

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: *cơ chế kép*

1. Các men được bài tiết dưới dạng chưa hoạt động (tiền men)

2. Tụy sản xuất các chất ức chế men

Trong tụy: tiết các chất tiền men, vào tá tràng mới chuyển thành men. Nếu tiền men được hoạt hóa quá sớm thì có chất ức chế men trung hòa là cơ chế bảo vệ thứ 2.

Viêm tụy: men tụy hoạt hóa sớm. Nồng độ được hoạt hóa sớm vượt qua các chất sản xuất men.

ĐẠI CƯƠNG

Vì tỉ lệ tử vong cực khác nhau. nên điểm rất quan trọng ở VTC: chẩn đoán MỨC ĐỘ NẶNG là cần cực kỳ chính xác. Điểm hơi bối rối các năm trước: LS và CLS đánh giá MỨC ĐỘ nặng và TIỀN LƯỢNG nặng.

Mức độ: Atlanta, đại khái là lúc hiện tại.


Còn tiên lượng là diễn tiến sắp đến aka Tương lai

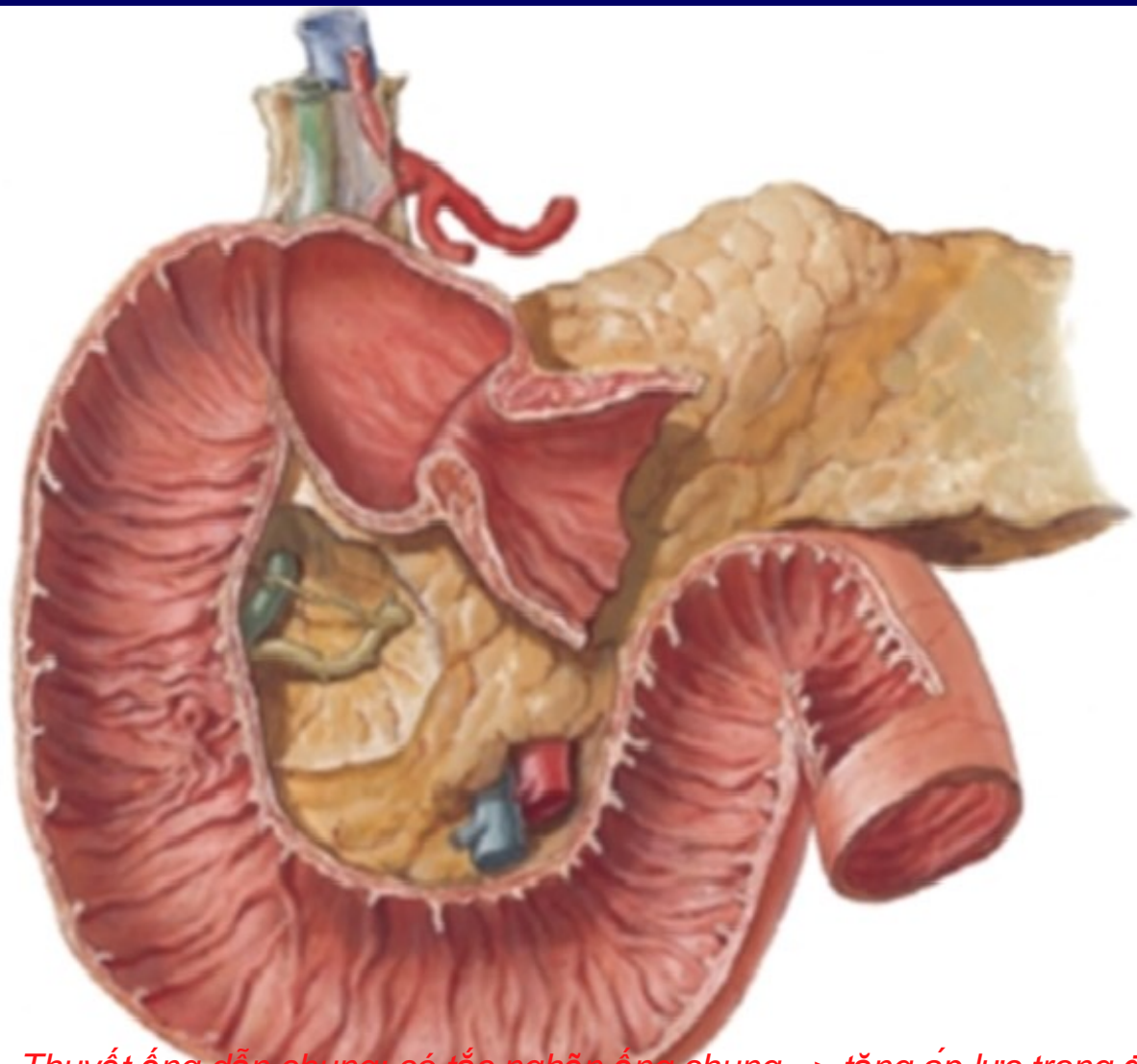
- Tình trạng cấp cứu thường gặp
- 10 – 15% diễn tiến nặng có thể dẫn đến tỉ lệ tử vong
- Tỉ lệ tử vong (VTC nhẹ: < 1%, nặng: 40 – 60%)
- Bên cạnh chẩn đoán đúng, TIỀN ĐOÁN CHÍNH XÁC

