**VIÊM TỤY CẤP NẶNG**

**1. Đại Cương:**

Viêm tụy cấp (VTC) là một tình trạng viêm cấp tính của nhu mô tuyến tụy kết hợp với phù nề, hoại tử, tự tiêu (autodigestion) và chảy máu mô tụy ở các mức độ thay đổi.

VTC có bệnh cảnh lâm sàng khá đa dạng, biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau, từ mức độ nhẹ, bệnh nhân (BN) chỉ cần nằm viện ngắn ngày, ít biến chứng cho đến mức độ nặng, bệnh diễn tiến phức tạp, nhiều biến chứng, chiếm tỷ lệ khoảng 20% trong các VTC. Tỷ lệ tử vong (TLTV) toàn thể trong VTC nặng với biến chứng nhiễm trùng từ 10 - 20%, nhưng có thể tăng lên tới 50% khi có suy đa tạng.

Về mặt giải phẫu bệnh có 2 thể là VTC phù nề và VTC hoại tử chẩy máu.

**2. Nguyên Nhân:**

**2.1 Nguyên Nhân Hay Gặp:**

- Sỏi ống mật chủ, sỏi túi mật

- Rượu

- Tăng triglyceride máu

**2.2 Nguyên Nhân Ít Gặp:**

- U tụy, bóng Vater

- Thuốc: azathioprin, thiazid, metronichzol...

- Chấn thương tụy

- Nhiễm trùng (sởi, nhiễm virus coxsackie)

- Bệnh tự miễn

- Rối loạn chức năng cơ vòng Oddi

- Tăng calci máu

**3. Chẩn Đoán:**

**3.1 Chẩn Đoán Xác Định:**

**3.1.1 Lâm Sàng Cơ Năng**

- Đau bụng trên rốn: gặp trong 95% BN VTC.

- Buồn nôn, nôn: gặp trong 85% BN VTC, sau khi BN nôn đau bụng vẫn không thyên giảm.

Các dấu hiệu thực thể

- Bụng trướng

- Điểm sườn lưng đau

- Thường có căng cứng vùng thượng vị hoặc căng đau bụng lan tỏa. Có thể có co cứng thành bụng và có phản ứng thành bụng trong trường hợp VTC nặng.

- Bầm tím 2 bên mạng sườn (dấu hiệu Grey - Tumer) hoặc khu vực quanh rốn (dấu hiệu Cullen).

- Có thể thấy khối căng tức rốn, tràn dịch màng phổi, vàng da, tăng áp lực ổ bụng.

**3.1.2 Cận Lâm Sàng Sinh Hóa**

- Amylase máu tăng > 3 lần bình thường ( tăng sau 1-2 giờ đau, tăng cao sau 24 giờ và bình thường sau 2-3 ngày). Amylase kém đặc hiệu và nó còn có nguồn gốc từ ruột non, tuyến nước bọt, buồng trứng, vòi trứng, phổi, amidan, tuyến vú, các khối u ác tính và nồng độ này còn có thể tăng do có các macroamylase máu.

- Lipase tăng > 3 lần bình thường. Nồng độ lipase nhậy hơn trong chẩn đoán VTC và nó tiếp tục tăng cao trong thời gian dài hơn amylase. Tuy nhiên, cả lipase và amylase đều có thể tăng giả tạo trong suy thận.

- LDH tăng.

- CRP tăng có ý nghĩa tiên lượng.

Huyết học

- Bạch cầu tăng, trung tính tăng, hematocrit tăng.

- Rối loạn đông máu gặp trong bệnh nặng.

Chẩn đoán hình ảnh

- Xquang ổ bụng: bụng nhiều hơi, các quai ruột gần tụy giãn, tràn dịch màng phổi

- Siêu sâm: thể phù, thể hoại tử, thăm dò tắc nghẽn đường mật, ống tụy.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT scanner); là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán

Theo hội nghị chuyên đề ở Atlanta, chẩn đoán VTC đòi hỏi phải có 2 trong 3 tiêu chuẩn:

1) Đau bụng; 2) tăng amylase và lipase hơn 3 lần giá trị bình thường cao; 3) Hình ảnh viêm tụy trên CT scanner bụng.

