

**ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP****BV.NHÂN DÂN GIA ĐỊNH****1. ĐỊNH NGHĨA:**

Là bệnh lý viêm cấp tính của tụy, biểu hiện cơn đau bụng cấp, tăng amylase máu, cấu trúc và chức năng tụy hồi phục hoàn toàn sau đợt cấp.

- Viêm tụy cấp phù mô kẽ: tổn thương nhu mô tụy tối thiểu v tự giới hạn.
- Viêm tụy cấp hoại tử: phản ứng viêm lan rộng, hoại tử, xuất huyết mô tụy và mô xung quanh. Thể này có biến chứng và tử vong cao.

**2. TRIỆU CHỨNG:**

Tiền sử: sỏi mật, uống rượu, chấn thương, ERCP, phẫu thuật, sử dụng thuốc,...

- Đau vùng thượng vị, lan sau lưng khởi phát đột ngột sau uống rượu bia 6-12giờ hoặc sau bữa ăn thịnh soạn,.
- Nôn liên tục, sau nôn vẫn không bớt đau.
- Sốt: 2-3 ngày đầu là do phản ứng với chất sinh sốt hoặc bệnh đường mật đi kèm sốt muộn hơn gợi ý biến chứng nhiễm trùng.
- Choáng khi viêm tụy cấp nặng biểu hiện nhịp tim nhanh, huyết áp thấp
- Vàng da (20-30%):
  - + Nhẹ do đầu tụy phù nề đè vào đoạn ống mật chủ trong tụy.
  - + Vàng da rõ thường do sỏi mật hoặc giun.
- Bụng chướng hơi, ấn đau tức vùng trên rốn, Mayo-Robson(+), Mallet Guy-Tôn Thất Tùng(+). Đôi khi có đề kháng thành bụng . Nhu động ruột giảm hoặc mất
- Dấu hiệu Cullen hoặc Grey Turner gợi ý viêm tụy hoại tử xuất huyết.

**3. CẬN LÂM SÀNG:****3.1 Sinh hóa huyết học****3.1.1 Amylase máu:**

- Tăng sớm 2-12h đầu và về bình thường trong vòng 1 tuần. Tăng > 5lần có giá trị chẩn đoán viêm tụy cấp >95% nhưng không có giá trị tiên lượng.
- Tăng amylase máu có thể do: viêm túi mật cấp, sỏi túi mật có hay không kèm viêm đường mật, tắc ruột, thủng tạng rỗng, ngộ độc rượu ,quai bị, vỡ thai ngoài tử cung, suy thận...
- Bình thường: trong đợt cấp viêm tụy mạn do rượu và tăng triglyceride máu.

$$\text{Độ thanh thải amylase /creatinin} = \frac{[\text{amylase}_{\text{NT}}] \times [\text{creatinin}_{\text{M}}]}{[\text{creatinin}_{\text{NT}}] \times [\text{amylase}_{\text{M}}]}$$

Độ thanh thải tăng 3-10% giúp phân biệt macroamylasemia và viêm tụy cấp. (bình thường 2-5%).

**3.1.2 Lipase máu:**

- Tăng 4-8h sau khi khởi phát, về bình thường trong 8-14ds.

### 3.1.3 Amylase niệu:

- Tăng vài giờ sau tăng amylase máu, kéo dài 7-10ds sau khi amylase máu về bình thường.
- Amylase niệu không tăng trong macroamylasemia.
  - Công thức máu : Bạch cầu tăng
  - Đường huyết có thể tăng
  - Cần theo dõi các rối loạn ion đồ, chức năng gan, AST, ALT ...
- Chọc hút dịch màng bụng, màng phổi nếu có và định lượng amylase.

### 3.2 Hình ảnh học:

- **XQ bụng đứng:** loại trừ bụng ngoại khoa, phát hiện dấu quai ruột canh gác và TDMP.
- **Siêu âm bụng:** tụy lớn, phù nề, tụ dịch quanh tụy, sỏi mật, dẫn đường mật, nang giả tụy, kết quả hạn chế khi có tình trạng chướng hơi.
- **CTscan bụng:** có giá trị tốt nhất trong chẩn đoán, có thể bình thường trong 15-30% thể nhẹ, nhưng hầu như luôn có hình ảnh bất thường ở thể vừa và nặng.
- **MRI** : khi suy thận, dị ứng thuốc cản quang hoặc có thai.
- **ERCP:** khi viêm tụy cấp nặng do sỏi đường mật, có thể cắt cơ vòng Oddi và kéo sỏi.

## 4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

### 4.1 Ngoại khoa:

- Viêm túi mật cấp.
- Sỏi mật có hay không kèm viêm đường mật.
- Thủng tạng rỗng.
- Tắc ruột, nhồi máu mạc treo.
- Sỏi thận.
- Phình bóc tách động mạch chủ bụng.