diễn tiến nặng đóng vai trò mấu chốt để điều trị thành công

Tỉ lệ tử vong khác nhau đối với VTC nhẹ hay nặng, hai con số tỉ lệ tử vong này khá xa nhau. do đó ngoài chẩn đoán đúng thì phải tiên đoán chính xác

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. 



Thuyết ống dẫn chung: có tắc nghẽn ống chung \Rightarrow tăng áp lực trong đường mật \Rightarrow dịch mật dội vào dịch tụy, có phospholipase A2 \Rightarrow kích hoạt dịch tụy.

Tắc nghẽn thì có thể do do giun đũa chui ngược hoặc do sỏi (đường mật). Sỏi tụy thường hiếm nguyên phát \Rightarrow hiếm gây viêm tụy. Sỏi tụy thường là do đã viêm tụy tái đi tái lại. Thành ra nói sỏi là sỏi mật.

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 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

Thầy tóm tắt: thiếu máu cục bộ trong bệnh tự miễn => chết tế bào => phóng men trong tb: cytokinase => hoạt hóa viêm tụy.

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.

Thuyết chấn thương: TNGT, phẫu thuật cũng gây chết tb => cytokinase

SINH LÝ BỆNH: phân loại

- 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

Trên lâm sàng: không thể nói được hai thể này 

Phân loại: Trên GPB

Phù nề mô kẽ: viêm cấp tính nhu mô tụy và mô quanh tụy KHÔNG KÈM hoại tử

Viêm tụy hoại tử: viêm cấp từ KÈM với hoại tử nhu mô tụy và/hoặc mô quanh tụy. Tuy nhiên hoại tử không hẳn là nặng, còn tùy vào mức độ

NGUYÊN NHÂN: *thường gặp*



1. Sỏi mật

2. Rượu *Bia, tính theo nồng độ cồn*

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

*Điểm cần nhấn mạnh: không phải tăng TG nào cũng gây VTC. Điển hình là $> 1000 \text{ mg/dL}$.
Còn tối thiểu là $> 500 \text{ mg/dL}$. NHỚ MỐC NÀY
Do đó nếu LS kq XN không đủ mức này thì: 1) Có thể bệnh RL Lipid kèm theo. 2) BN vô tri.
nhịn ăn đã lâu. làm giảm TG. Vd như từ tuyến dưới 2-3 ngày xong mới chuyển lên.*

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

*95% nên có thể không có đau bụng. Tuy nhiên có thể không có ở BN hôn mê, RLTG.
Mấy cái tính chất này quan trọng nên nhớ hời hết.*

Ngoài ra phải hỏi tiền căn cơn đau tương tự, hoặc khám lần trước có chẩn đoán VTC có gây ra viện. Do có 1/4 - 1/5 có đau bụng tương tự trước đó.

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.

Viêm tụy cấp có thể không đau bụng, hoặc không đau tại thượng vị

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

hiếm gặp, bệnh cảnh nặng

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

không nhạy nhưng rất chuyên biệt cho VTC hoại tử rất nặng á



Mảng xuất huyết dưới da: không thường gặp nhưng rất đặc hiệu => NHỚ ĐỀ CẬP TRÊN BỆNH ÁN CÓ HAY KHÔNG. Do hoạt hóa men tụy phá hoại mạch máu dưới da.

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.

Nôn trong bệnh lý ống tiêu hoá: liên quan nôn xong sẽ giảm áp lực phía trên => giảm đau.

Còn trong viêm tụy: chủ yếu là kích thích thần kinh đám rối mặt trời => nôn do phản xạ, nôn cực nhiều => nhưng nôn xong không giảm đau.

CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Khi có ≥ 2 trong 3 tiêu chuẩn:

- Đau bụng cấp kiểu tụy
- Amylase máu và/hoặc Lipase máu ≥ 3 lần
- Xét nghiệm hình ảnh học phù hợp VTC.

(Siêu âm bụng, CT bụng, MRI bụng)

1 trong 3 thì không loại trừ nhưng không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán

Nhấn mạnh: trong khai thác cơn đau kiểu tụy, trong tiền sử, nếu BN có tiền căn đau tương tự mà đã được chẩn đoán trước đó VTC. Do đau có thể không giống đau kiểu tụy (đau điển hình chỉ 2/3). Nên nếu lần này đau k điển hình => vẫn nghĩ đến VTC.

