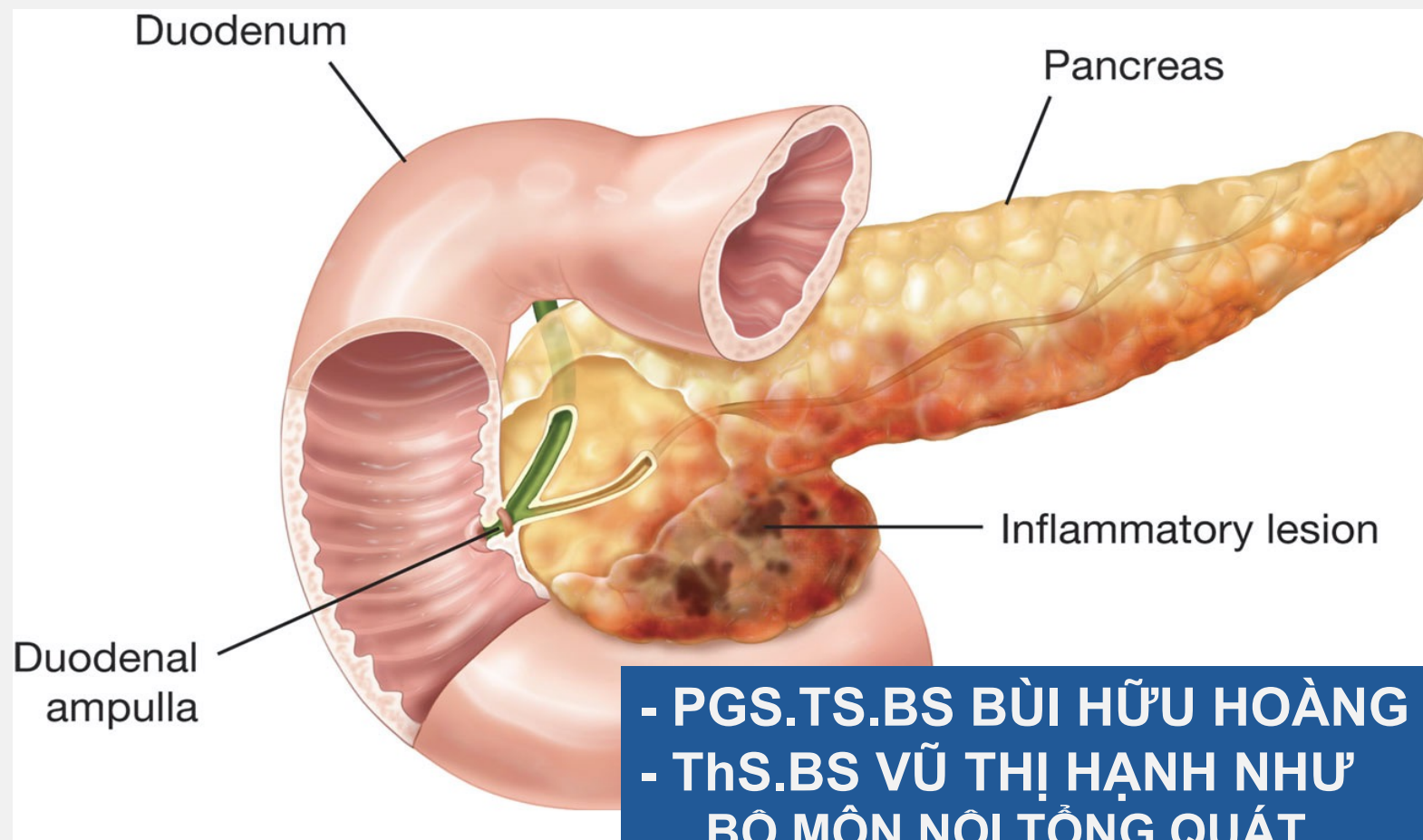


TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP



- PGS.TS.BS BÙI HỮU HOÀNG
- ThS.BS VŨ THỊ HẠNH NHƯ
BỘ MÔN NỘI TỔNG QUÁT



NỘI DUNG

- ĐỊNH NGHĨA
- DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN
- NGUYÊN NHÂN
- CHẨN ĐOÁN
- TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ



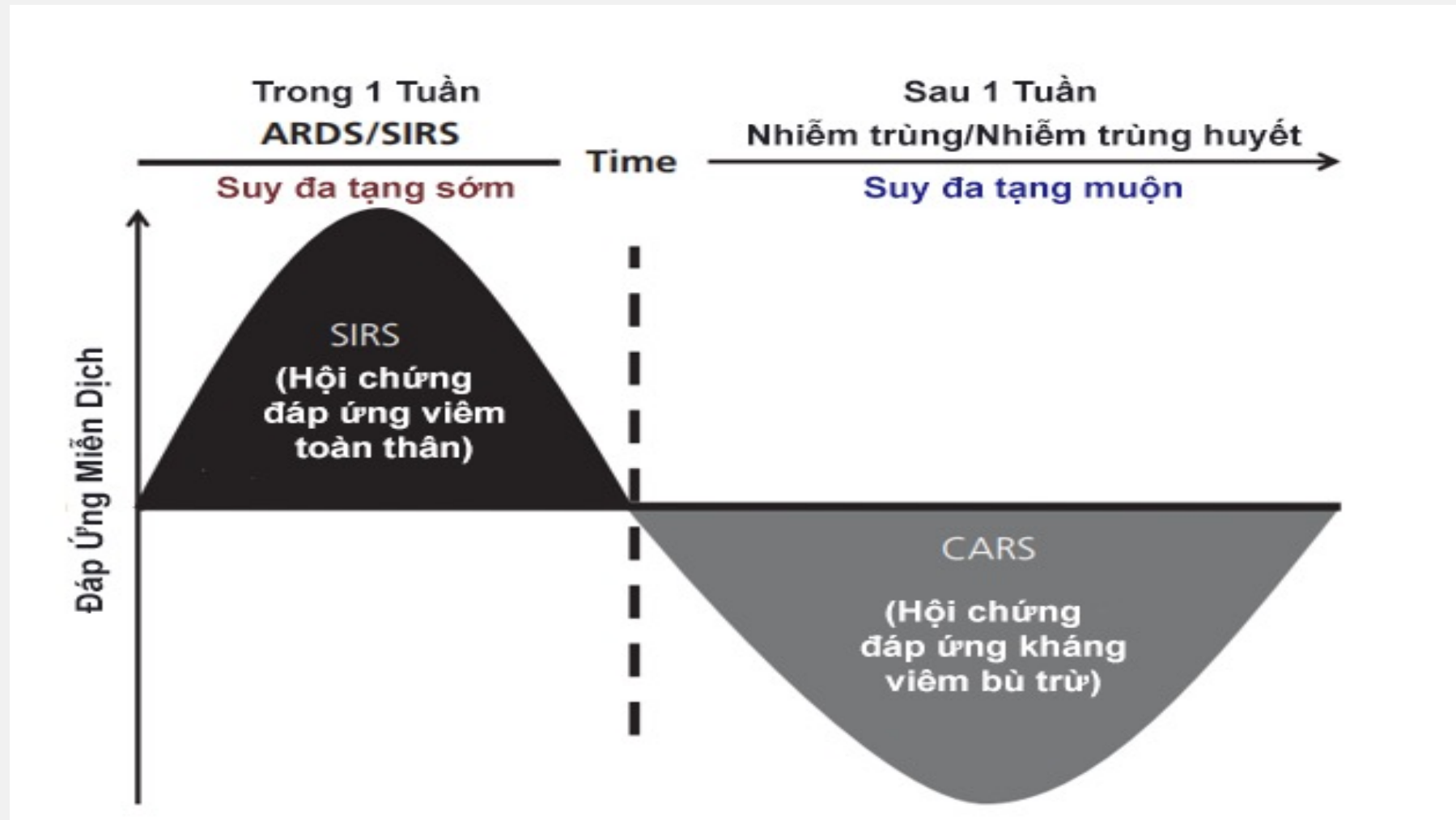
ĐỊNH NGHĨA

- Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm cấp tính ở mô tụy gây ra do sự hoạt hóa bất thường men tụy ngay tại tụy, dẫn đến các biến chứng tại chỗ (tụy và mô quanh tụy) và toàn thân
- Viêm tụy được xem là cấp khi không có dấu hiệu của viêm tụy mạn trên CT scan bụng, MRI bụng hoặc khảo sát mật tụy ngược dòng qua nội soi.

DIỄN TIẾN TỰ NHIÊN

VTC diễn tiến qua 2 giai đoạn:

- **Giai đoạn 1:** liên quan đến sinh lý bệnh của quá trình viêm, thường kéo dài 1 tuần. Độ nặng của viêm tụy liên quan đến suy cơ quan ngoài tụy do đáp ứng viêm toàn thân. 75 – 80% BN VTC ổn định và không diễn tiến qua giai đoạn 2.
- **Giai đoạn 2:** liên quan đến biến chứng tại chỗ như hoại tử tụy (< 20% BN), kéo dài vài tuần đến vài tháng.



Đáp ứng miễn dịch trong VTC nặng. Sau khi kích thích quá mức hệ thống miễn dịch, có tình trạng tê liệt hệ thống miễn dịch trong tiến trình VTC.

DIỄN TIẾN TỤ NHIÊN

- Khoảng 10–15% trường hợp VTC diễn tiến nặng có thể dẫn đến tử vong.
- Tỷ lệ tử vong khác nhau tùy theo các thể bệnh: viêm tụy cấp nhẹ (< 1%) và nặng (40 – 60%).
- Bên cạnh chẩn đoán đúng, **dự đoán chính xác diễn tiến nặng** đóng vai trò mấu chốt để điều trị thành công.

NGUYÊN NHÂN

Sỏi mật, rượu, tăng triglyceride máu là 3 NN thường gặp nhất.

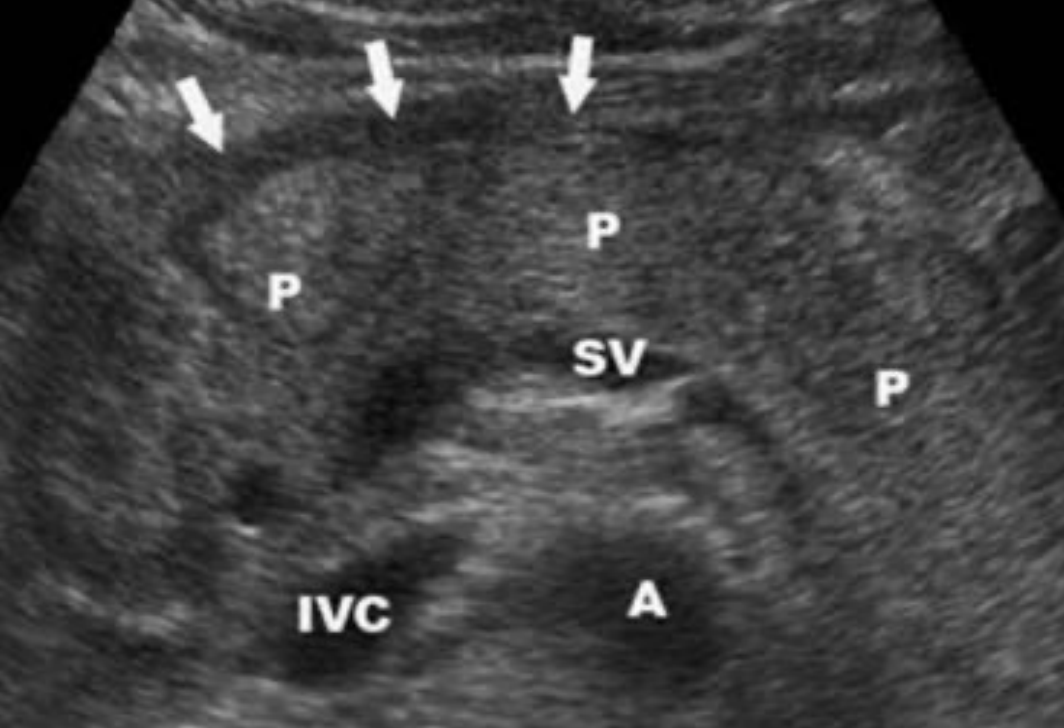
I	Idiopathic	Vô căn
G	Gall Stone	Sỏi túi mật
E	Ethanol	Rượu
T	Trauma	Chấn thương
S	Steroid	Steroid
M	Malignancy	Bệnh ác tính
A	Autoimmune	Bệnh tự miễn
S	Scorpion/ Snake	Rắn/ bò cạp cắn
H	Hypertriglyceride	Tăng triglyceride
E	Ercp	Nội soi mật tụy ngược dòng
D	Drugs	Thuốc



