

# THLS VIÊM TỤY CẤP - CHỊ NHƯ

## Bệnh án

### Bệnh sử:

- Cách nhập viện 2 ngày, BN đột ngột đau bụng liên tục, dữ dội vùng thượng vị, đau lan sau lưng, không tư thế giảm đau. Đau bụng kèm chướng bụng, buồn nôn nhiều. BN nôn 3 lần ra thức ăn, sau nôn không giảm đau. BN tự mua thuốc giảm đau uống không rõ loại nhưng không giảm, đau bụng ngày càng tăng dần → nhập viện BV Chợ Rẫy.
- Trong quá trình bệnh, BN không sốt, không đau ngực, không khó thở, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày, tiểu vàng trong 1,5 lít/ngày.

## Bệnh án

### Tiền căn

- Chưa từng đau bụng tương tự trước đây.
- Đái tháo đường type 2 phát hiện cách 1 năm, uống thuốc không đều, không theo dõi đường huyết
- Không uống bia rượu
- PARA: 3003

## Bệnh án

### Khám lâm sàng lúc nhập viện:

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt
- M: 98 lần/ phút. HA: 110/70 mmHg. Nhịp thở: 20 lần/ phút. SpO<sub>2</sub>: 97% (khí trời). Nhiệt độ: 37°C
- Thể trạng trung bình. Cân nặng: 50 kg, chiều cao: 150 cm.
- Da niêm hồng, kết mạc mắt không vàng
- Tim đều 98 lần/phút
- Phổi: không ran
- Khám bụng: bụng chướng, di động đều theo nhịp thở, nhu động ruột 5 lần/phút, ấn đau, đề kháng vùng thượng vị. Mayo Robson (+)

- Đặt vấn đề?
- Chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt?

Đặt vấn đề:

- Đau TV cấp N2 + nôn ói
- Tiền căn: ĐTD 2 điều trị không thường xuyên

Chẩn đoán sơ bộ: Viêm tụy cấp N2 mức độ nhẹ (Theo Atlanta 2013) do tăng TG/ ĐTD 2

CĐPB:

- Viêm tụy cấp N2 mức độ nhẹ (theo Atlanta 2013) do sỏi/ĐTD 2
- Thủng loét dạ dày tá tràng
- Loét dạ dày tá tràng
- NMCT thành dưới

⇒ Tiếp cận bệnh nhân đau thượng vị phải phân biệt rõ là cấp hay mạn vì xử trí hoàn toàn khác nhau.

⇒ Trong CĐSB và CĐPB cần phải đánh giá mức độ nặng, những triệu chứng gợi ý suy đa cơ quan trên lâm sàng

#### **4F: Fat, PARA, Female, Forty**

**Biện luận:** đau thương vị cấp + nôn

Loại bụng ngoại khoa cần mổ cấp cứu không: bóc tách động mạch chủ ngực, thủng dạ dày ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, viêm túi mật

- Bóc tách động mạch chủ ngực
- Thủng bất đôi khi cũng rất khó khăn, nhưng loại trừ được thủng hở
- Viêm túi mật cấp
- Tắc ruột:
- Viêm ruột thừa cấp
- Nhồi máu mạc treo:

Nội khoa đường tiêu hóa/ ngoài đường tiêu hóa

- Nhồi máu cơ tim thành dưới
- Loét DD-TT
- ĐTĐ type 2 nhiễm ceton máu: đau bụng dữ dội kèm nôn ói nhiều, có thể giả bụng ngoại khoa
- Viêm tụy cấp: chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân nội ngoại khoa khác

Mayo- Robson: sườn sống bên trái, điểm gặp nhau giữa cột sống và bờ dưới xương sườn 12.