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 ≥ 24 giờ,
- giảm đau khi ngồi cúi ra trước / nằm cong người nghiêng (T)
- kèm nôn nhưng không giảm đau

Câu hỏi: Tiền sử có cơn đau tương tự--> nhận diện nguyên nhân, có một số bệnh cũ tái phát(sỏi mật, tắc ruột,...). BN đã được chẩn đoán VTC rồi, thì ngay cả khi chưa có đầy đủ triệu chứng điển hình của VTC thì vẫn phải nghĩ nhiều đến VTC

Khi biện luận men nào cũng vậy: chú ý ĐỘNG HỌC, amylase máu, tăng sau 1h, về bth sau 3-5 ngày. Lipase: tăng đồng thời nhưng tăng dài hơn amy => áp dụng cho BN đến trễ. Và Lipase thì chuyên biệt cho tụy hơn.

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

- macroamylasemia
- suy thận,
- bệnh lý tuyến nước bọt
- bệnh lý bụng cấp khác.

Có thể tăng amylase mà không phải VTC do từ nguồn không phải tụy. Vd bệnh cấp nội hay ngoại nào cũng có thể, nhưng ÍT KHI tăng gấp 3 lần.

VTC mà men tụy có thể không tăng trong VTC do rượu, VTC do tăng TG. Còn sỏi thì tăng cao 1000-2000. Ngoài ra K tụy, trên nền viêm tụy mạn tính. Do phần nhu mô còn lại cũng không còn bao nhiêu => viêm cấp lên thì k tiết ra mấy cái men.

❖ 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

CT cản quang, MRI. trong chẩn đoán ít được đề cập đến. Làm khi chẩn đoán không rõ ràng, hoặc nghi ngờ liên quan ngoại khoa.

CT, MRI: LS không cải thiện sau 48-72h để đánh giá BIẾN CHỨNG tại chỗ gì không, 2 cái này thường làm sau SÂ.

Trong viêm tụy có tăng tính thấm thành mạch => giảm thể tích nội mạch => CT cản quang có thể gây bệnh thận do thuốc cản quang. Nếu thì đề nghị CLS: SÂ là làm ĐẦU TIÊN.

CHẨN ĐOÁN

Các lưu ý

Chỉ định CT có cản quang khi nào: đánh giá biến chứng tại chỗ: tụ dịch (còn sớm), hoại tử tụy (sau 48-72h)
Nếu lúc vào 2/3 tiêu chuẩn còn lại không rõ ràng, vd như bụng chướng, đau nhiều, cần phân biệt VTC và VPM, tắc ruột thì cần CT không cản quang là đủ để phân biệt các bệnh cảnh còn lại rồi

❖ Hình ảnh học:

SÂ: Rẻ tiền, dễ làm, mọi nơi sẵn có

- Siêu âm bụng : là xét nghiệm CDHA 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
đánh giá biến chứng sau 48-72h đặc biệt khi LS kg cải thiện

trường hợp 3 cần CT: Chẩn đoán VT rõ nhưng về chẩn đoán nguyên nhân không rõ

VD: VT cấp nghi do sỏi nhưng siêu âm ko thấy sỏi--> CT

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

SIRS đơn giản nhưng giá trị vẫn có giá trị tốt nhất vì dễ xài dễ áp dụng, có thể xài ở mọi nơi, chỉ có mỗi BC lúc BN vào là CLS. CÁI NÀY CÁC EM PHẢI NHỚ NHA.

➤ 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 $< 4,000/\text{mm}^3$

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

Nhược điểm Atlanta: cần mất 48h để đánh giá

SIRS lúc nhập viện và SIRS sau 48h

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

Tiên lượng mức độ nặng của VTC: để dự hậu. Để có 1 chính sách chăm sóc thích hợp. Ở BN là vấn đề tâm lý (hay gì đấy, nhờ các bạn nghe lại :))) => có khi rủi ro không đủ phương tiện để xử trí kịp thời cho BN nặng. Nhưng giờ nếu cứ chuyển tuyến trên kể cả nhẹ => không xử lý nhanh được. Do đó cần phải biết BN nào cần ưu tiên. Thường đánh giá theo Atlanta nhưng thường không có liên. Phân biệt hai cái

- 1) *Tiên lượng mức độ diễn tiến nặng.*
- 2) *Chẩn đoán mức độ nặng ở lúc gặp.*

TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

Các dấu hiện gợi ý tiến triển nặng

➤ Thang điểm BISAP: **nặng khi có ≥ 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**)
- CRP > 150 mg/l được dùng sau khởi phát 48h. nếu làm sớm k có giá trị.*

❖ **Suy cơ quan:**

Chỉ cần 1 trong 3 cái này là gợi ý tiến triển nặng r.