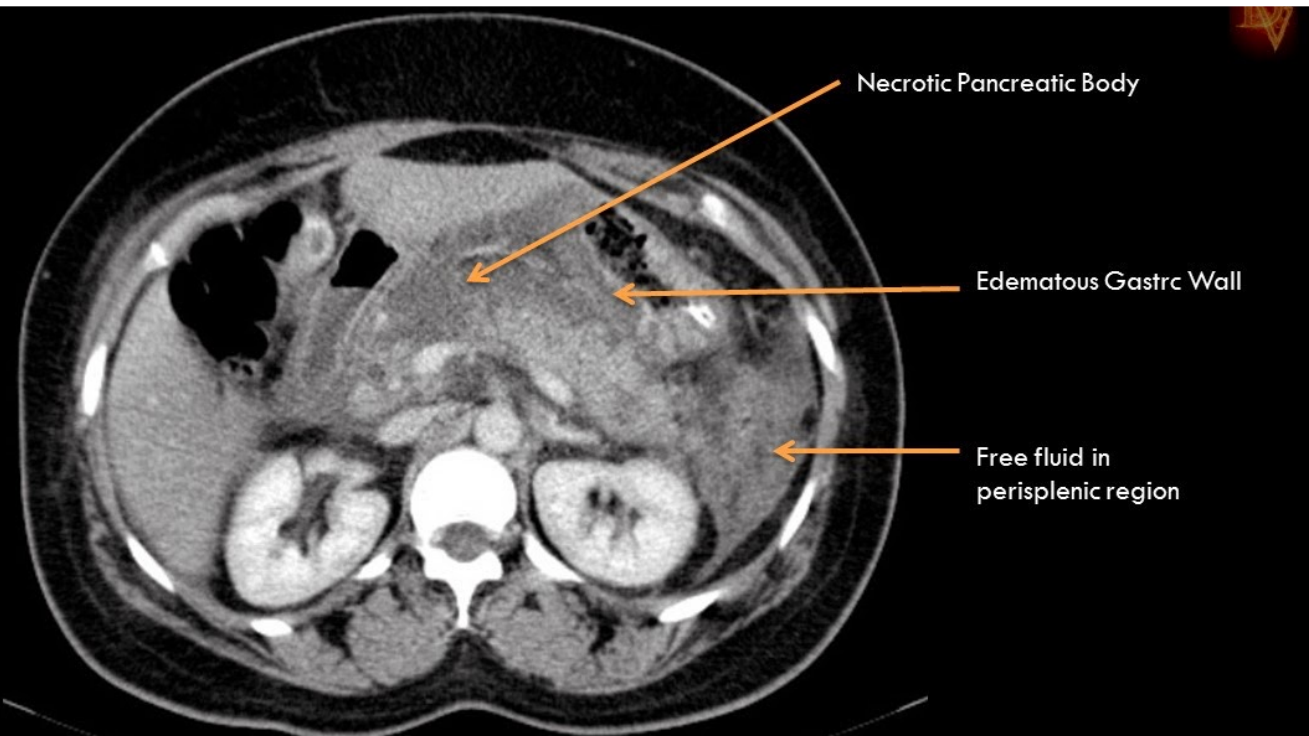
CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán: khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- **Đau bụng cấp kiểu tụy:** khởi phát đột ngột ở thượng vị hoặc quanh rốn, lan sau lưng, đau liên tục, cường độ tăng dần đến tối đa sau 30 phút, kéo dài ≥ 24 giờ. Đau giảm khi ngồi cúi ra trước hoặc nghiêng trái. Đau kèm nôn, sau nôn không giảm đau.
- **Amylase máu và/hoặc Lipase máu** tăng ≥ 3 lần giới hạn trên của mức bình thường
- **Hình ảnh học** phù hợp với viêm tụy cấp (siêu âm bụng, CT scan bụng có cản quang, MRI bụng)



Tiêu chuẩn Hình ảnh học trong viêm tụy cấp



Chẩn đoán viêm tụy cấp: 2 trong 3 tiêu chuẩn

- Đau bụng kiểu tụy
- Amylase/Lipase máu ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường
- Hình ảnh học phù hợp



Tiêu lượng mức độ nặng viêm tụy cấp: ≥ 1 yếu tố sau đây

- Thang điểm BISAP
- Thang điểm APACHE II
- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
- Hct
- CRP
- Procalcitonin
- Chỉ số độ nặng trên CT (CTSI)



Đánh giá độ nặng viêm tụy cấp (Atlanta 2012)

