

CBL VIÊM TỤY CẤP

- Bệnh án
- Bệnh nhân nam, 40 tuổi
- Lý do nhập viện: đau thượng vị.
- Bệnh sử:
 - Cách nhập viện 3 ngày BN đi ăn tiệc có uống rượu # 500 ml
 - Cách nhập viện 2 ngày, BN đột ngột đau liên tục, dữ dội vùng thượng vị, đau lan ra hạ sườn trái và sau lưng, đau giảm nhẹ khi cúi người ra trước. BN nôn 2 lần ra thức ăn, sau nôn không giảm đau. BN tự mua thuốc giảm đau uống không rõ loại nhưng đau bụng ngày càng tăng dần à nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy.
 - Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không đau ngực, không khó thở, chưa đi tiêu, trung tiện được, tiểu vàng trong # 500ml/ngày.
- Bệnh án

Tiền căn

- Chưa ghi nhận đau bụng tương tự trước đây
- Uống rượu 10 năm, 0.5 lít/ ngày, ít nhất 4 ngày/tuần
- Bệnh án

Khám lâm sàng lúc nhập viện:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- M: 125 lần/ phút. HA: 100/60 mmHg. Nhịp thở: 30 lần/ phút. SpO2: 93% (khí trời). Nhiệt độ: 37C
- Thể trạng trung bình Cân nặng: 50 kg, chiều cao: 160 cm.
- Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng
- Tim đều 125 lần/phút
- Phổi: không ran
- Khám bụng: bụng chướng, di động đều theo nhịp thở, nhu động ruột 3 lần/phút, ấn đau, đề kháng vùng thượng vị. Mayo Robson (+)

Câu hỏi 1 (5 phút)

- Đặt vấn đề cho bệnh nhân?
- Đau thượng vị cấp + nôn
- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
- Tiền căn: uống rượu

⇒ Ở đây không rõ liệt ruột nên không đặt liệt ruột ra ở đây, trong VTC thì bệnh nhân cũng có liệt ruột

Câu hỏi 2 (5 phút)

- Tiếp cận bệnh nhân đau bụng cấp như thế nào?
- Đáp án cho câu hỏi 2

Đáp án cho câu hỏi 2

Điều quan trọng khi tiếp cận BN đau bụng cấp là loại trừ các bệnh ngoại khoa cần phải mổ cấp cứu.

Chẩn đoán phân biệt các TH đau thượng vị cấp:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Bệnh của ống tiêu hóa: <ul style="list-style-type: none"> – Thủng tạng rỗng – Tắc ruột – Viêm ruột thừa giai đoạn sớm • Bệnh lý tim mạch, chuyển hóa: <ul style="list-style-type: none"> – Nhồi máu cơ tim thành dưới – Thiếu máu, nhồi máu mạc treo – Phình bóc tách động mạch chủ bụng – Đái tháo đường nhiễm ceton | <ul style="list-style-type: none"> • Bệnh gan mật tụy: <ul style="list-style-type: none"> – Cơn đau quặn mật – Nhiễm trùng đường mật – Viêm túi mật cấp – Viêm tụy cấp |
|---|--|

Thường hay bỏ sót bệnh lý tim mạch và chuyển hóa. Viêm tụy cấp có thể đẩy bệnh nhân có ĐTĐ vào tăng đường huyết không kiểm soát, nhiễm ceton máu.

Câu hỏi 3 (5 phút)

- Nêu chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt?
- Đáp án cho câu hỏi 3
- Chẩn đoán sơ bộ: Viêm tụy cấp ngày 2 mức độ nhẹ (Atlanta 2013) có yếu tố tiên lượng nặng - do rượu
- Chẩn đoán phân biệt: Viêm tụy cấp ngày 2 mức độ nhẹ (Atlanta 2013) có yếu tố tiên lượng nặng - do tăng Triglyceride máu

⇒ Có loại trừ nguyên nhân do sỏi hay không? Tiền căn có sỏi mật? Cơn đau quặn mật trước đó, đặc biệt sau những bữa ăn nhiều dầu mỡ, và có những đợt vàng da?