- Tim mạch: HA max < 90 mmHg
- Hô hấp: PaO₂ < 60 mmHg
- Thận: Creatinin ≥ 1,9 mg /dL

Càng theo dõi sát tất cả, không bỏ sót thì tốt hơn. Càng nhiều dấu hiệu thì càng nguy hiểm

TIỀN 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 / toàn thân

➤ 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)

Do cần 48h để đánh giá mức độ => nếu không xử trí thì mất THỜI GIAN VÀNG => né được trường hợp ngửa từ nhẹ thành nặng.

TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(Đánh giá suy tạng)

Bảng này thầy bảo không hỏi đâu, khó nhớ lắm bỏ đi. Học làm chi.

<u>Cơ quan</u>	<u>Điểm</u>				
	0	1	2	3	4
HỖ HẤP (PaO ₂ /FiO ₂)	> 400	301 – 400	201 – 300	101 – 200	< 101
THẬN					
<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
TIM MẠCH (HATT) (mmHg, <u>không vận mạch</u>)	> 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)



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

Vã mồ hôi, không ăn uống, nôn ói, tăng tính thấm thành mạch, thờ,...

Nhớ đơn giản này thay vì trong sách.

Lưu ý:

- 1) Chỉ cần 1 TRONG 3 tạng bị suy thì được gọi suy tạng. Và nếu có 1 tạng bị suy trong $< 48 \text{ h}$ \Rightarrow trung bình. Nếu $> 48 \text{ h}$ thì là nặng.*
- 2) Tuần hoàn: HA tâm thu $< 90 \text{ mmHg}$ và KHÔNG ĐÁP ỨNG TRUYỀN DỊCH. Một số trường hợp đáp ứng truyền dịch như là BN nôn mửa, mất dịch, ăn uống, đau, tăng công thở, vã mồ hôi \Rightarrow thiếu dịch.*

TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(Biến chứng tại chỗ)

Tụ dịch quanh tụy cấp: biểu hiện trên CT đậm độ giống nước, đồng nhất hoặc không, không có bờ rõ ràng.
THƯỜNG TỰ HẾT, KHÔNG CẦN DẪN LƯU NGOÀI TRỪ KHI CÓ NHIỄM TRÙNG HOẶC DỊCH THÀNH LẬP QUÁ NHANH

VIÊM TỤY HOẠI TỬ NHIỄM TRÙNG: thường từ ngày 10-14

- Tụ dịch quanh tụy cấp
- Hoại tử cấp \pm nhiễm trùng

hoại tử: mất 48h mới có thể thấy

muốn thấy hoại tử về nguyên tắc thì nên chụp cản quang

- Hoại tử tạo vách \pm nhiễm trùng

- Nang giả tụy
thành rõ ràng, xuất hiện sau 4 tuần, 30-50% nang giả tụy tồn tại trên 6 tuần có biến chứng. Do đó cần dẫn lưu tất cả các nang giả tụy tồn tại trên 6 tuần

Biến chứng tại chỗ: thường là 4:

Tụy nhiên có thể chia thành 2 nhóm do chúng không xuất hiện đồng thời.

1) Tụ dịch quanh tụy cấp

Hoại tử cấp \pm nhiễm trùng

Nhóm 2 cái này thường là ≤ 4 tuần đầu. Diễn tiến thuận lợi thì sẽ mất đi. Không thuận lợi thì tụ dịch có thể tạo vách giả \Rightarrow nang giả tụy. Bên cạnh đó. Hoại tử tạo vách \Rightarrow tạo vách/vách hóa. Nghĩa là dẫn tới 2 cái dưới.

2) Nang giả tụy

Hoại tử tạo vách \pm nhiễm trùng

Nhóm 2 cái này là > 4 tuần và thường do nếu điều trị không ổn 2 cái trên.

TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(Biến chứng toàn thân)

- Là đợt 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:
ARDS, suy thận cấp ... không được xếp vào nhóm biến chứng toàn thân)

BC toàn thân: bùng lên bệnh nội khoa sẵn có.

Các BC do suy tạng trong VTC: ARDS, Suy thận cấp... Không được xếp vào nhóm biến chứng toàn thân

ĐIỀU TRỊ

(Nguyên tắc điều trị)

- Bù dịch sớm – cân bằng điện giải
- Giảm đau
- Cho tụy 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

Nhớ chẩn đoán chính xác trước khi tới đây =)).

Điều trị: khác biệt trong 2 năm gần đây: Thống nhất là theo trình tự quan trọng SỐ 1 hàng đầu là BÙ DỊCH SỚM. 2 là cho tụy nghỉ ngơi: cho nghỉ ăn. Tuy nhiên dinh dưỡng đường miệng sớm ASAP (sớm ngay khi có thể - As soon as possible)

ĐIỀU TRỊ

(nguyên tắc điều trị)

Theo dõi:

- Theo dõi sát trong 24 – 48 giờ đầu sau nhập viện
- Sinh hiệu, nước tiểu, SpO₂ **mỗi 4h/24h đầu**
- Thở Oxy nếu SpO₂ < 95%
- Làm khí máu động mạch nếu SpO₂ < 90%
- Lượng nước tiểu mỗi giờ (đặc biệt nếu VTC nặng):

duy trì 0,5 – 1ml/kg/giờ

Và trong VTC, thường BN có đặt sonde mũi dạ dày, nếu BN có nôn ói nhiều, khám thấy bụng chướng

- BN có suy tạng: cần theo dõi liên tục để phát hiện sớm biến chứng.