### 4.2 Nội khoa:

- Viêm loét dạ dày-tá tràng
- Viêm gan
- Viêm phổi
- Nhồi máu cơ tim.
- Đái tháo đường nhiễm ceton.

## 5. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG:

### 5.1 Lâm sàng:

- Shock
- Suy hô hấp
- Suy thận cấp
- Xuất huyết
- Viêm phúc mạc

**5.2 Cận lâm sàng:****5.2.1. Tiêu chuẩn Ranson:**

	VTC do rượu	VTC không do rượu
<b>- Lúc nhập viện:</b>		
Tuổi	>55	>70
Bạch cầu	>16,000/ $\mu$ l	>18,000/ $\mu$ l
Đường huyết	>200mg/dl	>220mg/dl
LDH	>350U/l	>400U/l
AST	>250U/l	>440U/l
<b>- 48 giờ nhập viện:</b>		
Hct giảm	>10%	>10%
Urea máu tăng	>5mg/dl	>2mg/dl
Canxi máu	<8mg/dl	<8mg/dl
Dự trữ kiềm giảm	>4mEq/l	>4mEq/l
PaO <sub>2</sub>	<60mmHg	<60mmHg
Tụ dịch khoang kẽ	>6lít	>6lít

**Chú ý:**

- ✓ urea = mmol/l : 0,357= mg/% (BT= 8-25mg/% hay 2,9-8,9 mmol/l)
- ✓ Ca<sub>toàn phần</sub> = mmol/l : 0,25=mg/% (BT= 8,6-10,3mg/% 2,15-2,58 mmol/l)
- ✓ Ca<sup>2+</sup> = mmol/l : 0,25=mg/% (BT= 4,5-5,1mg/% hay 1,13-1,28 mmol/l)

**Kết quả:**

- Điểm 0-2 : tử vong 2%
- Điểm 3-4 : tử vong 15%
- Điểm 5-6 : tử vong 40%
- Điểm  $\geq$ 7 : tử vong gần 100%

**5.2.2. Thang điểm Balthazar:**

- Độ A : CTscan bình thường
- Độ B : tụy lớn khu trú hay lan tỏa.
- Độ C : tụy lớn và viêm quanh tụy.
- Độ D : tụ dịch khu trú 1 vùng.
- Độ E : tụ dịch > 2vùng và hoặc có bóng khí trong hay cạnh tụy.

**Kết quả:**

- Độ A,B : tốt
- Độ C,D : tỉ lệ nhiễm trùng 10%, hiếm khi tử vong.
- Độ E : tỉ lệ nhiễm trùng 50%, tử vong 15%.

**6. ĐIỀU TRỊ:****6.1 Nguyên tắc:**

- Giảm tiết và nôn dưỡng là chủ yếu
- Theo dõi, phát hiện và điều trị sớm biến chứng nếu có.

**6.2 Thể nhẹ:**

Bù nước-điện giải thích hợp qua đường tĩnh mạch.

Thuốc giảm đau:

- Meperidine 50-100mg IV/IM mỗi 4-6h là tốt nhất.
- Morphin có thể cần thiết trong thể nặng.

Đề tụy nghỉ ngơi:

- Nhịn ăn uống đường miệng cho tới khi hết đau, hết nôn thì chuyển sang theo thứ tự: nước đường, cháo đường, cơm nhão rồi cơm bình thường nhưng ít đậm, ít mỡ. Nếu đau lại thì ngưng ăn uống .
- Sonde mũi-dạ dày cần thiết khi viêm tụy cấp nặng hoặc nôn, chướng hơi nhiều.

Thuốc khác:

- Anti H2, PPI: khi viêm tụy nặng có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa do stress.
- Somatostatin, kháng viêm, atropine, kháng sinh phòng ngừa: không cải thiện tình trạng viêm tụy.

**6.3 Thể nặng:**

Nhu cầu thể tích dịch cần bù có thể rất lớn, do đó bệnh nhân nên được theo dõi ở ICU.

**6.4 Điều trị sỏi mật:**

Chụp ERCP và cắt cơ vòng lấy sỏi trong 24-72h nhập viện cải thiện tiên lượng và tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng do sỏi.

Chỉ định:

- Đau hiệu lâm sàng xấu đi sau 24h nhập viện.
- Có sỏi ống mật chủ, dẫn đường mật.

Nhược điểm: nhiễm trùng ngược dòng, chảy máu, viêm tụy cấp.