- Nhẹ: không suy tạng và không biến chứng tại chỗ
- Trung bình-nặng: suy tạng thoáng qua (≤ 48 giờ)/có biến chứng tại chỗ
- Nặng: suy tạng kéo dài (> 48 giờ)



Chẩn đoán nguyên nhân

Lưu đồ tiếp cận chẩn đoán BN viêm tụy cấp



CHẨN ĐOÁN

Tiêu lượng mức độ nặng

- SIRS lúc NV và kéo dài 48h
- BISAP ≥ 3 trong vòng 24h
- Hct $> 44\%$ lúc NV và không thể giảm sau 24h
- CRP $> 150\text{mg/l}$ (48h)
- Suy cơ quan (tim mạch, hô hấp, thận)

TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ

- Khi BN nhập viện, nên thực hiện **siêu âm bụng** để đánh giá nguyên nhân do sỏi mật. Khi còn nghi ngờ về chẩn đoán, CT scan bụng cung cấp bằng chứng tốt cho chẩn đoán VTC.
- Tất cả BN **VTC nặng** cần được chụp **CT scan bụng có cản quang** hoặc **MRI bụng**. Thời gian tối ưu cho lần chụp CT bụng đầu tiên là **72-96 giờ** sau khởi phát triệu chứng.
- MRCP hoặc siêu âm qua nội soi nên xem xét thực hiện để tầm soát sỏi đường mật ở BN VTC không rõ nguyên nhân.
- Điều trị phải được tiến hành ngay ở phòng cấp cứu. Sau khi xác định chẩn đoán cần bù dịch ngay, điều trị giảm đau đường tĩnh mạch, đồng thời đánh giá độ nặng, các yếu tố tiên lượng nặng và tìm nguyên nhân.

NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

- Bù dịch sớm – cân bằng điện giải
- Giảm đau
- Cho tụy “nghỉ ngơi”: nhịn ăn uống đường miệng. Tuy nhiên, nên cho bệnh nhân dinh dưỡng lại bằng đường miệng sớm ngay khi có thể.
- Theo dõi và xử trí biến chứng
- Điều trị nguyên nhân

ĐIỀU TRỊ

Bù dịch – cân bằng điện giải

- Đây là can thiệp điều trị quan trọng nhất. BN VTC cần được bù dịch sớm để duy trì huyết động học và đủ máu tưới thận và tụy.
- Lý do bù dịch sớm:
 - Nôn ói, nhịn ăn uống, mất dịch không nhận biết qua hô hấp, mồ hôi
 - Liệt ruột
 - Báng bụng, tràn dịch màng phổi
 - Tình trạng viêm làm tăng tính thấm thành mạch dẫn đến tăng mất dịch vào khoang thứ 3.

ĐIỀU TRỊ

Bù dịch – cân bằng điện giải

- Loại dịch truyền: Ưu tiên sử dụng dịch **Lactate Ringer** vì làm giảm SIRS, đạt cân bằng điện giải nhanh hơn so với Natriclorid 0,9%. BN VTC do tăng calci máu không dùng Lactate Ringer. Không khuyến cáo dùng các dung dịch cao phân tử như HES (Hydroxyethyl Starch) vì có nhiều biến chứng
- Lượng dịch và tốc độ dịch truyền: bù 250-500 mL/giờ dịch đẳng trương nên được áp dụng cho tất cả BN ngoại trừ có suy tim, suy thận hoặc có các yếu tố liên quan khác đi kèm. Đối với BN có **mạch nhanh, huyết áp tụt** bù 20 mL/kg/giờ trong 30 phút sau đó 3 mL/kg/giờ trong 8-12 giờ tiếp theo.
- Bù dịch nên được đánh giá lại đều đặn trong **6 giờ đầu** và trong vòng **24-48 giờ** sau đó.
- Bù dịch có hiệu quả nhất trong vòng 12-24 giờ đầu. Không truyền dịch quá mức sau 48 giờ vì tăng nguy cơ suy hô hấp và hội chứng chèn ép khoang bụng.



ĐIỀU TRỊ

Bù dịch – cân bằng điện giải

- Mục tiêu của bù dịch: đánh giá bù đủ dịch khi:
 - Nhịp tim < 120 lần/phút
 - Huyết áp trung bình: 65-85 mmHg
 - Nước tiểu: > 0,5-1ml/kg/giờ
 - Hct: 35-44%
 - BUN cải thiện nếu ban đầu tăng



ĐIỀU TRỊ

Giảm đau

- BN VTC nên được điều trị giảm đau trong 24 giờ đầu nhập viện
- Opioid hiệu quả và an toàn ở BN VTC. Fentanyl an toàn ở BN suy thận. Meperidine thường được dùng hơn Morphine vì Morphine có thể gây co thắt cơ vòng Oddi.
- Liều dùng: Meperidine 50mg tiêm bắp hoặc tiêm mạch mỗi 6-8 giờ.
- Không có bằng chứng hoặc khuyến cáo nào về hạn chế dùng thuốc giảm đau. NSAID không nên dùng ở BN có tổn thương thận cấp.
- Các thuốc anticholinergic không có tác dụng giảm đau nhưng càng làm nặng thêm tình trạng liệt ruột



ĐIỀU TRỊ

Hỗ trợ hô hấp

- Giảm O_2 máu do xẹp phổi, tràn dịch màng phổi, shunt trong phổi, ARDS...
- BN cần thở oxy để duy trì $SpO_2 \geq 95\%$
- BN giảm oxy máu ($SpO_2 < 90\%$) cần thở O_2 qua canula hoặc qua mask. Nếu không hiệu quả hoặc BN mệt, dự trữ hô hấp giới hạn nên đặt nội khí quản và thông khí hỗ trợ sớm.



ĐIỀU TRỊ

Theo dõi

- 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 $\geq 0,5$ mL/kg/giờ.
- Theo dõi sinh hiệu, SpO₂ mỗi 4 giờ trong 24 giờ đầu.
- Hct tại thời điểm nhập viện, sau 12 giờ, 24 giờ.
- BUN tại thời điểm nhập viện, sau 24 giờ, 48 giờ.
- CRP lúc 48 giờ sau khởi phát.