Theo dõi: có 2 điểm phải lưu ý:

1) Trong vòng 24-48h đầu NV, diễn tiến RẤT KHÓ ĐOÁN, không biết được tiến triển, cho nên THEO DÕI SÁT là quan trọng, sinh hiệu, nước tiểu, SpO₂ mỗi 4h trong 24h đầu.

Nếu có dấu hiệu suy tạng => thẳng vào ICU. Sinh hiệu đo liên tục bằng monitor. Đánh giá nước tiểu mỗi 1h => lượng nước nhập xuất


ĐIỀU TRỊ

(nguyên tắc điều trị)

Theo dõi:

- Hct thời điểm lúc nhập viện, 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 🗨
- 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 tụt thứ phát)

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

- Hội chẩn ICU khi có suy tạng *suy tuần hoàn*
- Thở oxy: trong 24 – 48 giờ đầu, duy trì SpO₂ ≥ 95%, nhất là khi còn dùng dẫn xuất morphine để giảm đau.
- Sonde mũi – dạ dày: chỉ đặt khi
 - Nôn nhiều 
 - Trướng bụng
 - Đầy kháng thành bụng*Sonde không phải thường quy vì nó khó chịu*

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

Cơ sở

BN VTC bị giảm thể tích tuần hoàn do

- 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

Tốt nhất là bù dịch trong vòng trong 12-24 giờ đầu từ khi KHỞI PHÁT triệu chứng, tối đa 48h => giảm cái biến chứng giảm thể tích nội mạch.

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

*Không truyền dịch quá mức sau 48h vì không giúp gì thêm, tổn thương đã rồi, mà còn tăng nguy cơ: tăng tình trạng ứ dịch, suy đến chức năng đa cơ quan chèn ép ổ bụng.
Ờ thì slide này là 1 cái quan trọng các em cần nhớ.
Do đó nhấn xử trí ban đầu cực kỳ quan trọng.
Vì có thể diễn tiến nặng.*

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

Loại dịch truyền

➤ Loại dịch truyền:

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

Loại dịch truyền:

1) LR và/hoặc NaCl 0.9% khuyến cáo hơn Glucose 5

2) VTC do tăng Canxi máu (do cường tuyến cận giáp) không dùng LR.

Cái này thì cực hiếm, thầy tư Y6 tới giờ thầy gặp 1 ca

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: *BÙ DỊCH*

Lượng và tốc độ dịch truyền

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

Tránh nguy cơ quá tải, cần phải lập kế hoạch theo dõi

- Điều chỉnh tốc độ truyền dịch dựa trên
 - Đáp ứng lâm sàng (M, HA, nước tiểu)
 - 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

Truyền tới đâu thì dừng lại: truyền để tránh thiếu tưới máu cơ quan. Trong này có cái cơ quan quan trọng là chính cái tụy.

Đánh giá theo cái slide

- *Đánh giá truyền đủ dịch khi*

- Nhịp tim < 120 l/ph

- HA **trung bình** 65 – 85 mmHg

- Nước tiểu > 0,5 – 1ml/kg/giờ

- Hct 35 – 44%

- BUN cải thiện (nếu ban đầu tăng)

Theo dõi như phía trên.

BN có suy tạng thực sự => theo dõi sinh hiệu = monitor, nước tiểu mỗi 1h => để chỉnh tốc độ truyền cho nhanh. Vì giờ vàng chỉ có 12-24h đầu tiên

2 cái CLS cuối này thì 12-24h làm lại 1 lần

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: DINH DƯỠNG

Cổ điển: nhịn, thì thôi khi nhớ đi

Hiện tại: SỚM, đường Tiêu hóa ngay khi có thể. Do khi hệ TH không hoạt động trong thời gian dài => dễ NT hơn như NT huyết, sốc NT etc, do chức năng bảo vệ dở đi => vi trùng đi ngược vào.

➤ Quan niệm cổ điển: Nhịn!

- 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
- Hết buồn nôn, nôn
- Cảm giác đói
- Giảm đau bụng rõ

Bắt đầu sớm trong 24h khi:

Không liệt ruột (xì hơi được k), hết buồn nôn, nôn, có cảm giác đói, giảm đau bụng rõ

không còn thấy phản ứng thành bụng

Cho ăn sớm vậy có gây hại tử BC VTC dài hơn hay k ? Các nghiên cứu gần đây cho thấy không làm tăng nguy cơ đó.

