

# ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP

TS. BS. Quách Trọng Đức

Phó Trưởng Bộ Môn Nội Tổng quát - ĐHYD TP HCM

Uyên Trang - Tổ 30 - YDS

# 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.

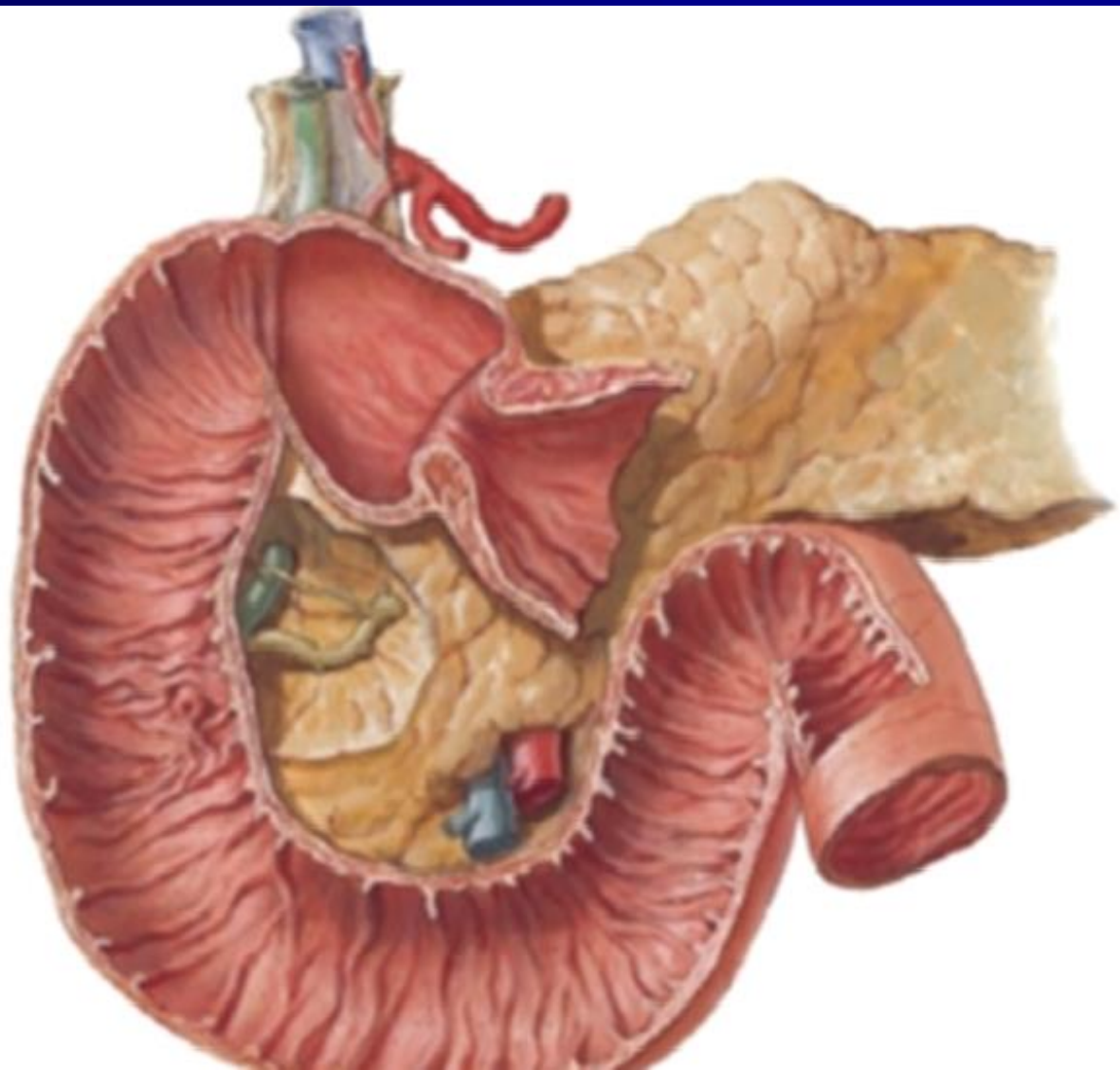
# ĐẠI CƯƠNG

## *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.



tắc nghẽn

# 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

---

diễn tiến thay đổi nhanh

- Tình trạng cấp cứu thường gặp
- 10 – 15% trường hợp diễn tiến nặng có thể dẫn đến tử lệ tử vong
- Tỷ lệ tử vong (VTC **nhẹ**: < 1%, **nặng**: 40 – 60%)
- Bên cạnh việc chẩn đoán đúng, **TIẾN ĐOÁN** quan trọng  
**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 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 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.

# NGUYÊN NHÂN

---

## ❖ Thường gặp 80-90%

1. sỏi mật <sup>tắc ống gan chung</sup>

2. Rượu

BN VTC do rượu ra viện khuyên BN điều gì ?  
xơ gan do rượu : ko uống rượu BIA

3. tăng TG **> 11 mmol/L (>1,000mg/dL)**

TG tăng là nguyên nhân hay là rối loạn thứ phát ??  
=> dựa vào con số, mức độ phải tăng nhiều trên ngưỡng này mới là NN  
- XN này cần làm liên vì làm chậm BN nhận ăn sẽ sai số

# NGUYÊN NHÂN

❖ Ít gặp: 10-20%

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 kích thích tăng tiết dịch tụy
- 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 chông mông =>)
- 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.

# TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

---

## Mảng xuất huyết dưới da:

hoại tử mm dưới da

Se kém, Sp cao

- 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 kích thích thần kinh tạng
- Trong cơn đau bệnh nhân 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)

=> tiếp cận luôn làm  
SÂ trước

Lipase niệu ko còn dùng