Loại NMCT thành dưới, loét dạ dày tá tràng, **ĐTĐ type 2 nhiễm toan ceton** có đau bụng kèm nôn nhiều và giả bụng ngoại khoa ⇒ Viêm tụy cấp

**Đau bụng kiểu tụy: đau lan ra sau lưng, đau không giảm sau nôn**

**Viêm tụy cấp N2**

**Độ nặng Atlanta mức độ nhẹ**

**YT tiên lượng nặng trên CLS?**

**Nguyên nhân viêm tụy cấp?**

- **Sởi mật: xảy ra trên bệnh nhân 4F (40 tuổi, béo phì, sinh nhiều con, nữ) ⇒ Đã từng biết sỏi mật, tiền căn cơn đau quặn mật là như thế nào (đi thi hỏi đó) xảy ra sau bữa ăn dầu mỡ, đau âm ỉ liên tục (từ đau quặn để làm mình nhầm lẫn). Sởi tắc ngay ống Vater thì có triệu chứng nhiễm trùng đường mật (nay đau mai sốt một vàng da) thì mình có chỉ định làm MRCP sớm**

**24h để không bệnh cảnh rất nặng. Còn nếu nó tắc ở trên thì nó vàng da nhẹ, đặc trưng ALT tăng nhanh giảm nhanh. ⇒ ít nghĩ đến nhưng không loại trừ. CLS: siêu âm thấy sỏi, ALT tăng nhanh, giảm nhanh, tăng #3 lần (150)**

- Tăng triglyceride: nghĩ nhiều nhất vì bệnh nhân đái tháo đường không kiểm soát ⇒ dễ gây tăng triglyceride
- Rượu: bệnh nhân không uống rượu nên không nghĩ

**Các xét nghiệm chỉ điểm có tổn thương đường mật**

- Tăng men ALT là xét nghiệm nhạy nhất để phát hiện tắc nghẽn đường mật do sỏi. Men ALT tăng nhanh và giảm nhanh là dấu hiệu đặc trưng của viêm tụy cấp do sỏi kèm với sự tắc nghẽn đường mật thoát qua tại nhú tá tràng.
- Tăng bilirubin máu thường gặp ở viêm tụy cấp do sỏi mật.

**Nguyên nhân do rượu: là 50 g ethanol/ngày trên 5 năm**

**Xơ gan do rượu thì mang tính chất tương đối**

**ATLANTA vào lúc 48h: trước 48h vẫn phải đánh giá atlanta lúc nhập viện có thể là trung bình nặng ⇒ sau đó có thể là nặng**

- Chẩn đoán sơ bộ: Viêm tụy cấp ngày 2 mức độ nhẹ (Atlanta 2013) do tăng Triglyceride máu - Đái tháo đường type 2
- Chẩn đoán phân biệt: Viêm tụy cấp ngày 2 mức độ nhẹ (Atlanta 2013) do sỏi mật- Đái tháo đường type 2

Vũ Thị Hạnh Như

**Có thể thêm không có yếu tố tiên lượng nặng tại thời điểm trên LS**

**Amylase máu, Lipase máu (đặc hiệu hơn, kéo dài 10 - 14 ngày)**

**CTM: Hct , lặp lại sau 24h**

CRP, lặp lại sau 48h

**BUN, creatinine máu, ion đồ, CRP**

**Cholesterol TP, LDL-C, HDL-C, TGs**

**SÂ bụng**

**Ceton máu: đang CĐ # với đái tháo đường nhiễm ceton máu**

**HbA1C:**

**AST, ALT, glucose máu, ECG hsTro I, Xquang ngực thẳng, XQ bụng đứng không sửa soạn, TPTNT**

CT scan bụng cản quang chưa cần đề nghị trong trường hợp viêm tụy cấp nhẹ.