ĐIỀU TRỊ

Theo dõi

- Điện giải đồ nên được theo dõi thường xuyên trong 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.
- Tăng đường huyết có thể xảy ra trong vài ngày đầu ở BN VTC nặng và thường biến mất khi quá trình viêm giảm. Cần cẩn thận khi sử dụng Insulin.
- Nên chụp lại CT scan bụng có cản quang nếu có bằng chứng của nhiễm trùng mới hoặc nhiễm trùng chưa giải quyết được và không rõ ổ nhiễm, BN không thể dung nạp thức ăn qua đường miệng hoặc đường ruột, BN có tình trạng rối loạn huyết động.



ĐIỀU TRỊ

Dinh dưỡng

- Tạm nhịn ăn trong vòng 24 giờ đầu để cho tụy “nghỉ ngơi” nhưng cần cho ăn bằng đường miệng sớm khi BN dung nạp được sẽ tốt hơn là nhịn ăn đường miệng kéo dài
- BN bị VTC nhẹ chỉ cần truyền dịch vì quá trình hồi phục diễn ra nhanh, cho phép BN hồi phục lại chế độ ăn uống trong vòng một tuần.
- Có thể bắt đầu ăn đường miệng sớm trong 24 giờ nếu đánh giá:
 - Không liệt ruột
 - Hết buồn nôn, nôn
 - Cảm giác đói
 - Giảm đau bụng rõ



ĐIỀU TRỊ

Dinh dưỡng

- Nên bắt đầu cho ăn đường miệng bằng chế độ ăn lỏng (mềm) rồi đặc dần, ít chất béo. Sau đó điều chỉnh chế độ ăn tùy theo tình trạng dung nạp của BN.
- Hỗ trợ dinh dưỡng thường được sử dụng ở BN bị viêm tụy cấp vừa - nặng nếu BN không thể hồi phục chế độ ăn uống trong vòng 5-7 ngày.
- Dinh dưỡng đường tiêu hóa có lợi vì kích thích nhu động ruột, duy trì hàng rào bảo vệ, tránh tình trạng teo niêm mạc ruột, sự chuyển vị vi khuẩn và nhiễm trùng huyết.



ĐIỀU TRỊ

Kháng sinh

- Chỉ định kháng sinh điều trị khi có bằng chứng của nhiễm trùng tại tụy và ngoài tụy. Xét nghiệm procalcitonin (PCT) rất nhạy, gợi ý đến nhiễm trùng
- Trường hợp nghi nhiễm trùng tụy/quanh tụy:
 - Chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của CT scan bụng.
 - Nếu không chọc hút được, điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm:
 - Ưu tiên carbapenem, quinolone và metronidazole
 - Chọn lựa đầu tay là imipenem 500 mg mỗi 6 giờ
 - Chọn lựa thứ 2: fluroquinolone/cephalosporine thế hệ 3 kết hợp với metronidazole
 - Thời gian điều trị kháng sinh: trung bình 10-14 ngày
- Kháng sinh phòng ngừa **không** còn được khuyến cáo.

ĐIỀU TRỊ

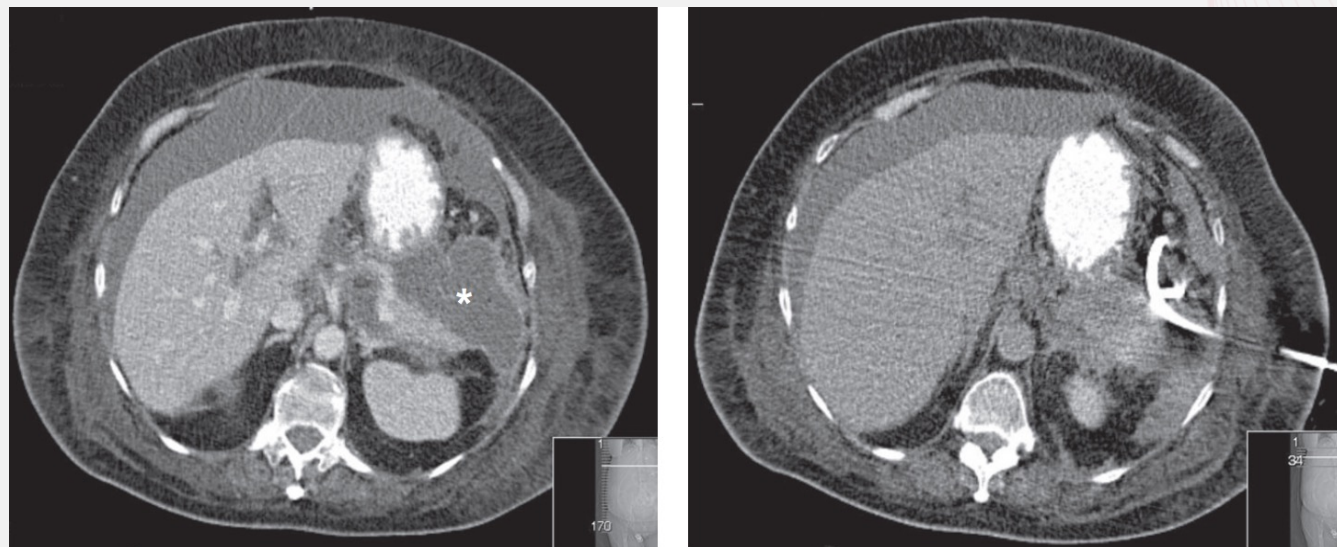
Điều trị khác

- Đặt sonde mũi dạ dày không được chỉ định thường quy trừ khi BN bị trướng hơi, liệt ruột, buồn nôn và nôn kháng trị.
- Dùng thường quy PPI hoặc antiH2 không chứng minh hiệu quả.
- Thuốc giảm tiết tụy như Octreotide trước đây được chỉ định cho các trường hợp VTC nặng nhưng hiện không còn được đề cập trong các hướng dẫn mới do chưa đủ bằng chứng về lợi ích.
- Không có thuốc nào điều trị đặc hiệu ngoại trừ nhằm nâng đỡ cơ quan và dinh dưỡng .