# CHẨN ĐOÁN

## Các lưu ý

---

### •Đau bụng kiểu tụy:

- Khởi phát đột ngột, thượng vị hoặc quanh rốn
- lan sau lưng
  - có 1 số TH đã có tiền căn VTC thì triệu chứng cơn đau ko giống điển hình như vậy nhưng hồi lại có giống với cơn đau lần trước không, nếu có là gợi ý rất cao.
- 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:

- 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

nhưng thường dưới 3 lần

- 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 loét DD TT xâm lấn ra tụy

# CHẨN ĐOÁN

## Các lưu ý

---

- Hình ảnh học:

- Siêu âm bụng : có thể cho hình ảnh điển hình của viêm tụy cấp.
- 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

- VTC mất dịch qua khoang thứ 3-> STC -> ko nên dùng cản quang
  - khi có nghi ngờ những bệnh tiêu hóa khác ( vì thường có TC của VPM)  
: ko cần cản quang cũng đủ CD
  - > CT ko cản quang nên làm

# 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

cđ đúng chưa đủ, quan trọng là tiên lượng

alasta : tiêu chuẩn nặng ( là đã nặng rồi)

TC khác còn lại : là dự đoán nặng ( là chưa nặng, có những điểm đó sẽ là nặng )

ko hỏi Rason vì lâu đời quá, và ko có khá hơn SIRS

### ➤ 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  $> 12,000$  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 hiệu 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

---

- ❖ 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



# TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

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

---

❖ 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

### ➤ **VTC nặng**

- ✓ Suy tạng kéo dài (>48h)

nếu đánh giá đc tiêu chuẩn này thì phải theo dõi 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, 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).

# TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(Đánh giá suy tạng \_ đơn giản hóa)

- HỌC

- $\text{PaO}_2 \leq 60 \text{ mmHg}$
- Creatinin  $\geq 1.9 \text{ mg/dL}$
- HA tâm thu  $< 90 \text{ mmHg}$  và không đáp ứng truyền dịch

# TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

## (Đánh giá biến chứng)

---

### ➤ Biến chứng tại chỗ

- Tụ dịch quanh tụy cấp
- Hoại tử cấp ± nhiễm trùng
- Hoại tử tạo vách ± nhiễm trùng
- Nang giả tụy

### ➤ Biến chứng toàn thân:

- hởi phát đột 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:  
vd: ARDS, suy thận cấp ... không được xếp là BC toàn thân

# ĐIỀU TRỊ

## (nguyên tắc điều trị)

---

- Giảm đau
- Bù dịch – cân bằng điện giải
- Cho tụt nghỉ ngơi :
  - nhịn ăn uống đường miệng
  - Thuốc giảm tiết tụt: nếu VTC nặng
- Giải quyết biến chứng
- Điều trị nguyên nhân

# ĐIỀU TRỊ

## (nguyên tắc điều trị)

---

là bệnh đa chuyên khoa : nội ngoại ICU dinh dưỡng

### Theo dõi:

- Sinh hiệu, nước tiểu, SpO<sub>2</sub> mỗi 4h/24h đầu,
- Hct thời điểm lúc nhập viện, sau 12h, 24h
- BUN lúc nhập viện, sau 24h, 48h
- Điện giải đồ mỗi ngày (bù điện giải theo ion đồ)
- CRP lúc 48 h sau khởi phát

# ĐIỀU TRỊ

## (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. thuốc này làm ức chế hô hấp
- Sonde mũi – dạ dày: chỉ đặt khi không thường quy
  - ói nhiều      bụng không giải áp được, dạ dày trướng nhiều, dễ hít sặc ở BN lớn tuổi
  - trướng bụng
  - đề kháng thành bụng      giảm TC



# ĐIỀU TRỊ

## (Điều trị cụ thể: Bù dịch)

---

Cơ sở việc bù dịch: BN VTC bị giảm V tuần hoàn do nhiều yếu tố

- Nôn ói, nhịn ăn uống, tăng mất qua hô hấp và mồ hôi
- Tình trạng viêm làm tăng tính thấm thành mạch dẫn đến tăng mất dịch vào khoang thứ 3, làm nặng thêm tình trạng giảm tưới máu tụy thúc đẩy tình trạng hoại tử nhu mô tụy.

**Lưu ý:** Lợi ích của truyền dịch tốt nhất là trong vòng 12 – 24 giờ đầu, chứ ít có hiệu quả sau đó.      tại sao, chưa biết?

Nên đánh giá nhu cầu dịch truyền trong 6h đầu & trong vòng 24 – 48h sau đó.

# ĐIỀU TRỊ

## (Điều trị cụ thể: Bù dịch)

- **Loại dịch:** LR được ưu tiên hơn so với NaCl 0,9% do làm giảm SIRS tốt hơn (trừ VTC do tăng canxi máu).
- **Lượng dịch truyền:**
  1. VTC không nặng, không hoại tử tụy, không tiêu chuẩn tiên lượng nặng: bù theo nhu cầu hàng ngày,  $\geq 2$  lít/ngày
  2. VTC không nặng, có hoại tử tụy hoặc có tiêu chuẩn tiên lượng nặng (theo tiêu chuẩn Hct, CRP hoặc BISAP): bù dịch tích cực với 250 – 500 ml/giờ (cẩn trọng đánh giá tình trạng bệnh lý tim mạch và thận trước khi truyền) trong 12 – 24 giờ đầu; sau đó  $\geq 2$  lít/ngày. khi mất dấu hiệu nặng và tiên lượng nặng
  3. VTC nặng: Khởi đầu: 20 ml/kg trong 60 – 90 phút đầu; sau đó: 250 – 300 ml/giờ trong 48 giờ (tùy tình trạng tim mạch). khi mất DH nặng và tiên lượng nặng thì  $\geq 2$ l/d

# 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:  
chứng tỏ pư viêm tụy giảm
  - 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 kích thích tụy tiết men nhiều

# ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Dinh dưỡng)

---

## Sau 3 ngày:

1. Thêm dịch truyền amino acid, có thể hội chẩn dinh dưỡng. Hạn chế chất béo
2. Đối với VTC nặng, khuyến cáo **nên** nuôi ăn qua đường miệng (đặt sonde mũi - dạ dày hoặc sonde mũi hồng tràng) để ngừa biến chứng nhiễm trùng do VK đi xuyên thành ruột.
3. **Tránh** nuôi ăn tĩnh mạch ngoại trừ không thể nuôi ăn đường ruột, không dung nạp hoặc không đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng.

