

BÀI GIẢNG VIÊM TỤY CẤP

Giảng viên : cô Hồng (tổng hợp : Phạm Xuân Thắng)

1. Tụy bài tiết dịch tụy ~ 2500 ml/ngày → khi mất nhiều dịch kiềm : dễ nhiễm toan và RL nước điện giải
2. Các nhóm men tiêu hóa :
 - Tiêu hóa lipid : lipase
 - Phân hủy nhân tế bào
 - Tiêu hóa Protein : tắc nghẽn → hoạt hóa trypsin → tiêu hủy tụy
 - Tiêu hóa đường : amylaseTụy nhiên để thăm dò chức năng tụy thì người ta chỉ dựa được vào 2 men : amylase và lipase
3. Các giai đoạn bài tiết men tụy :
 - Pha 1 : PX có điều kiện
 - Pha 2 : hang vị giãn ra → bài tiết dịch tụy chủ yếu men tiêu hóa (pha dạ dày)
 - Pha 3 : giai đoạn ruột – là giai đoạn bài tiết chủ yếu (50 – 70%) → khi điều trị cần cắt đứt pha 2 đến pha 3
4. Các phương pháp thăm dò của tụy :
 - Hội chứng hủy hoại tế bào tụy :
 - Amylase tụy thường tăng sớm (sau 2 – 12 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng viêm tụy cấp), tăng cao kéo dài trong 3 – 5 ngày. Tụy nhiên 10% viêm tụy cấp không có tăng anylase
 - Lipase thì đặc hiệu hơn cho viêm tụy cấp, tụy nhiên việc định lượng khó khăn hơn
5. Thăm dò chức năng của tụy ngoại tiết ít có giá trị để chẩn đoán tụy cấp tính, thường dùng để chẩn đoán bệnh mạn tính (hội chứng kém hấp thu) :
 - Định lượng mỡ trong phân : phân mỡ tức là lượng mỡ > 10% trong phân
 - Kích thích tụy bằng các bữa ăn cơ sở : ít ứng dụng
6. Chẩn đoán hình ảnh :
 - Chụp bụng : tư thế thẳng và chéch trước trái → tìm dấu hiệu canxi hóa của tụy || loại trừ bụng ngoại khoa : liệt ruột, tắc ruột
 - Siêu âm tụy : rẻ, không chảy máu, làm lại nhiều lần ; khó làm khi quai ruột giãn, bụng béo... → đánh giá kích thước(to, teo...), ống tụy, nhu mô tụy

- BT : đồng âm, 1.5 – 2.5 cm, không nhìn thấy ống tụy trên siêu âm, nếu nhìn thấy → dẫn giãn
- Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang : xác định VTC-VTM-UT tụy, kích thước, hình thái, ống tụy, khối choán chỗ, xâm lấn, không phụ thuộc chủ quan...
 - Chụp mật tụy ngược dòng (ERCP) : máy soi cửa sổ bên → Nhiều tai biến, tụy nhiên ưu thế khi ở D2 tá tràng, có thể luồn ống vào ống tụy. Biến chứng : viêm đường mật, viêm tụy cấp, thủng vào tá tràng
 - Hình khuyết lõm vào trong : sỏi
 - Hình khuyết lõm ra ngoài : ung thư
 - Hình củ cải (thon gọn ở đầu dưới) : co thắt cơ oddi
 - Siêu âm nội soi tụy : độ phân giải cao, không gặp trở ngại khi bụng chướng hơi, béo
7. Đặc điểm lâm sàng :
- Đau bụng : 95%. Đau bụng cơn, đột ngột, dữ dội, lan vòng ra sau lưng
 - Nôn, buồn nôn : 80%
 - Sốc
 - Bụng đau căng, chướng hơi, phản ứng thành bụng (+/-)
 - Cổ trướng, dịch ổ bụng nhiều, giàu amylase
 - Dấu hiệu Grey – turner : tụ máu sau phúc mạc (bầm tím sau hông thắt lưng)
 - Dấu hiệu Cullen : bầm tím quanh rốn (tụ máu ở khoang phúc mạc)
 - VÀNG DA : 20% là dấu hiệu nặng
 - Tràn dịch màng phổi : thường bên trái
8. Cận lâm sàng :
- CTM
 - Amylase : mức độ tăng không song hành với mức độ hủy hoại tụy. CĐ viêm tụy cấp khi amylase tăng gấp ít nhất 3 lần so với giới hạn cao của bình thường
 - Amylase niệu tăng muộn hơn và kéo dài hơn amylase máu → có giá trị chẩn đoán khi BN đến muộn hơn 5 ngày
 - Lipase máu : rất nhạy và đặc hiệu, tăng muộn hơn và kéo dài hơn amylase
 - Tình trạng viêm, nhiễm trùng : CRP, bạch cầu, máu lắng
 - Bilan đánh giá mức độ viêm tụy : men gan, LDH, mỡ máu, điện giải
 - Bilan xét nghiệm tìm nguyên nhân : canxi, mỡ máu...
 - Chức năng gan, thận; đông máu
9. Chẩn đoán hình thái :
- Chụp cắt lớp vi tính : thang điểm Balthazard