➤ Trình tự:

- Nước— nước đường — cháo — cơm thường
- Hạn chế béo, sữa nguyên kem



ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ: DINH DƯỠNG

thường thì sau 3 ngày là ổn



Sau 3 ngày:

Nuôi qua đường tiêu hóa: sonde mũi hổng tràng vì sợ vào thẳng dạ dày kích thích tụy, nhưng trước đây thôi, h hết rồi.

Giờ là Sonde dạ dày và sonde mũi hổng tràng là như nhau. Vấn đề là sớm thôi. Thực tế là sonde mũi dạ dày thì phổ biến hơn nhiều => ở VN thì xài dễ.

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 hổng tràng) để ngừa biến chứng **nhiễm trùng** do **VK đi xuyên thành ruột**.
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.
4. Đánh giá lại và quay lại dinh dưỡng đường tiêu hóa khi BN cải thiện.

Ý 4: Làm cái này vì không dinh dưỡng tiêu hóa thông thường. Còn nếu khi BN dung nạp được bằng tiêu hóa thông thường thì thôi.

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

(Thuốc giảm đau & giảm tiết)

➤ Giảm đau:

1. Meperidine 50mg /6-8 giờ TB/TM.
2. Không dùng nhóm anti-cholinergic vì làm tăng chương bụng.

➤ Giảm tiết dịch tụy:

- Không được đề cập trong các khuyến cáo hiện hành
cho cũng không thấy hiệu quả gì hơn

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

(Kháng sinh)

Chỉ định KS **điều trị**

1. Có bằng chứng nhiễm trùng ngoài tụy
 - viêm đường mật nhiễm trùng
 - nhiễm trùng huyết
 - nhiễm trùng tiểu
 - viêm phổi
 - nhiễm trùng đường vào từ catheter
 - ...
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 kháng sinh: có NT tại chỗ của VTC, hoặc NT chỗ khác ngoài tụy. Thường gặp nhất là NT ngược dòng dịch tụy. Hoặc có thể NTB do nằm lâu, ICU.

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).

Gram -, kỵ khí, thấm vào mô tụy

theo dõi đánh giá đáp ứng sau 48h

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

(Kháng sinh)

Chẩn đoán NT: bằng chứng tốt nhất là ổ nhiễm trùng. Nhưng tụy hoặc ngoài tụy thì khó kiểm. Thường thì thấy tình trạng BN xấu đi. Xác lập chẩn đoán qua nuôi cấy, KS đồ khi chọc hút dưới CT (nhưng mà khó vcl nên bỏ đi). Do đó hiện tại vẫn dùng KS theo kinh nghiệm: 1) nhạy trên phổ thường gặp có thể có kỵ khí, và 2) thấm vào mô tụy tốt. Và kinh nghiệm thì k phải lúc nào cũng đúng nên phải theo dõi sát. KS không ổn (do chính KS không phù hợp hoặc tại chỗ nặng làm mủ, KS bó tay r). Không xong, BN xấu thì có thể dẫn lưu. KS phòng ngừa: không còn được khuyến cáo. Nghĩa là chỉ dùng KS khi có NT.

KS phòng ngừa: không còn được khuyến cáo!


*phác đồ tại Chợ Rẫy, Gia Định thì vẫn dùng
Nếu khoảng 2-3 năm nữa lấy được bệnh phẩm thì cái này sẽ ít đi*



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
Ciprofloxacin: 0.4g/12 giờ	giờ hoặc 1g/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">• Liều nạp 15mg/kg trong 1 giờ• Duy trì: 7.5mg/kg/6 giờ• Tối đa: 1g/liều, 4g/ngày	

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

(Điều trị nguyên nhân)

VTC do sỏi: Sỏi mật trên rút xuống: gây tắc tạm thời => viêm tụy tạm thời => nó tự rút => cho nó tự hết. Còn nếu kẹt luôn => lấy ra, tránh các vấn đề tụy và NT ngược dòng. Nếu còn thấy được sỏi trong đường mật: Cách tốt nhất là đi từ dưới đi lên

ERCP 72h

ERCP sớm trong vòng 24h nếu kèm viêm đường mật. Vì 2 NT dễ gây sốc nhất là NT đường mật và NT tiểu trên => lo làm sớm.

Sỏi trên túi mật thường không lớn hơn. Vì nếu lớn thì kẹt ở cổ túi mật, đường mật r.