**Chị hỏi nếu làm CT-scan có cản quang hay không cản quang?**

- **CT-scan có cản quang cần thấy cái gì?**
- **Chỉ định chụp CT-scan? Tại sao có những ca mới vô BS chụp ngay CT-scan luôn?**
- **Chụp CT-scan ngày thứ mấy để chẩn đoán tụy hoại tử thì thời gian này là có giá trị nhiều?**

**Nếu bệnh nhân này bụng đầy hơi thì siêu âm chả thấy gì thì cần chụp CTscan**

**Nếu bệnh nhân có viêm tụy mức độ nặng ⇒ chụp CT-scan cản quang thấy được chỗ hoại tử không bắt thuốc cản quang**

**Nếu mình chưa loại trừ được bụng ngoại khoa thì mình cần chụp CT-scan, thủng bít, nhồi máu mạc treo.**

## Một số kết quả cận lâm sàng của BN

- RBC: 4.69 T/L; Hb: 153 g/dL; Hct: 46.3%. MCV 90.8 fL; MCH 31.6.2 pg; MCHC 348 g/L
- WBC: 12.5 G/L; Neu: 77.4%, Lym: 13.2%, Eos: 1.6%, Mono: 7%
- PLT: 252 G/L

Vũ Thị Hạnh Như

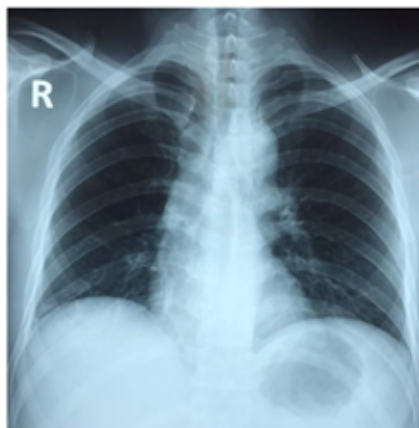
Hct tăng trên 44% là yếu tố tiên lượng nặng. Bạch cầu tăng trên 12K do 1/ Nhiễm trùng, 2/ Tăng do phản ứng. Hiện tại chưa nghĩ đến biến chứng viêm tụy cấp hoại tử (biến chứng muộn)

## Một số kết quả cận lâm sàng của BN

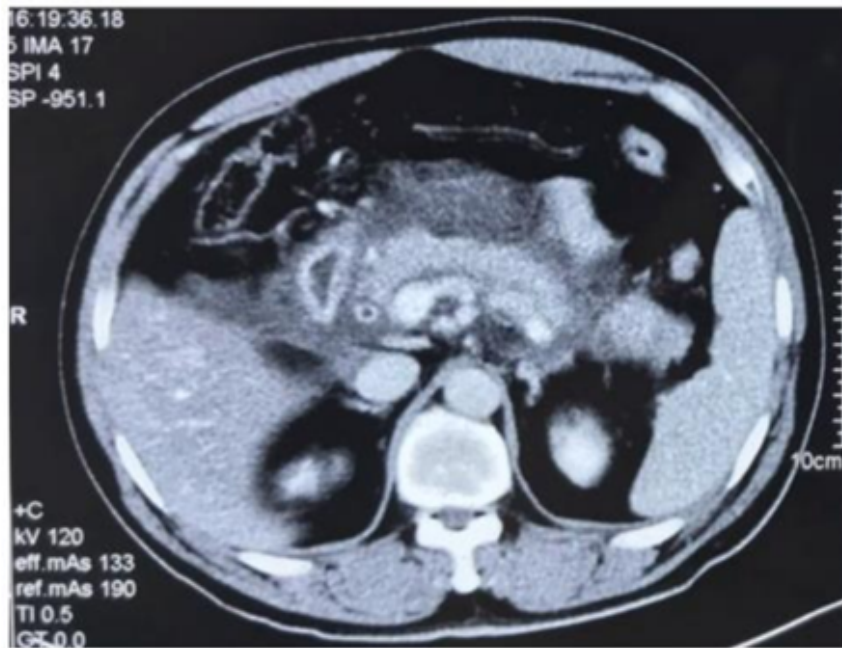
- Đường huyết: 290 mg/dl
- Bilirubin toàn phần: 1.14 mg/dl; trực tiếp: 0.51 g/dl; gián tiếp: 0,63 mg/dl.
- AST: 31 U/L; ALT: 35 U/L.
- BUN: 14 mg/dl. Creatinin: 0.75 mg/dl. Na+: 135 mmol/L. K+: 3.8 mmol/L. Cl-: 100 mmol/L
- Amylase máu: 470 U/L; Lipase máu: 697 U/L
- Triglycerides: 1986 mg/dL
- CRP: 208 mg/L