- XQ ổ bụng, XQ ngực (phát hiện TDMP đặc biệt bên trái)
- Siêu âm ổ bụng

10. Chẩn đoán : Lâm sàng + Sinh hóa + Chẩn đoán hình ảnh

→ CĐXD : có ít nhất 2/3 dấu hiệu trên

11. Tiên lượng :

- Phù nề : lành tính (tử vong 10%)
- Hoại tử : tử vong ~ 40%

12. Biến chứng :

- Tiến triển nặng → suy tạng
- Ổ tụ dịch
- Giả nang tụy
- Áp xe tụy
- Viêm tụy mãn

13. Bảng điểm tiên lượng

- Ranson : trên 3 tiêu chuẩn → nặng || trên 5 tiêu chuẩn → rất nặng || trên 7 tiêu chuẩn → nguy cơ tử vong cực cao ~ 100%
- Balthasa : đánh giá mức độ nặng của VTC dựa trên CLVT :

- Mức độ viêm :

A	Tụy bình thường	0
B	Tụy to khu trú hoặc lan tỏa	1
C	Tụy bất thường kèm theo có viêm nhẹ quanh tụy	2
D	Thấy tụ dịch ở 1 phía (thường là ở mặt sau tụy)	3
E	Tụ dịch ở 2 phía của tụy ; có khí ở quanh tụy/xung quanh phần tụy bị viêm	4

- Mức độ hoại tử :

Hoại tử dưới 1/3 tụy (dưới 33%)	2
Hoại tử dưới 1/2 tụy (33% - 50%)	4
Hoại tử trên 1/2 tụy (trên 50%)	6

→ Tính tổng điểm viêm và hoại tử :

Tổng điểm (CTSI)	Tỉ lệ biến chứng	Tỉ lệ tử vong
0 – 3	8%	< 3%
4 – 6	35%	6%
7 – 10	92%	17%

Chú ý : Balthasa mức độ nặng (7 – 10) điểm → cần nằm ở khoa điều trị tích cực

14. Điều trị :

- Nguyên tắc : nội khoa là chính
 - Chống đau
 - Chống sốc
 - Đảm bảo dinh dưỡng
 - Điều trị biến chứng
 - Điều trị nguyên nhân
- Cụ thể
 - Giảm đau : theo bậc thang : giãn cơ trơn → paracetamol → NSAIDs → Meperidin. Có thể kết hợp các nhóm thuốc giảm đau với nhau. Đau trong VTC do hủy hoại tụy + căng giãn ống tụy + căng giãn quá mức đường tiêu hóa + tăng áp lực quá mức trong ổ bụng → làm giảm căng giãn ống tụy + sonde dạ dày + giảm áp lực trong ổ bụng → quan trọng nhất là giải thích được BN đang đau do cơ chế gì chứ không phải nâng thuốc giảm đau lên bậc cao hơn
 - Chống sốc : thăng bằng nước điện giải, kiềm toan, đặc biệt là lượng nước vào – ra. Lượng dịch cần truyền cho BN VTC thương ít nhất là 3 lít/ 24 giờ, thể nặng 6 lít/ 24 giờ → đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để theo dõi : người già, có suy tạng khác trước đó thì bao giờ cũng đặt catheter TMTT và giảm bớt lượng dịch truyền
 - Thăng bằng kiềm toan : khí máu động mạch
 - Thuốc giảm bài tiết dịch vị : ức chế bơm proton (khi tìm thấy căn nguyên của loét, BN phải vào ICU). Đối với VTC xu hướng diễn biến nặng → dùng somatostatin (hormon tăng trưởng giúp giảm tiết dịch dạ dày, ức chế nhu động đường tiêu hóa...)
 - Kháng sinh : không có chỉ định. Trừ thể nặng, hoại tử hoặc các đối tượng nguy cơ cao (tiểu đường, tắc mật, giãn ống tụy...)
 - Nuôi dưỡng : tĩnh mạch → cho ăn trở lại càng sớm càng tốt khi BN đã giảm đau, nôn
- Chỉ định điều trị HSTC :
 - Thể hoại tử nặng
 - Suy tạng : nhịp tim tăng > 120, vô niệu, rối loạn đông máu, suy thận cre > 170 mmol/L
 - phải tăng liều giảm đau

➔ thở máy, thận nhân tạo (lọc máu áp dụng khá phổ biến : loại bỏ cytokin khởi phát quá trình viêm làm tụy hồi phục khá nhanh || lọc màng kép khi VTC do rối loạn mỡ máu – RLLP thể I, IV, V

- Khắc phục biến chứng :

- Sỏi mật , giun chui đường mật ➔ ERCP sớm trong 48 giờ đầu
- Dẫn lưu ổ dịch, áp xe dưới hướng dẫn siêu âm, CLVT
- Điều chỉnh đường máu
- Điều chỉnh mỡ máu