nước – nước đường – cháo – cơm thường

- Hạn chế béo, sữa nguyên kem tránh kích thích tụy nhiều

Dễ nhất có thể cho uống nước yến

# 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 hồng tràng) để ngừa biến chứng nhiễm trùng do VK đi xuyên thành ruột. sonde nào cũng được

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. nếu qua TM -> tăng nguy cơ nhiễm trùng đường ruột, tăng tử vong

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: meperidine 100mg 1 ống -> lấy 1/2 A TM/TB 3-4 lần 1 ngày  
là dẫn xuất của Morphin -> gây co thắt cơ vòng oddi

1. Meperidine 50mg /6-8 giờ TB/TM.

2. Không dùng nhóm anti-cholinergic vì làm tăng  
chướng bụng.

➤ Giảm tiết dịch tụy: hiện tại không dùng Octreotide

- 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

ngoài tụy

- viêm đường mật nhiễm trùng
- nhiễm trùng huyết
- nhiễm trùng tiểu
- viêm phổi
- nhiễm trùng đường vào từ catheter
- ...

thường gặp nhất là viêm đường mật do sỏi đường mật

#### 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 ít làm vì quá khó
- Nếu không được: KS theo kinh nghiệm nên hiện nay theo kinh nghiệm
  1. ưu tiên carbapenem, quinolone và metronidazole vì thấm vào mô tụy hoại tử 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)

---

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

tại CR: nếu có dự báo nặng thì cho KS phòng ngừa  
nhưng hiện tại nghiên cứu -> không còn 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

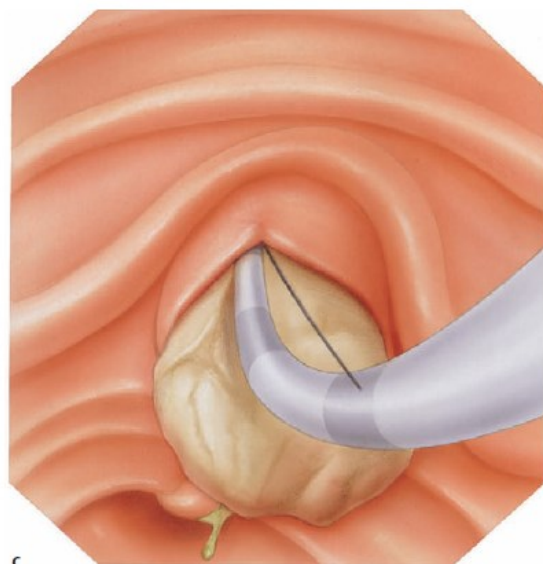
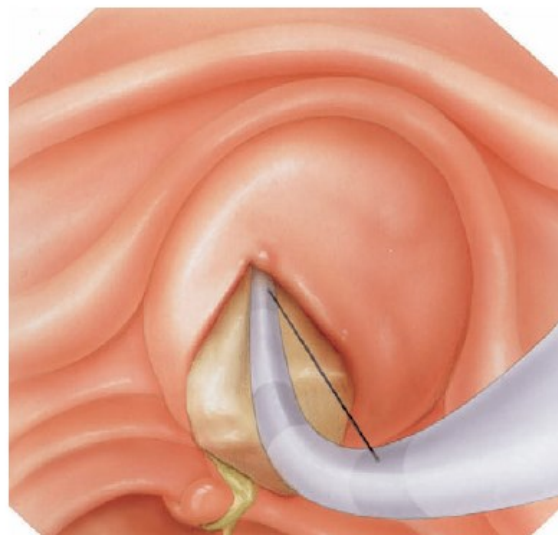
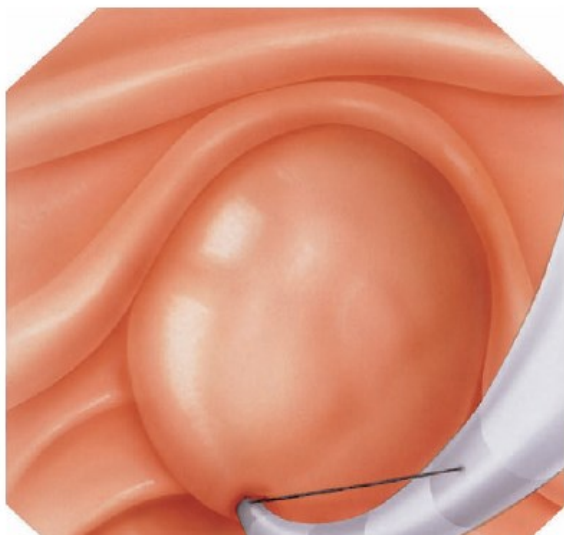
## (Điều trị nguyên nhân)