ĐIỀU TRỊ

Biến chứng

- Tụ dịch cấp quanh tụy: phần lớn đều tự biến mất trong 7-10 ngày.
- Nang giả tụy + hoại tử thành hóa:
 - Theo dõi: BN không triệu chứng
 - Dẫn lưu



*Vùng hoại tử thành hóa (dấu *) được dẫn lưu qua da bằng pigtail dưới hướng dẫn của CT scan bụng có cản quang.*



ĐIỀU TRỊ

Biến chứng

- Hoại tử tụy nhiễm trùng:
 - Thường xảy ra muộn sau 10 ngày.
 - Phần lớn nhiễm trùng (# 75%) là vi khuẩn có nguồn gốc từ ruột (*Escherichia coli*, *Pseudomonas*, *Klebsiella* và *Enterococcus*).
 - Sử dụng kháng sinh
 - Lấy mô hoại tử: nên dùng phương pháp xâm lấn tối thiểu như qua nội soi hoặc qua da.
 - Phẫu thuật cắt bỏ mô tụy hoại tử chỉ nên sử dụng nếu phương pháp xâm lấn tối thiểu thất bại hoặc không thể thực hiện được

ĐIỀU TRỊ

Biến chứng

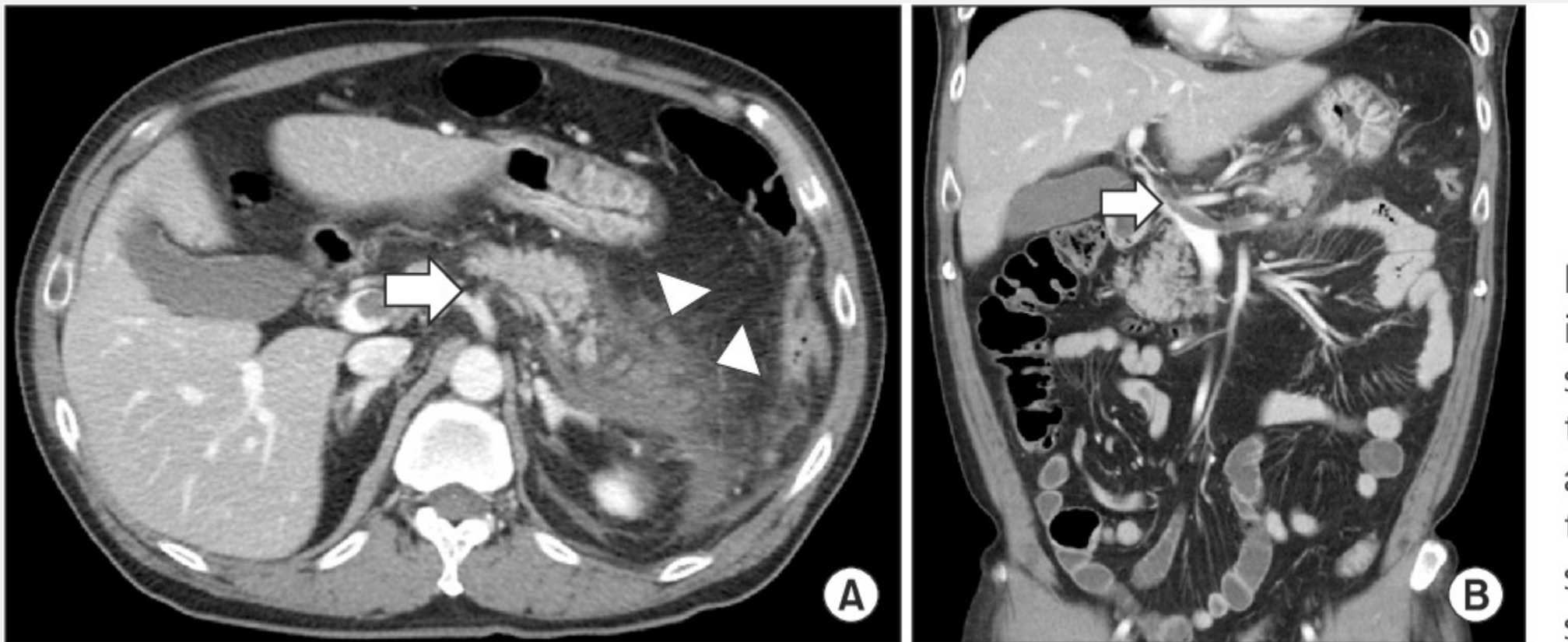
Huyết khối tĩnh mạch tạng:

- Tỷ lệ dao động: 1-24%
- Triệu chứng của huyết khối TM không rõ ràng, thường trùng lắp với triệu chứng của viêm tụy tiến triển.
- Dùng kháng đông khi có huyết khối tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch mạc treo tràng trên gây mất bù gan và giảm tưới máu nuôi ruột. **Heparin trọng lượng phân tử thấp** tiêm dưới da sau đó chuyển sang kháng đông uống. Thời gian điều trị trung bình: 3-6 tháng.