⇒ Vì viêm tụy cấp diễn tiến rất nhanh, nên cần phải xác định được yếu tố tiên lượng nặng

Câu hỏi 4 (5 phút)

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp?
- Nêu tiêu chuẩn đánh giá độ nặng viêm tụy cấp theo phân loại Atlanta hiệu chỉnh năm 2013?
- **Tiêu chuẩn chẩn đoán:** khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau
- Đau bụng cấp kiểu tụy: đau khởi phát đột ngột ở thượng vị hoặc quanh rốn, đau lan ra sau lưng, đau liên tục, cường độ đau tăng dần đến tối đa sau 30 phút, kéo dài ≥ 24 giờ. Đau giảm khi ngồi cúi ra trước hoặc nằm cong người nghiêng trái. Đau bụng kèm nôn nhưng sau nôn không giảm đau. ⇒ Là triệu chứng phụ thuộc vào bệnh nhân
- Amylase máu và/hoặc Lipase máu tăng trên ≥ 3 lần giới hạn trên của bình thường
- Xét nghiệm hình ảnh học phù hợp viêm tụy cấp (siêu âm bụng, CT bụng, MRI bụng)

⇒ Siêu âm bụng ít có giá trị nhất trong chẩn đoán VTC, người ta thường dựa vào CT bụng. Tiêu chuẩn chẩn đoán có đến 2/3 là tiêu chuẩn CLS, 1/3 triệu chứng còn lại là chủ quan phụ thuộc vào bệnh nhân. Vì vậy nhận diện viêm tụy cấp, loại trừ các nguyên nhân bụng ngoại khoa lúc tiếp cận BN lúc cấp cứu rất quan trọng.

Đáp án cho câu hỏi 4.

- Viêm tụy cấp nhẹ: không suy tạng và không có biến chứng tại chỗ. Bệnh nhân thường ổn định trong tuần đầu trị
- Viêm tụy cấp trung bình – nặng: suy tạng thoáng qua (<48 giờ) và/hoặc có biến chứng tại chỗ.
- Viêm tụy cấp nặng: suy tạng kéo dài (> 48 giờ).

Hệ thống Marshall hiệu chỉnh để đánh giá suy tạng (bảng 2): ≥ 2 điểm của 1 trong 3 cơ quan

Cơ quan	Điểm				
	0	1	2	3	4
HÔ HẤP (PaO ₂ /FiO ₂)	> 400	301-400	201-300	101-200	<101
THẬN					
Creatinin máu (μmol/l)	< 134	134-169	170-310	311-439	>439
Creatinin máu (mg/dl)	< 1,4	1,4-1,8	1,9-3,6	3,6-4,9	> 4,9
TIM MẠCH (HATT)	> 90	<90	<90	< 90	< 90
(mmHg, không vận mạch)		Đáp ứng dịch	Không đáp ứng dịch	pH < 7,3	pH < 7,2

Đánh giá suy tạng: đơn giản hóa

- PaO₂ \leq 60 mmHg
- Creatinin \geq 1,9 mg/dl
- Huyết áp tâm thu < 90 mmHg và không đáp ứng truyền dịch

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

- Câu hỏi 5 (5 phút)
- Đề nghị các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định cho BN?

⇒ Đề nghị xét nghiệm bám theo chẩn đoán sơ bộ và phân biệt

CLS chẩn đoán:

- Amylase tăng nhanh và cũng giảm nhanh
- Lipase tăng chậm hơn và cũng giảm xuống chậm hơn

⇒ Vì vậy người ta thường làm Amylase và cả Lipase

Một số kết quả cận lâm sàng của BN

- RBC: 5.91 T/L; Hb: 173 g/dL; Hct: 52.5%. MCV 88.9 fL; MCH 29.2 pg; MCHC 329g/L
- WBC: 15.5 G/L; Neu: 83%, Lym: 7.3%, Eos: 3%, Mono: 9.3%
- PLT: 287 G/L

⇒ Hct tăng

⇒ WBC tăng, đầu tiên phải loại trừ các ổ nhiễm trùng khác, rồi sau đó mới nghĩ đến tăng do phản ứng

- Đường huyết: 110 mg/dl
- Bilirubin toàn phần: 1.14 mg/dl; trực tiếp: 0.51 g/dl; gián tiếp: 0,63 mg/dl.
- AST: 120 U/L; ALT: 43 U/L.