**3.2 Chẩn Đoán Mức Độ Nặng Dựa Vào Một Số Thang Điểm Sau**

a. Theo APACHE-II> 8 điểm là nặng

b. Theo thang điểm Ranson: > 3 yếu tố là nặng

|  |  |
| --- | --- |
| 0 giờ | 48 giờ |
| Tuổi > 55  Bạch cầu > 1600/mm3  LDH > 350U/l  AST > 250U/l  Glucose > 11mmol/l | Hct giảm > 10%  Ure > 1,8mmol/l  Calci < 1.9mmol/l (8mg/dl)  PaO2 < 60mmHg  Mất dịch > 6000ml  Thiếu hụt kiềm ( base deficit) > 4 mEq/l |

c. Theo Imrie: dựa vào những đánh giá khi vào viện gồm 8 yếu tố

- Tuổi > 55

- LDH >600U/l

- Bạch cầu > 15000

- Calci máu < 2 mmol/l

- Glucose máu > 10mmol/l

- Albumin < 32 g/l

- PaO2 < 60mmHg

- AST/ALT > 200U/l

Nếu có > 3/8 yếu tố là nặng

d. Dựa vào chẩn đoán hình ảnh Balthazar Score ( CT Score)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mức độ viêm tụy | điểm | Mức độ hoại tử | điểm |
| A Tụy bình thường  B VTC thể phù  C Viêm quanh tụy  D Một ổ dịch quanh tụy  E > 2 ổ dịch quanh tụy | 0  1  2  3  4 | Không hoại tử  Hoại tử 1/3 tụy  Hoại tử 1/3-1/2  Hoại tử > ½ | 0  2  4  6 |

Tổng số điểm = điểm do viêm + điểm do hoại tử 1 - 2 điểm : không có biến chứng nặng

3 - 6 điểm : biến chứng không rõ

7 điểm : nặng, tử vong cao

**E. Chỉ Số BISAP Để Dự Kiến Mức Độ Nặng Và Các Biến Chứng Của Viêm Tụy Cấp**

- Nồng độ Ure máu > 8.9 mmol/l (25mg/dl)

- Suy giảm trình trạng ý thức

- Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống ( SIRS)

- Tuổi > 60

- Tràn dịch màng phổi

Chỉ số điểm này được tính toán trong 24 giờ. Gia tăng nguy cơ bị biến chứng ở các bệnh nhân có chỉ số điểm ≥ 3

**F. Các Yếu Tố Đơn Độc Đánh Giá Khi Bệnh Nhân Liên Quan Với Viêm Tụy Cấp Nặng**

- Hematocrit > 44%

- Béo phì

- Nồng độ protein phản ứng C > 150mg/dl

- Nồng độ Albumin máu < 2.5mg/dl

- Tăng đường huyết xảy ra sớm

**G. Các Chỉ Điểm Của VTC Nặng Trong Thời Gian Nằm Viện**

- Suy đa cơ quan kéo dài (> 48 giờ)

- Hoại tử tụy

- Nhiễm trùng trong bệnh viện

**3.3 Chẩn Đoán Phân Biệt:**

- Với đau bụng cấp: thủng tạng rỗng (thủng dạ dày...), sỏi mật, tắc ruột, phình tách động mạch chủ bụng, nhồi máu cơ tim thành sau, viêm dạ dày ruột cấp.

- Với các trường hợp tăng amylase máu: suy thận, viêm tuyến mang tai.

- U tụy: BN cũng đau, CT có hình ảnh u tụy.

- Đợt cấp viêm tụy mạn: thường có hình ảnh sỏi ống tụy hoặc nhu mô tụy.

**3.4 Chẩn Đoán Biến Chứng:**

**3.4.1 Tại Chỗ:**

- Ổ tụ dịch, ổ hoại tử, ổ hoại tử nhiễm khuẩn.

- Nang giả tụy: thường sau 4 - 6 tuần sau VTC.

- Áp xe tụy, rò ống tụy vào ổ bụng.

- Tổn thương mạch máu, chẩy máu.

**3.4.2 Toàn Thân:**

- Suy hô hấp, suy thận cấp, sốc, suy đa tạng.

- ARDS

- Xuất huyết tiêu hóa.

- Đông máu rải rác trong lòng mạch.

**5. Điều Trị:**

Nguyên tắc điều trị:

- Do dự kiến sớm tình trạng nặng của bệnh có thể khó, nên tất cả BN VTC cần điều trị như VTC nặng đến khi xác định được mức độ nặng.