ĐIỀU TRỊ

Biến chứng



Huyết khối tĩnh mạch tạng trong Viêm tụy cấp



ĐIỀU TRỊ

Biến chứng

Hội chứng chèn ép khoang:

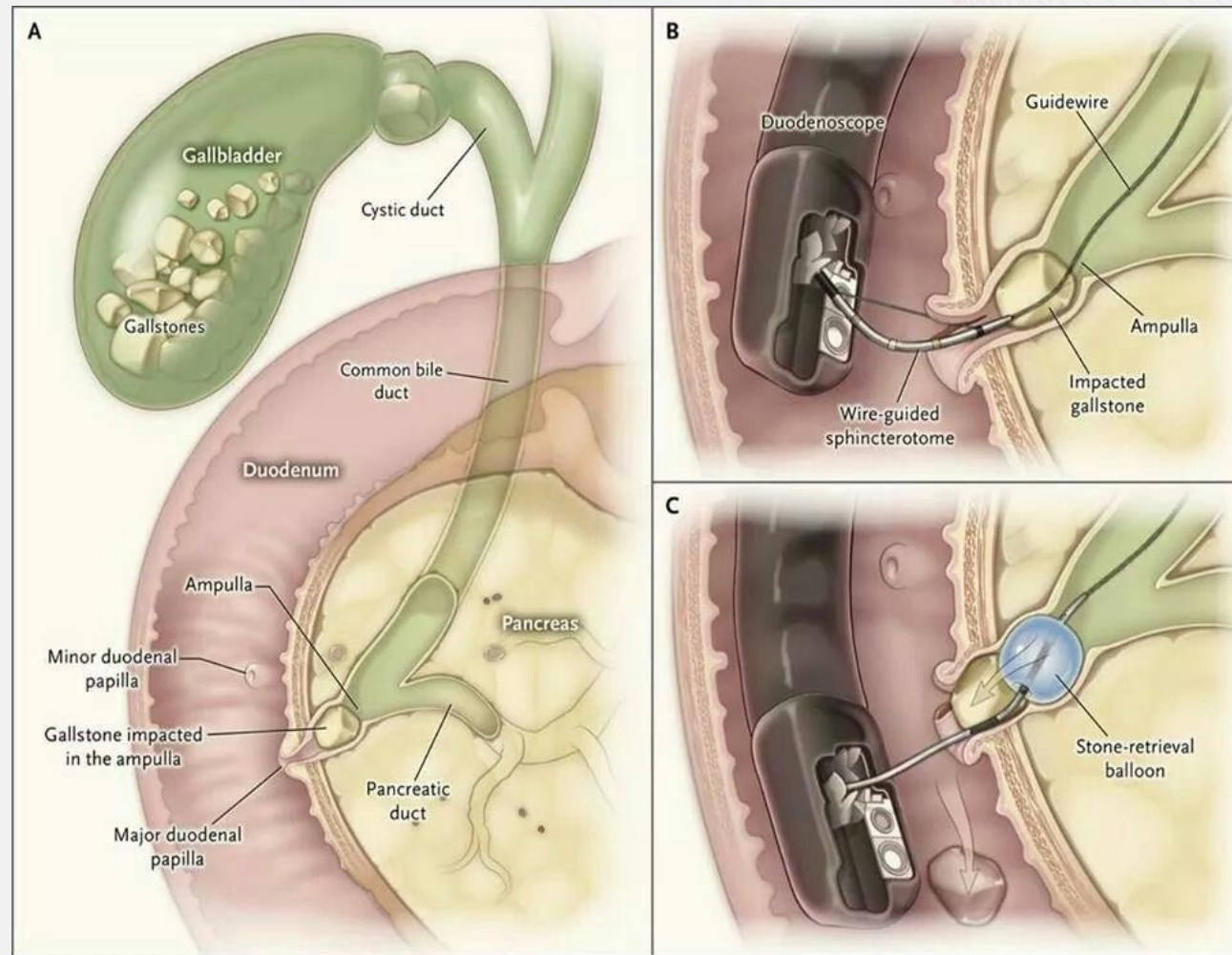
- Định nghĩa: áp lực trong ổ bụng > 20 mmHg kéo dài với suy tạng mới xuất hiện. Áp lực trong ổ bụng thường được đo bởi catheter trong bàng quang.
- BN VTC nặng hiếm khi bị hội chứng chèn ép khoang tuy nhiên tỉ lệ này ngày càng tăng do việc truyền dịch quá mức. Tỉ lệ tử vong rất cao, có thể lên đến 30-60%.
- Giải áp qua da và /hoặc qua nội soi có thể cần thiết ở BN bị rối loạn huyết động.

ĐIỀU TRỊ

Nguyên nhân

Viêm tụy cấp do sỏi mật:

- Khảo sát mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP) lấy sỏi trong 72 giờ nếu thấy sỏi ở ống mật chủ.
- ERCP sớm hơn (trong 24 giờ) nếu kèm viêm đường mật.
- ERCP cấp cứu không được chỉ định ở BN VTC do sỏi tiên lượng nặng nhưng không có viêm đường mật hoặc tắc ống mật chung.
- Cắt túi mật trong vòng 7 ngày sau hồi phục viêm tụy cấp do sỏi hoặc sỏi bùn túi mật, giúp giảm nguy cơ viêm tụy cấp tái phát.





ĐIỀU TRỊ

Nguyên nhân

Viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu:

- Insulin

- Insulin làm giảm 50-75% nồng độ triglyceride trong vòng 2-3 ngày
- Mục tiêu: hạ triglyceride < 500 mg/dL trong 3-4 ngày
- Liều: khởi đầu insulin tác dụng nhanh (regular insulin) 0,1-0,3 đơn vị/kg/ngày
- Phải theo dõi sát đường huyết. Nếu đường huyết từ 150-200 mg/dL phải truyền glucose 5% để phòng ngừa hạ đường huyết, đồng thời phải bổ sung thêm KCl 10% để phòng ngừa hạ kali máu trong khi truyền insulin → **dung dịch GIK**
- Theo dõi triglyceride mỗi 12 giờ