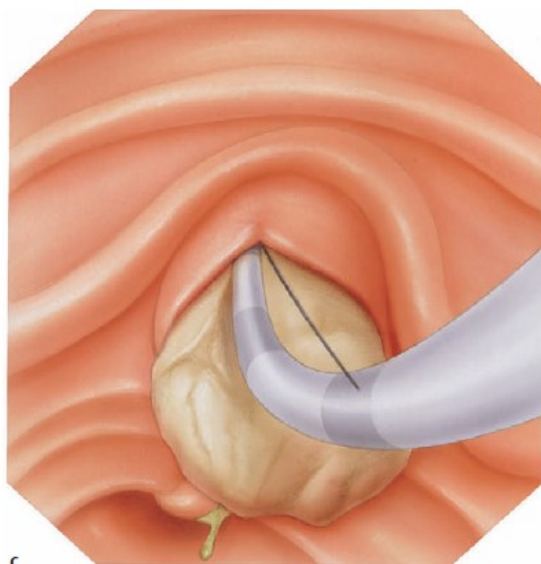
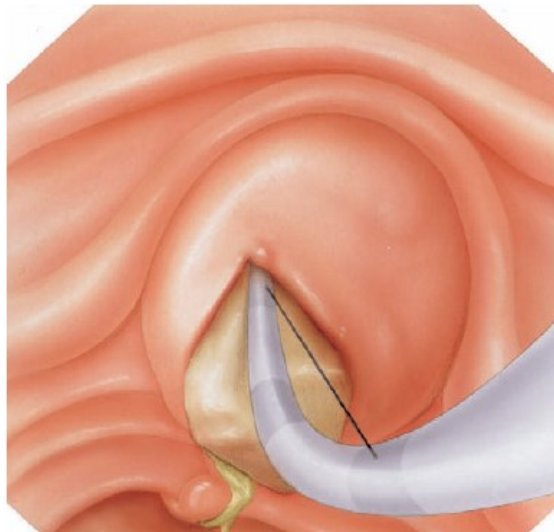
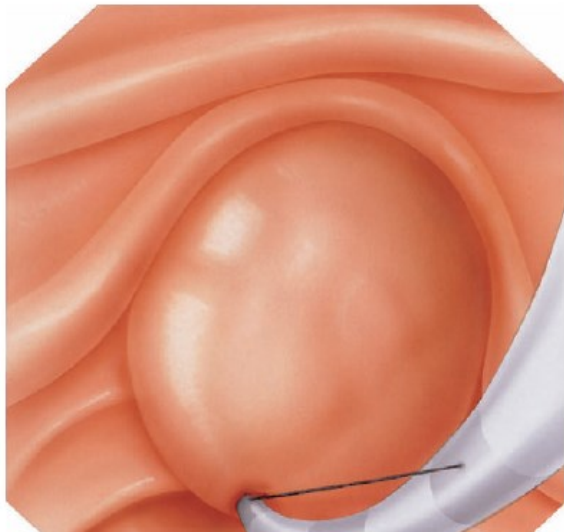
Cắt túi mật trong vòng 7 ngày sau khi hồi phục VTC do sỏi hoặc sỏi bùn túi mật, giảm nguy cơ tái phát

➤ VTC do sỏi

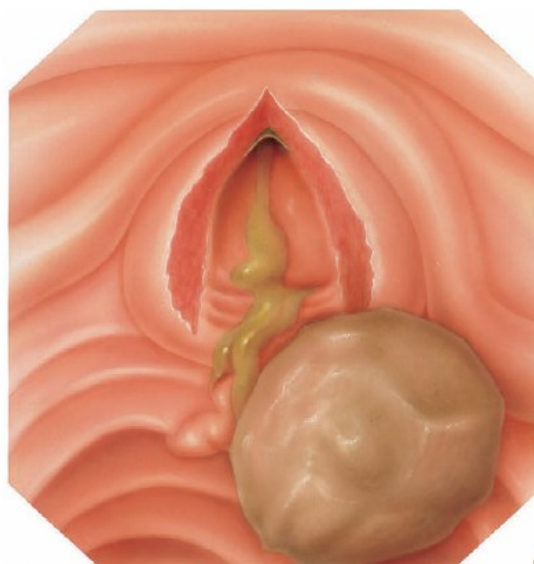
1. ERCP lấy sỏi trong vòng 72 giờ nếu thấy sỏi / OMC
2. ERCP sớm hơn (trong 24h) nếu kèm viêm đường mật
3. Cắt túi mật trong vòng 7 ngày sau hồi phục VTC do sỏi hoặc sỏi bùn túi mật, giúp giảm nguy cơ VTC tái phát.