⇒ AST/ALT >2 (chỉ số de critis) ⇒ Theo dõi viêm gan do rượu

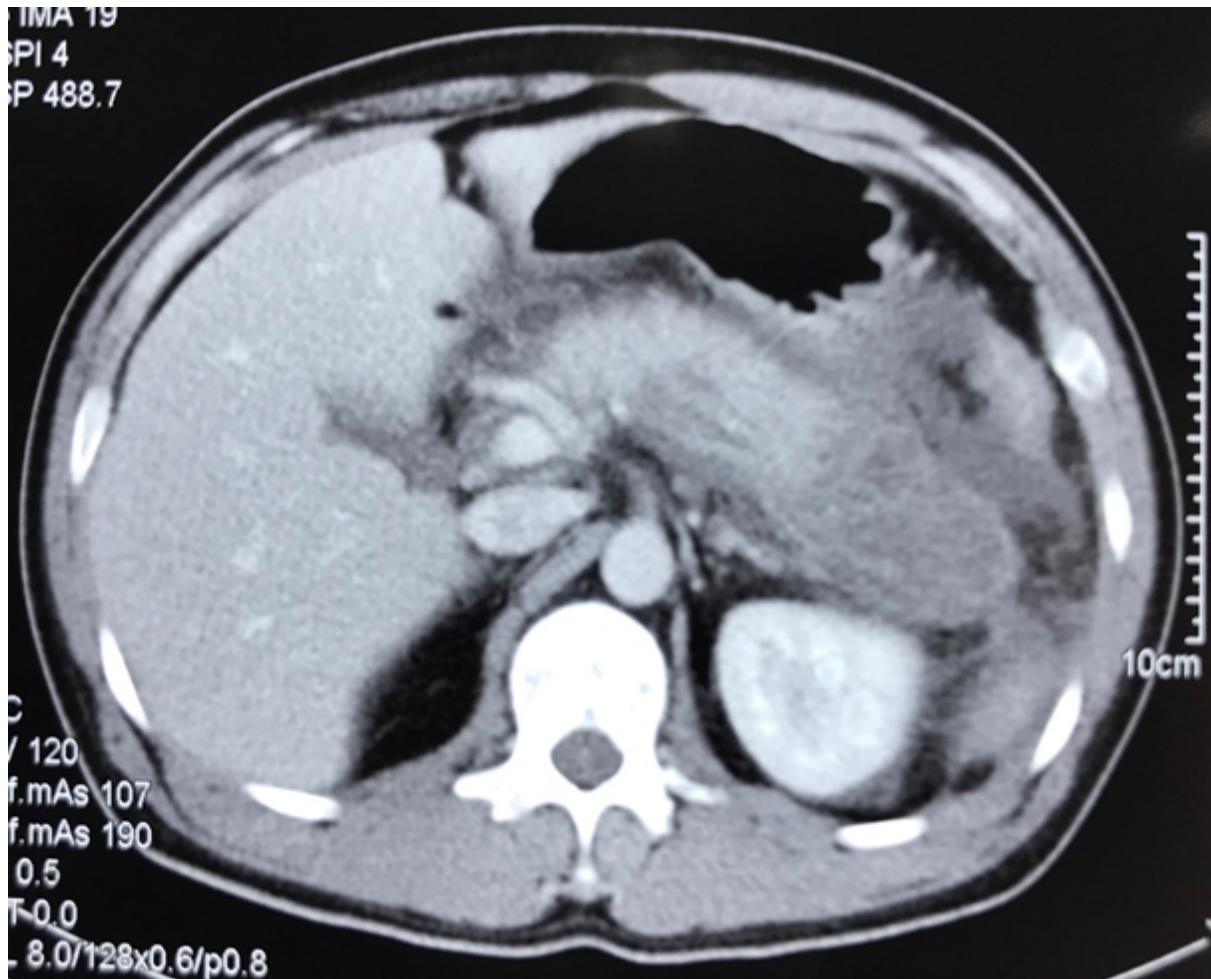
- BUN: 50 mg/dl. Creatinin: 1.9 mg/dl. Na⁺: 138 mmol/L. K⁺: 4.0 mmol/L. Cl⁻: 102 mmol/L
- Amylase máu: 222 U/L; Lipase máu: 1184 U/L
- Triglycerides: 282 mg/dL
- **CRP: 385 mg/L ⇒ CRP sau 48h**

⇒ Amylase máu không gấp 3 lần bình thường. Lipase máu tăng kéo dài lâu hơn, phù hợp với lâm sàng là bệnh nhân N2, có thể Amylase máu đã giảm

- Một số kết quả cận lâm sàng của BN



- Một số kết quả cận lâm sàng của BN



Câu hỏi 6 (5 phút)

- Biện luận kết quả cận lâm sàng?
- Kết quả CT Scan bụng của BN
- Kết quả: kích thước đầu tụy # 3.3 cm, thân tụy # 2.3cm, đuôi tụy # 3 cm, đuôi tụy bắt thuốc kém (<50%), thâm nhiễm mỡ, tụ dịch quanh tụy, quanh lách, dọc rãnh đại tràng trái, hạ vị, khoang quanh thận và khoang cạnh thận trước trái.
- Kết luận: viêm tụy cấp thể hoại tử Balthazar E (CTSI = 8 điểm).