Vũ Thị Hạnh Như

Một số kết quả cận lâm sàng của BN



Vũ Thị Hạnh Như



## Kết quả CT Scan bụng của BN

- Kết quả: gan nhiễm mỡ, tụy lớn, thâm nhiễm mỡ quanh tụy, tụ dịch trong khoang cạnh thận trước bên
- Kết luận: gan nhiễm mỡ, viêm tụy cấp thể phù nề, Balthazar E, CTSI 4 điểm

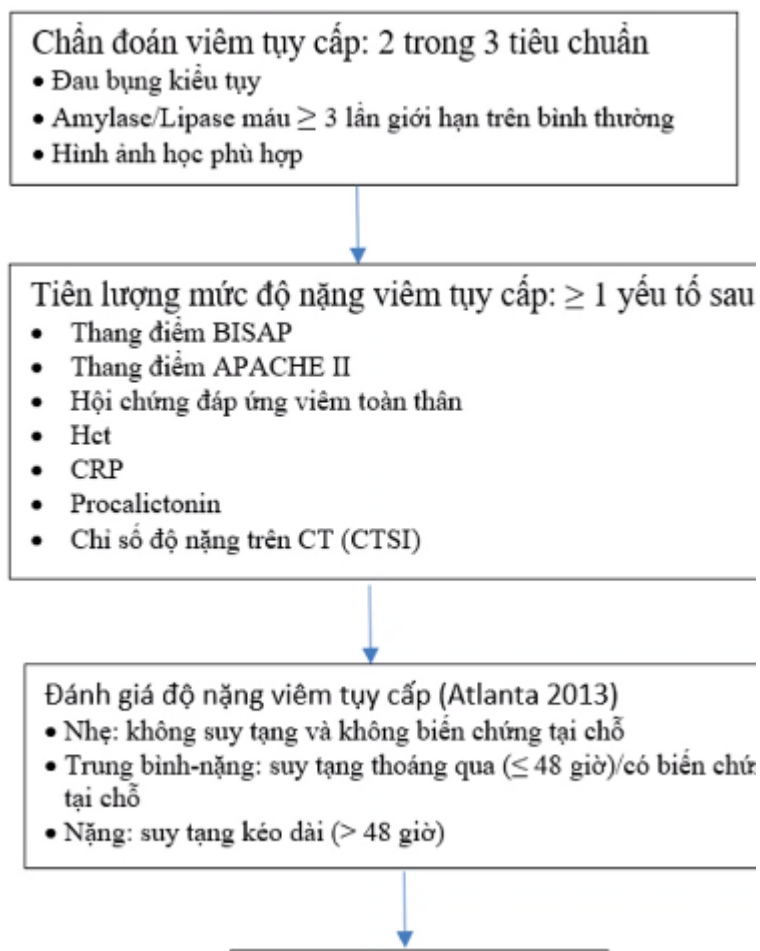
CT bụng là chỉ định hơi quá tay ở bệnh nhân này. Nhưng bệnh nhân ở bệnh viện CR là nặng, bệnh nhân này bụng hơi chướng hơi, nên bác sĩ cấp cứu chụp CT bụng luôn

**Không TDMP theo BISAP**

**Các yếu tố tiên lượng nặng: Hct, CRP**

**CT-scan:**





Tại sao VTC tại vừa cần mức độ nặng, vừa cần tiên lượng nặng. Nhiều bệnh nhân đánh giá mức độ nhẹ theo atlanta nhưng bệnh nhân lại chuyển biến nặng. Vì vậy người ta mới nghĩ ra nhiều thang điểm. Thang điểm BISAP là phải nhớ.