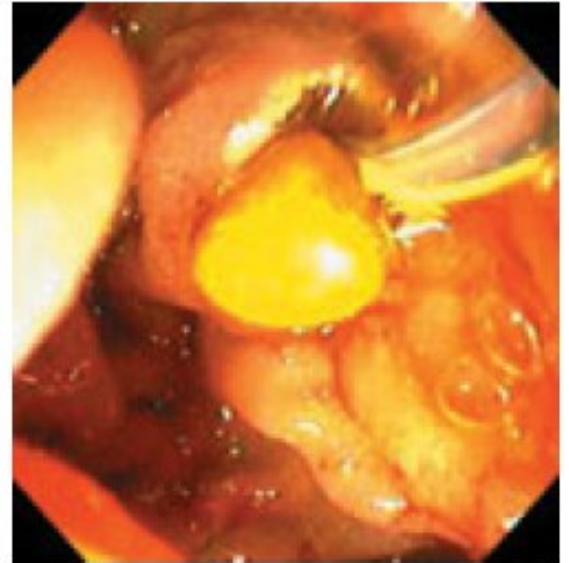
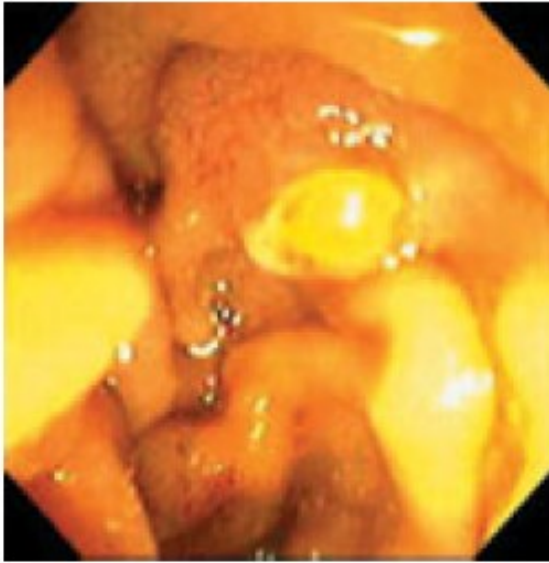
Đoạn này thầy chỉ cắt ra thấy sỏi ntn giải thích từng hình minh họa.



c



d



ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

(Điều trị nguyên nhân)

VTC do rượu thì tư vấn uống rượu: giảm rượu đi

➤ VTC do tăng TG

Tăng điện hình > 1000 mg/dL. Tối thiểu > 500 mg/dL => giờ là kéo xuống

1. Lọc huyết tương: *cách tốt nhất nhưng tốn tiền*

➤ 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.

1) Lọc huyết tương: best, Ưu tiên khi không có CCD, nhược điểm là mắc tiền và nằm ở BV lớn. Như NDGD cũng chỉ có 2 máy.

2) Insulin: nếu k có máy lọc huyết tương. Hoặc có mà quá tải r. Và đây cũng là pp cấp cứu.

Mục tiêu của 2 thằng này đều là để kéo TG thấp hơn mức gây viêm tụy là < 500 mg/dL


➤ Mục tiêu: **TG < 500 mg/dl. Ngưng khi đạt mục tiêu.**

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 G5% truyền 0,1 – 0,3 ĐV/kg/giờ
 - Duy trì đường huyết 150 – 200 mg/dl
 - Theo dõi ĐH ao 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

*RL Lipid có nhiều bệnh lý kèm theo: nhớ đánh giá kỹ vấn đề TIM mạch.
Và thường có vấn đề gia đình => hỏi thăm về tiền sử, bệnh lý tim mạch trẻ người thân, đánh giá cho BN và người nhà. Tự vấn, mời đánh giá cho BN và người nhà. Chuyện đó là của BS đó.
Phòng hơn là chữa. Chữa cho BN chứ k phải chỉ chữa bệnh.*

ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

(Hội chẩn ngoại khoa)

➤ Chỉ định hội chẩn ngoại:

1. VTC do sỏi mật
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

Hội chẩn ngoại khoa: Khi có liên quan ngoại khoa:

VTC do sỏi mật: ERCP, cắt túi mật.

Nang giả tụy: CĐ liên quan đến dẫn lưu, đặt biệt có dấu hiệu NT,

Hoại tử tụy đặt biệt là hoại tử NT không đáp ứng điều trị nội khoa => dẫn lưu

Nhắc nhấn mạnh lại cuối bài:

Chẩn đoán mức độ nặng, dự đoán mức độ nặng

Chiến lược điều trị: truyền dịch là khẩn trương, 12-24h đầu khởi phát

Dinh dưỡng sớm đường tiêu hóa

kháng sinh điều trị thôi, bỏ KS phòng ngừa

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.

Thời điểm & phương pháp can thiệp ngoại: vì can thiệp sớm thấy 1 đồng bầy nhầy trong đó => vào không thấy gì để làm cả. Cho nên muốn để tình hình xuống bớt, ở đây là có vách hóa vùng hoại tử. Nhờ thế mà thấy phân tách mô lành và mô bệnh rõ ràng hơn => can thiệp dễ hơn

2. Đối với hoại tử nhiễm trùng và có triệu chứng: chỉ nên làm phương pháp **pháp xâm lấn tối thiểu** để lấy khối hoại tử, không nên mổ mở.

Và dù gì đi nữa cũng không mong chờ quá mức, và chọn phương pháp XÂM LẤN TỐI THIỂU.

Kiểu như chỉ nên rửa dẫn lưu, không nên cắt lọc