Năm độ nặng của viêm tụy cấp trên CT Scan

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

Điểm số Balthazar

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

Điểm số hoại tử

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

CTSI

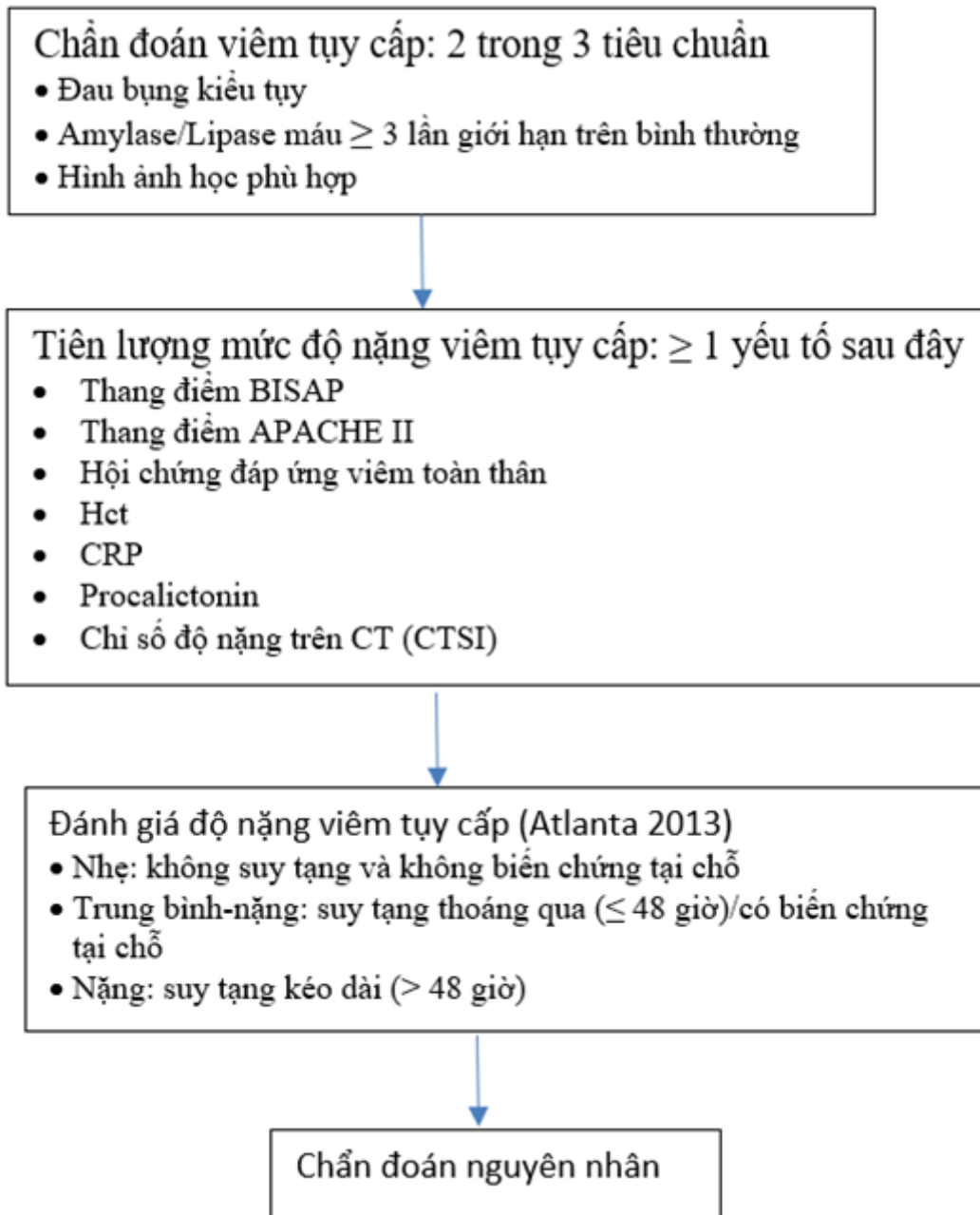
CTSI = Điểm số Balthazar + điểm số hoại tử

Giá trị cao nhất = 10 (Balthazar grade E + hoại tử > 50%)

⇒ Bệnh nhân này Balthazar grade E (4đ) + hoại tử đến 50% tủy

Câu hỏi 7 (5 phút)

- Nêu các bước tiếp cận chẩn đoán BN viêm tụy cấp?



- Chẩn đoán xác định cho BN?