**6.5 Phẫu thuật:**

Chỉ định:

- Chẩn đoán không chắc chắn, nghi ngờ bụng ngoại khoa.
- Viêm tụy cấp biến chứng: hoại tử nhiễm trùng, áp xe tụy, nang giả tụy vỡ
- Viêm tụy cấp có kèm sỏi mật.
- Điều trị nội khoa thất bại

Lựa chọn phương pháp tùy theo chỉ định cụ thể ở trên.

**6.6 Dinh dưỡng:**

- Nuôi ăn qua hồng tràng sau 48 giờ nhập viện là tốt nhất vì dung nạp tốt, ít biến chứng, đỡ tốn kém hơn nuôi ăn đường tĩnh mạch.
- Có thể dùng dung dịch lipid nếu triglyceride máu < 500mg/%.

**7. BIẾN CHỨNG:****7.1 Tại chỗ:****7.1.1 Viêm tụy cấp hoại tử nhiễm trùng:**

- Dấu hiệu gợi ý: đau bụng tăng dần, nôn dữ dội, sốt cao, bạch cầu >20,000/ml.
- CD xác định: CTscan bụng cản quang phát hiện tụy có bóng hơi, chọc hút dịch quanh tụy để nhuộm gram và cấy.
- Điều trị: Kháng sinh phổ rộng và phẫu thuật
  - + KS: Imipenem hoặc kết hợp Quinolone + Metronidazole tĩnh mạch 10-14ds.

Thuốc	Liều
Imipenem	0,5 -1g IV mỗi 6-8h
Ciprofloxacin	0,2 -0,4g IV mỗi 12h
Ofloxacin	0,2-0,4g IV mỗi 12h
Metronidazole	0,5g IV mỗi 8h

- + PT: cắt lọc mô hoại tử và dẫn lưu.

**7.1.2 Nang giả tụy:**

- Dấu hiệu gợi ý: đau bụng dai dẳng hoặc tăng amylase máu kéo dài >1 tuần.
- CD xác định: siêu âm hoặc Ctscan bụng.
- Hầu hết là hồi phục tự nhiên
- Điều trị:
  - + Nang < 6cm, không có triệu chứng thì siêu âm kiểm tra ít nhất 6 tuần sau
  - + Nang có dấu hiệu chèn ép, lớn nhanh hoặc tồn tại >6 tuần thì phẫu thuật dẫn lưu nang vào dạ dày, tá tràng hoặc hồng tràng tùy theo vị trí. Có thể mổ qua nội soi ổ bụng hoặc đặt catheter dẫn lưu qua da hoặc dẫn lưu qua nội soi.
- Biến chứng: nhiễm trùng, xuất huyết, vỡ, chèn ép cơ quan lân cận.

**7.1.3 Tụ dịch quanh tụy****7.1.4 Áp xe tụy****7.1.5 Tắc tá tràng, ống mật chủ.****7.2 Toàn thân:**

- Hô hấp: xẹp phổi, tràn dịch màng phổi, viêm phổi, ARDS.
- Tim mạch: tụt huyết áp, shock.
- Thận: thiếu niệu, tăng azot máu, suy thận cấp.
- Huyết học: thuyên tắc mạch, DIC.
- Xuất huyết ồ ạt hiếm khi xảy ra, nguyên nhân: viêm dạ dày do stress, vỡ dẫn tĩnh mạch phình vị, động mạch quanh tụy.
- Khác: hạ canxi, hạ magne máu, tăng đường huyết

**8. TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

- 8.1. Chandra Prakash. Acute pancreatitis .Washington Mannual of medical Therapeutics 32<sup>st</sup>, 2007, p 458-459.
- 8.2. Canan Avunduk. Acute Pancreatitis. Manual of Gastroenterology Diagnosis and Therapy 3<sup>th</sup> , 2002, p 300-310.
- 8.3. James H.Grendell, MD. Acute pancreatitis. Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterology 2<sup>nd</sup> , 2003, p 489-495.
- 8.4. Kahl, S.; Zimmermann, S.; Malfertheiner, P. (Magdeburg) Acute Pancreatitis: Treatment Strategies. Emergencies and Complications in Gastroenterology 2003; 30-35
- 8.5. Michael L. Kendrick and .Michael G. Sarr . Pancreatic Necrosis and Infections in Patient With Acute Pancreatitis . Pancreatitis and its complications 2005; 99-112
- 8.6. Peter Draganov. Treatment of Severe Acute Pancreatitis . Pancreatitis and its complications 2005;81-99
- 8.7. Trần Ngọc Bảo. Viêm tụy cấp. Hồi sức cấp cứu nội khoa ĐHYD Tp HCM 2004, trang 129-136.
- 8.8. Trần Văn Phoi, Điều trị vim tụy cấp, Điều trị học ngoại khoa tiêu hóa 2001, trang 337-356.

**SƠ ĐỒ TIẾP CẬN BỆNH NHÂN VIÊM TỤY CẤP**