---

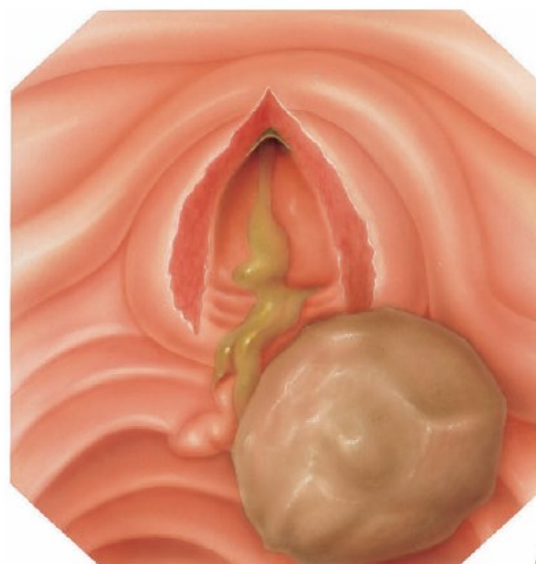
### ➤ VTC do sỏi

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.

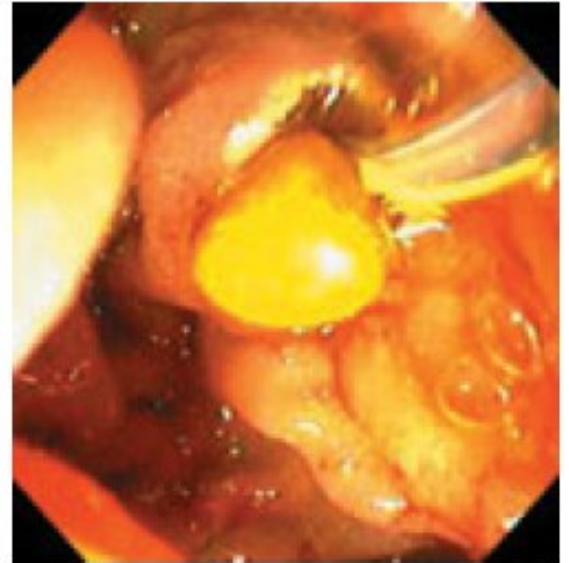
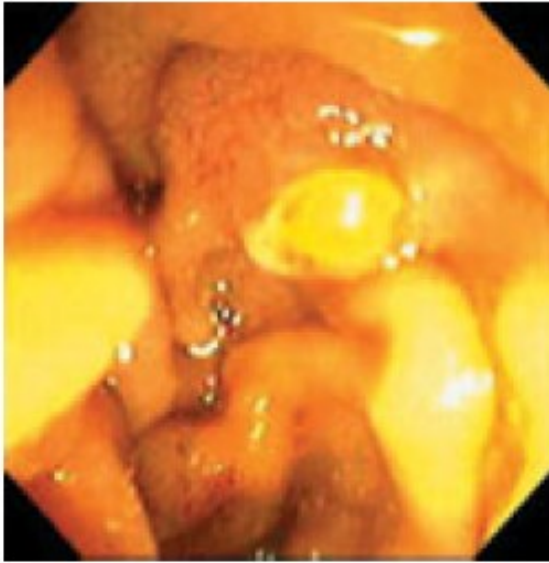




c



d



# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Điều trị nguyên nhân)

### ➤ VTC do tăng TG

#### 1. Lọc huyết tương:

- Ưu tiên chọn lựa nếu không có 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.

rất tốn kém

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Điều trị nguyên nhân)

### ➤ VTC do tăng TG

2. Insulin: PP thay thế lọc huyết tương: Insu + G5% -> mục tiêu <500mg/dL trong 3-4 ngày  
duy trì Gmáu: 150-200mg/dL

- 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

VTC do rượu -> ngưng rượu bia

# ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

## (Hội chẩn ngoại khoa)

### ➤ Chỉ định hội chẩn ngoại:

1. **VTC do sỏi mật** (sỏi kẹt, sỏi túi mật, cắt túi mật sau 7d hồi phục)
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) **≥ 4 tuần** để chờ tình trạng **vách hóa của vùng hoại tử**.

giai đoạn đầu chưa hóa vách -> khó can thiệp, nếu ổn định => chờ sau 4 tuần luôn => khối abscess (tạo vách) -> lúc đó sẽ rõ và dễ can thiệp hơn

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**.

trong 1 số Th, điều trị kháng sinh BN vẫn không cải thiện, càng ngày càng xấu hơn => gợi ý cần phải dẫn lưu ổ nhiễm trùng => bắt buộc can thiệp sớm hơn bất chấp nguy hiểm để cứu BN, nhưng phải theo nguyên tắc sau

\*quan điểm: làm tối thiểu (không cắt lọc rộng gì hết) chủ yếu là cắt lọc + lấy khối hoại tử + dẫn lưu -> KS sẽ hiệu quả tốt hơn