⇒ Nghi ngờ nguyên nhân viêm

- Đáp án cho câu hỏi 7

Chẩn đoán xác định: Viêm tụy cấp ngày 2 mức độ trung bình - nặng (Atlanta 2013) do rượu, có biến chứng hoại tử tụy, có yếu tố tiên lượng nặng – Theo dõi Tổn thương thận cấp trước thận.

⇒ Lúc đầu trên lâm sàng chúng ta chẩn đoán mức độ nhẹ, nhưng khi có kết quả cận lâm sàng thì ra mức độ trung bình - nặng

⇒ Sử dụng thang điểm Atlanta 2013 vì nó dễ nhớ, giúp chúng ta theo dõi kỹ hơn các biến chứng suy tạng của bệnh nhân.

- Câu hỏi 8 (5 phút)
- BN có các yếu tố tiên lượng nặng nào?
- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
- Hct > 44%
- BISAP: 3 điểm
- CTSI: 8 điểm

Câu hỏi 9 (10 phút)

- Nêu các nguyên tắc điều trị cho bệnh nhân?
- Ghi y lệnh điều trị cụ thể cho BN tại thời điểm cấp cứu?
- Bù dịch sớm – cân bằng điện giải ⇒ bù dịch phải cẩn thận bệnh lý nền của bệnh nhân, đặc biệt bệnh lý tim mạch.
- Giảm đau
- Cho tụy nghỉ ngơi: nhịn ăn uống đường miệng
- Tuy nhiên nên cho BN dinh dưỡng lại bằng đường miệng sớm ngay khi có thể.
- Theo dõi và xử trí biến chứng
- Điều trị nguyên nhân

Đáp án cho câu hỏi 9

- Thở O₂ qua cannula 3 lít/phút
- Lactate Ringer 500 ml 2 chai xả nhanh trong 30 phút (20ml/kg/giờ) 600 giọt/phút

Sau đó đánh giá lại mạch, huyết áp, nước tiểu. Nếu mạch < 120 lần/phút, HA trung bình: 65-85 mmHg, nước tiểu > 0,5 ml/kg/giờ thì bù:

Lactate Ringer 500 ml 3 chai TTM L giọt/phút trong 8 giờ (3ml/kg/giờ) - 60 giọt/ phút

⇒ Những nghiên cứu gần đây cho thấy không có sự khác biệt giữa NaCl và LR, tổn thương thận cấp tính này là hậu quả của VTC, thì quan trọng lúc này là bù dịch đủ cho bệnh nhân, vì vậy sử dụng NaCl hay LR đều được.

- Glucose 20% 250 ml x 3 lần/ngày

- Meperidine 50 mg TB mỗi 8 giờ
- Nhịn ăn uống

Câu hỏi 10 (5 phút).

- Theo dõi điều trị cho BN như thế nào?
- Đáp án cho câu hỏi 10
- BN cần được theo dõi sát trong vòng 24-48 giờ đầu sau nhập viện.
- Nước tiểu nên được đo mỗi giờ để duy trì lượng nước tiểu $\geq 0,5 \text{ mL/kg/giờ} \Rightarrow$ sonde tiểu lưu
- Theo dõi sinh hiệu, SpO₂ mỗi 4 giờ trong 24 giờ đầu.
- Nếu BN có suy tạng, cần theo dõi liên tục để phát hiện biến chứng. Bất kỳ bệnh nhân nào có dấu hiệu suy tạng sớm cần được chuyển ngay đến Khoa sản sóc tích cực (ICU) vì diễn tiến bệnh nặng có thể rất nhanh và dẫn đến tử vong.
- Hct tại thời điểm nhập viện, sau 12 giờ, 24 giờ.
- BUN tại thời điểm nhập viện, sau 24 giờ, 48 giờ.
- Soi cặn lắng nước tiểu, Creatinine 24h: tổn thương thận cấp
- CRP lúc 48 giờ sau khởi phát.
- Điện giải đồ nên được theo dõi thường xuyên trong vòng 48-72 giờ đầu. Hạ calci máu nên được điều chỉnh nếu nồng độ calci ion hóa thấp. Nồng độ Mg máu thấp cũng gây hạ calci máu và cần được điều chỉnh.

\Rightarrow Bệnh nhân nghiện rượu, nếu vô hội chứng cai rượu thì có thể dùng BZD cho bệnh nhân.

\Rightarrow Có nên chụp CT có cản quang trên bệnh nhân, người ta đặt lên bàn cân. Hiện nay có loại thuốc cản quang mới, ít độc thận hơn.

Biến chứng viêm tụy cấp

- Suy đa cơ quan
- Biến chứng tại chỗ
- Biến chứng toàn thân