ĐIỀU TRỊ

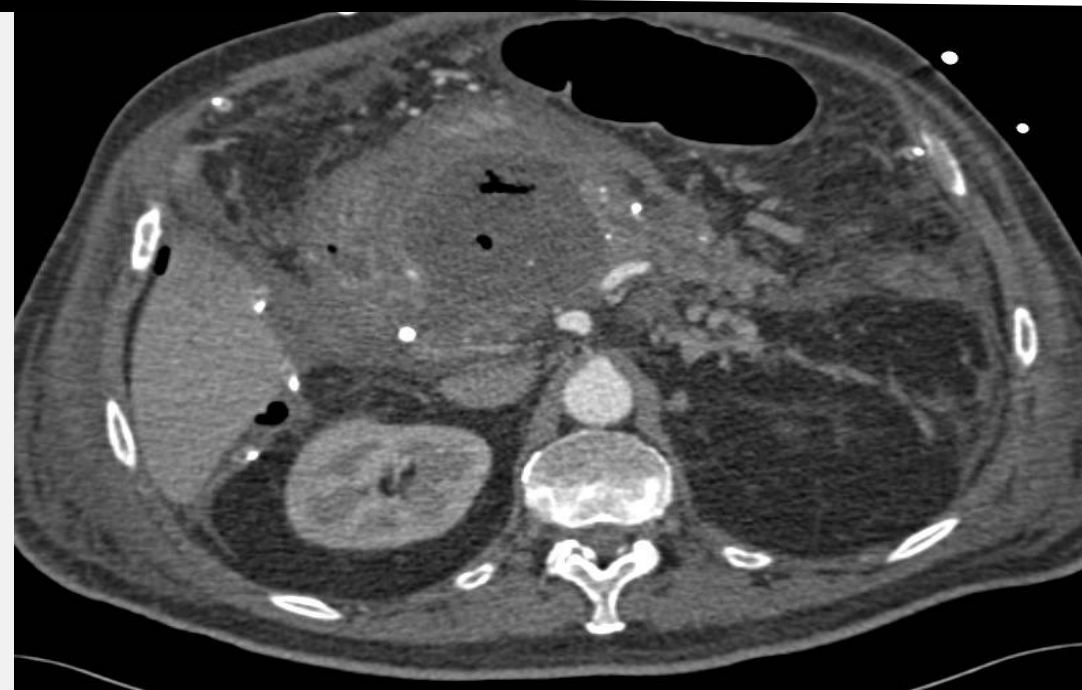
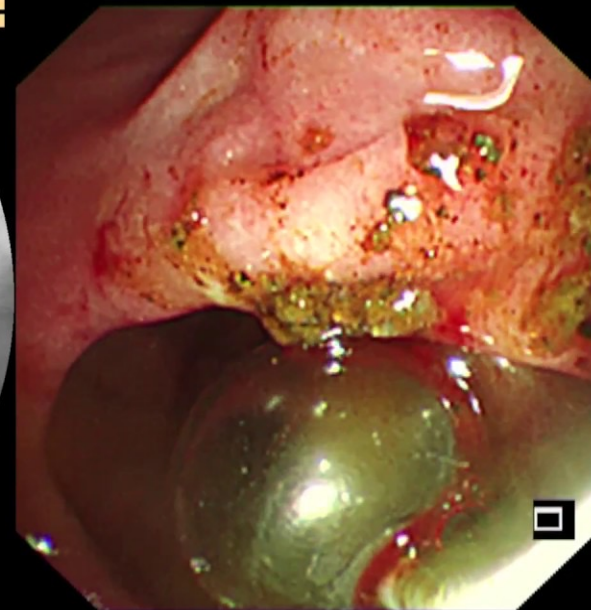
Nguyên nhân

Viêm tụy cấp do tăng triglyceride máu:

- Lọc huyết tương: ưu tiên lựa chọn kèm một trong các yếu tố sau:
 - Dấu hiệu hạ calci máu
 - Nhiễm toan acid lactic
 - Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân
 - Suy tạng theo thang điểm Marshall
- Fibrate
 - Khi BN uống lại được
 - Fenofibrate 160 mg/ngày
- Heparin: ?

ĐIỀU TRỊ

- Chỉ định hội chẩn ngoại khoa trong các trường hợp sau:
 - VTC do sỏi mật
 - Nang giả tụy: khi nghi ngờ tình trạng nang giả tụy nhiễm trùng, vỡ, xuất huyết, có biểu hiện chèn ép cơ quan lân cận
 - Hoại tử tụy nhiễm trùng
 - Áp xe tụy
- Thời điểm và phương pháp can thiệp ngoại khoa:
 - BN hoại tử nhiễm trùng nhưng tình trạng ổn định: nên tạm trì hoãn phương pháp dẫn lưu (bằng nội soi hoặc phẫu thuật) ≥ 4 tuần để chờ tình trạng vách hóa vùng hoại tử.
 - 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



Thông tin cần ghi nhớ

- Viêm tụy cấp là cấp cứu nội khoa thường gặp, cần nghĩ đến trước 1 BN đau bụng cấp vùng thượng vị
- Chẩn đoán dựa vào ≥ 2 trong 3 tiêu chuẩn: đau bụng cấp kiểu tụy, tăng amylase/lipase gấp 3 lần mức bình thường, hình ảnh học gợi ý đến VTC
- Tiếp cận ban đầu về điều trị cần đánh giá đúng mức độ và tiên lượng diễn tiến nặng, tìm nguyên nhân gây VTC
- Bù dịch và điều chỉnh rối loạn điện giải là bước ưu tiên trong vòng 24 giờ đầu. Nên sử dụng dịch Lactate Ringer
- Nhịn ăn để tụy nghỉ ngơi trong 24 giờ đầu, nên cho ăn qua đường miệng sớm khi dung nạp được
- Giảm đau, kháng sinh tùy theo mức độ nặng và triệu chứng gợi ý
- Theo dõi, xử trí các biến chứng và điều trị nguyên nhân