### **CTSI trên CT-scan**

#### **Atlanta 2013:**

- **Nhẹ: không suy tạng và biến chứng tại chỗ/toàn thân**
- **TB-Nặng: suy tạng (<48h) và/or biến chứng tại chỗ/toàn thân**
- **Nặng: suy tạng (>48h)**

**Viêm tụy cấp ngày 2 mức độ trung bình – nặng (Theo Atlanta 2013), có yếu tố tiên lượng nặng do nguyên nhân tăng TGs/ ĐTĐ 2**

Chẩn đoán xác định: Viêm tụy cấp ngày 2 mức độ trung bình - nặng (Atlanta 2013) do tăng Triglyceride máu, có yếu tố tiên lượng nặng – Đái tháo đường type 2

Vũ Thị Hạnh Như

Biên chứng tụy dịch thì không cần đưa vô, vì bản chất mức độ nó đã phản ánh biến chứng, Trừ trường hợp viêm tụy hoại tử thì mình đưa vô.

**SIRS M 98 WBC 12.5 K/lul à tiên lượng nặng**

**Nguyên tắc điều trị:**

- **Bù dịch sớm - cân bằng điện giải**
- **Giảm đau**
- **Cho tụy nghỉ ngơi, cho ăn đường miệng sớm**
- **Theo dõi và xử trí biến chứng: tụy dịch quanh tụy (đa phần tụy biến mất nên chỉ cần theo dõi không xử trí)**
- **Điều trị nguyên nhân: tăng triglyceride, mục tiêu TG < 500 trong 3-4 ngày**

**Khi nào cho ăn? Bắt đầu cho ăn thức ăn gì?**

**Cần nhớ: không có kháng sinh phòng ngừa, chỉ cho KS khi có ổ nhiễm trùng trên LS (phổi, NTT, ...)**

## ĐIỀU TRỊ Ở THỜI ĐIỂM CẤP CỨU

- Lactate Ringer 250 - 500 ml TTM trong 1 giờ.  
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 – 12 giờ
- Meperidine 50 mg 1 ống TB mỗi 8 giờ
- Insulin Actrapid 50 đơn vị + Natriclorua 0,9% 50ml BTTĐ 0.1-0.3 đơn vị/kg/giờ.
- 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
- Nhịn ăn uống

Vũ Thị Hạnh Như

**Dịch truyền có hiệu quả nhất 24-48h, qua 48h thì hết có vai trò của bù dịch. Nếu những giờ đầu không bù dịch đủ thì sẽ diễn tiến thành viêm tụy hoại tử do mất dịch trong viêm tụy do nhiều yếu tố (nôn ói, mất dịch qua khoang thứ 3)**

Truyền phải ghi rõ bao nhiêu giọt/phút để điều dưỡng họ thực hiện y lệnh.

Nếu bệnh nhân đến với mình sau 48h, thường ở CR là vậy, thì phải đánh giá lại tình trạng dịch của bệnh nhân. Nếu thiếu thì mình bù, và bù thì cần theo dõi sát. Đúng là hiệu quả nhất trong 24-48h, nhưng không có nghĩa qua 48h bệnh nhân thiếu dịch thì không bù dịch. Nếu bệnh nhân đã vào AKI tại thận thì cần phải cân bằng dịch cho bệnh nhân, không thừa, cũng không thiếu.

**Mức độ Atlanta 2013 chính xác và hiệu quả nhất nhưng mà lúc đầu có thể chưa thấy biến chứng, độ nặng thì sau 48h mới đánh giá được suy tạng kéo dài**

**Bây giờ BISAP, Hct kéo dài là yếu tố tiên lượng nặng/BN có Atlanta 2013 nhẹ cũng phải theo dõi sát**

**Nếu BN 50 kg thì mình xài 0.1 UI/kg/giờ  $\Rightarrow$  khoảng 5 UI/h (BTTĐ 5ml/giờ) nhưng thực tế ở VN thì đa phần xài 2-3 UI/giờ do xài 5 UI/kg thì dễ hạ đường huyết dễ tử vong trong bệnh viện. Vì thể trạng bệnh nhân Việt Nam gầy hơn**