# ĐIỀU TRỊ

## (Điều trị cụ thể: Thuốc giảm đau & giảm tiết)

- **Giảm đau:** đau TK  
ko dùng morphin tăng tác nghẽn, tăng mức độ nặng hơn VTC
  1. Meperidine 50mg /6-8 giờ TB/TM.
  2. Không dùng nhóm anti-cholinergic vì làm tăng chướng bụng.
- **Giảm tiết dịch tụy:** TH nhẹ dùng hay ko ko tác dụng lắm
  1. Chỉ định: VTC nặng, viêm tụy hoại tử, nang giả tụy, tràn dịch màng phổi hoặc báng bụng dịch tụy.
  2. Thuốc
    - Octreotide: **0,1 mg x 3 /ngày** TDD trong 7-21 ngày
    - Somatostatin: **0,25 mg bolus TM**, sau đó 0,25 mg/giờ TTM liên tục trong 7 – 21 ngày
- **Giảm tiết acid** bằng PPI / AntiH<sub>2</sub> TM: BN có tiền căn viêm loét DD-TT / dự phòng XHTH do stress trong VTC nặng.

# ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Kháng sinh)

## Chỉ định KS điều trị

1. Có bằng chứng nhiễm trùng ngoài tụy
  - viêm đường mật nhiễm trùng      gặp TH sỏi kẹt gây VTC và VDM
  - nhiễm trùng huyết
  - nhiễm trùng tiểu
  - viêm phổi
  - nhiễm trùng đường vào từ catheter
  - ...
2. Nếu 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

## (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
  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

(Điều trị cụ thể: Kháng sinh)

---

## Chỉ định KS phòng ngừa:

➤ Giai đoạn sớm chưa có CT:

- Hct > 44% lúc nhập viện và không giảm sau 24 giờ
- CRP > 150 mg/dl giờ thứ 48
- SIRS tồn tại sau 24 – 48 giờ
- Dấu hiệu suy cơ quan

➤ Có CT:                      Hoại tử  $\geq 30\%$



# ĐIỀU TRỊ

## (Điều trị cụ thể: Kháng sinh)

---

### ➤ ***Quan điểm AGA guidelines 2013:***

- Không khuyến cáo sử dụng thường qui KS ở VTC nặng
- Không khuyến cáo sử dụng KS ở các trường hợp hoại tử vô trùng để phòng ngừa hoại tử nhiễm trùng (tình trạng này thường xảy ra muộn nhưng 27 – 50% cũng có thể xảy ra trong vòng 7 – 14 ngày đầu và làm tăng nguy cơ tử vong)

# ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Điều trị BC 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

## (Điều trị cụ thể: 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>	

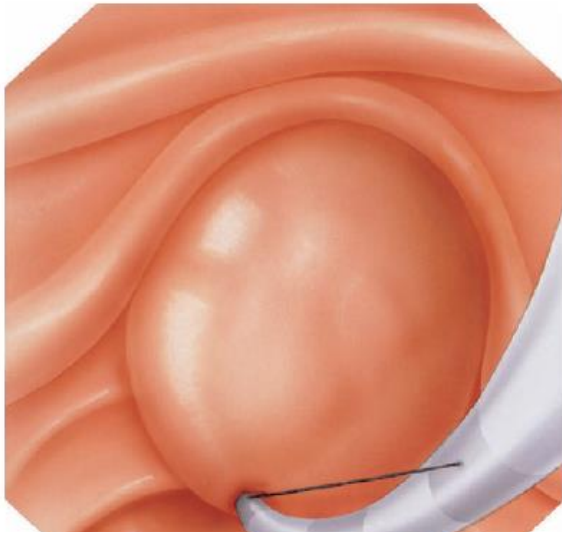
# ĐIỀU TRỊ

## (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 vì dễ vỡ sỏi
3. BN làm ERCP và có nguy cơ cao bị VTC sau đó: nên  
: dụng cụ làm phù nề tăng nguy cơ tắc nghẽn  
được
  - Đặt stent tụy, giải tỏa nếu không
  - NSAIDs đặt hậu môn: Diclofenac 100mg / Indomethacin 100mg
4. Cắt túi mật nội soi trong vòng 7 ngày qua 7d, nguy cơ rách sỏi càng tăng sau hồi phục VTC do sỏi  
vì phần lớn sỏi ở túi mật hoặc sỏi bùn túi mật, giúp giảm nguy cơ VTC tái phát.

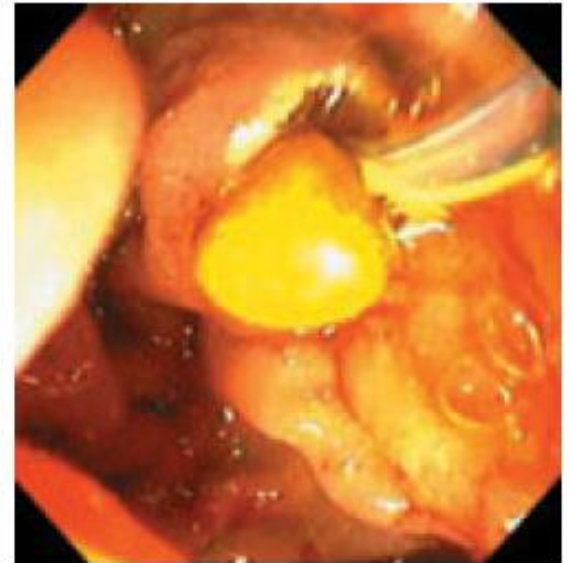
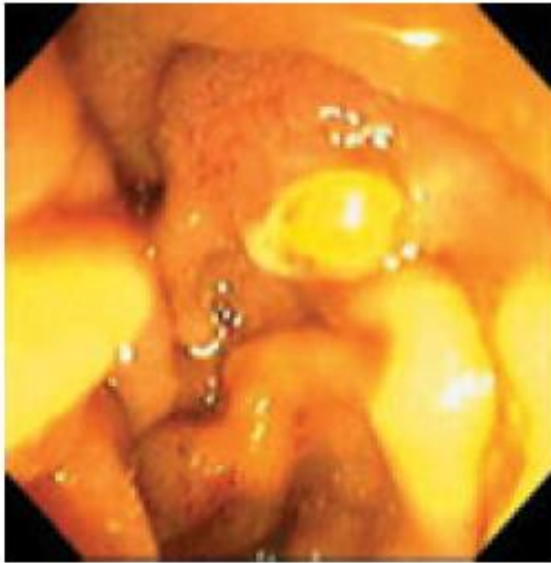




c



d





# ĐIỀU TRỊ

(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

(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 trong chai Glucose 5% truyền 0.1 – 0.3 đơn vị/kg/giờ
  - Duy trì đường huyết 150 – 200 mg/dl
  - Theo dõi iĐH mao mạch/4 giờ, TG máu/12 – 24 giờ
  - Ngưng insulin khi TG  $< 500$  mg/dl

# ĐIỀU TRỊ

(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

## (Điều trị cụ thể: Hội chấn ngoại khoa)

---

### ➤ Chỉ định hội chấn ngoại:

1. VTC do sỏi mật có NT đường mật mới liên  
có sỏi thì mới nhưng ko gấp
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

(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.  
dẫn lưu để kháng sinh dễ xâm nhập  
khu trú lại để PT 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.