**Glucose phải kiểm tra mỗi giờ (hai giờ?), nếu glucose 150-200 phải truyền glucose 5% để ngừa hạ đường huyết cho bệnh nhân. BN này thì có đái tháo**

**đường nên mình ưu tiên xài insulin (điều trị tăng TG và ĐTĐ) còn đối với những bệnh nhân nặng nề hơn mà không có đái tháo đường mà có yếu tố nhiễm toan không đáp ứng nội khoa, hạ  $Ca^{2+}$  máu, suy tạng như AKI thì mình xem xét lọc huyết tương cho bệnh nhân (máy lọc huyết tương và kinh tế bệnh nhân nên không phải ai cũng cho lọc huyết tương)**

**Bù K<sup>+</sup> do mình xài Insulin và phải theo dõi ion đồ sắt  $\Rightarrow$  Dung dịch G-I-K**

**Dinh dưỡng đường miệng sớm**

Theo dõi điều trị bệnh nhân như thế nào?

- Theo dõi sát trong vòng 24 - 48 giờ đầu sau nhập viện
- Nước tiểu đo mỗi giờ
- Theo dõi sinh hiệu, SpO<sub>2</sub> 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, sau 48 giờ
- CRP lúc 48h sau nhập viện
- Điện giải đồ theo dõi thường xuyên trong 48-72 giờ đầu

Sau điều trị 3 ngày, BN hết đau bụng, không buồn nôn, không nôn, cảm giác đói.

XN của BN tại thời điểm này như sau:

- Đường huyết: 160 mg/dl
- Triglycerides: 479 mg/dL
- RBC: 4.60 T/L; Hb: 146 g/dL; Hct: 37%.
- WBC: 7.5 G/L; Neu: 75.4%, Lym: 16.2%, Eos: 2.3%, Mono: 6%
- PLT: 213 G/L

Vũ Thị Hạnh Như

**Cải thiện tốt về LS và CLS**

- Chuyển Actrapid  $\Rightarrow$  Mixtard TDD liều Actrapid liều 24h trước đó của Actrapid xài 1 thời gian rồi mới chuyển sang metformin, theo dõi đường huyết 2 lần/ngày cho bệnh nhân, đến khi ổn định thì giảm lại.
- Dinh dưỡng đường miệng: cử dầu mỡ, sữa trứng, ăn từ lỏng đến đặc
- Chuyển sang xài Fibrate điều trị tăng TG  $\Rightarrow$  theo dõi, nếu bệnh nhân có tăng TG kéo dài thì mình dùng lâu dài, có tiền căn gia đình rối loạn Lipid máu chẳng hạn.

Đọc thêm khi nào cần mổ cấp cứu ERCP

Cần loại trừ nguyên nhân ngoại khoa: chụp CT-scan có cản quang mới loại trừ được tắc ruột

Nếu bệnh nhân có suy thận thì có thể thay thế bằng MRI bụng để loại trừ bụng ngoại khoa

Nếu bệnh nhân ĐTĐ: thì mình vừa truyền insulin và nhịn ăn thì phải theo dõi glucose sát 2h để phát, nếu glucose 150-200 thì mình truyền glucose 5%

Nếu bệnh nhân không có đái tháo đường thì mình bắt buộc phải truyền đường Glucose 20% 3 chai/ngày

Tóm tắt chẩn đoán xác định VTC

1. Viêm tụy cấp: 2/3 tiêu chuẩn (đau kiểu tụy, men tụy, hình ảnh học)
2. Mức độ nặng theo Atlanta 2013 (lúc nhập viện chưa đủ 48h cũng phải đánh giá)
3. Yếu tố tiên lượng nặng: BISAP, Hct, CRP, SIRS

Yếu tố tiên lượng không nặng: bụng không đề kháng, Hct bình thường (nam < 43%, nữ < 40%), creatinine máu < 2 mg/dl

1. Nguyên nhân: sỏi (4F, cơn đau quặn mật, tiền căn sỏi túi mật), tăng TG, rượu

Theo dõi S4H12Bunion24CRP48