- Điều trị hỗ trợ là mục tiêu điều trị chính, trong đó khôi phục thể tích tuần hoàn là chiến lược phải đặt lên hàng đầu. Ngoài ra phải kiểm soát đau, hỗ trợ dinh dưỡng, xem xét kháng sinh dự phòng, xem xét dẫn lưu xuyên da, xem xét ERCP.

**5.1 Các Biện Pháp Hồi Sức Tích Cực Hồi Sức Hô Hấp**

- Chỉ định: khi bệnh nhân có suy hô hấp trên lâm sàng, dựa vào khí máu động mạch, tổn thương trên Xquang phổi.

- Phương thức: thở oxy, thở máy không xâm lấn, thở máy xâm lấn.

Hồi sức tuần hoàn

- Bệnh nhân cần được đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm.

- Bù dịch và cân bằng điện giải rất quan trọng trong 72 giờ đầu:

+ BN có dấu hiệu thiếu hụt thể tích nặng cần truyền dịch nhanh với tốc độ tối đa 500 - 1000mL/giờ. Giảm đi khi có dấu hiệu cải thiện tình trạng giảm tưới máu.

+ Tối thiểu trong cấp cứu VTC cũng phải truyền dịch tốc độ 250 - 300mL/giờ để duy trì nước tiểu 0.5mL/kg/giờ.

+ Trong trường hợp phù phổi mà xác định là ARDS do VTC thì không nhất thiết phải giảm tốc độ dịch truyền.

+ Loại dịch truyền: Lactate Ringger tốt hơn NaCl 0.9%.

+ Dấu hiệu bù đủ dịch: sinh hiệu cải thiện, tăng lượng nước tiểu, giảm Hct và BUN (đánh giá trong 24 giờ đầu).

- Thuốc vận mạch khi đã bù đủ dịch mà vẫn tụt HA: noradrenalin, dopamine, dobutamin.

Cho tụy nghỉ ngơi

- Cần cho tụy nghỉ ngơi bằng nuôi ăn đường tĩnh mạch cho đến khi đau và nôn giảm.

- Nên cho dinh dưỡng sớm qua đường ruột bằng cách đặt sonde mũi hỗng tràng nếu BN dung nạp được.

- Sau 7 ngày tình trạng bệnh cải thiện có thể dinh dưỡng qua miệng, bắt đầu cho uống nước không có năng lượng → nước đường → cháo đường.

- Giảm tiết dịch tụy: somatostatin hoặc octreotide (liều 0.1mg, tiêm dưới da 2-3 lần/ ngày).

Phòng ngừa loét dạ dày tá tràng do stress:

Dùng nhóm PPI hoặc anti H2 tiêm tĩnh mạch.

Giảm đau:

Dùng thuốc nhóm opiat đường tĩnh mạch: morphin và các dẫn chất. Có thể dùng phương pháp PCA (patient-controlled anesthesia pump).

Chú ý thuốc nhóm này có thể gây liệt ruột.

Kháng sinh dự phòng

- Dùng kháng sinh dự phòng còn gây nhiều tranh cãi. Nói chung, không nên dùng thường quy với BN VTC. Chú ý, giai đoạn sớm của VTC, BN có thể sốt và tăng BC do đáp ứng viêm và không phải là dấu hiệu chỉ định dùng kháng sinh.

- Chỉ định dùng KS dự phòng khi:

+ Giai đoạn sớm (chưa có CT), nếu có suy đa cơ quan hoặc có dấu hiệu tiên đoán hoại tử tụy như CRP > 150mg/dL ở giờ 48 hoặc Hct > 44% lúc nhập viện và không giảm sau 24 giờ thì có thể dung KS dự phòng.

+ Giai đoạn trễ (> 72 giờ), có hình ảnh hoại tử > 30% trên CT

- Loại kháng sinh:

+ Phải dùng KS phổ rộng, bao phủ cả VK Gram (-) và kỵ khí.

+ Thường là: cephalosporin thế hệ thứ III + metronidazol, piperacillin-tazobactam, fluroquinolone + metronidazol hoặc carbamenem (imipenem, meropenem).

Các biện pháp làm giảm áp lực ổ bụng khi nôn, chướng bụng nhiều, liệt ruột:

- Giảm áp dạ dày ngắt quãng bằng hút áp lực thấp qua sonde mũi-dạ dày.

- Có thể thụt tháo và đặt sonde hậu môn.

Xử lý ổ dịch quanh tụy

- ô đọng dịch cấp (dịch tụy giàu enzym và các mảnh vụn của tổ chức trong và quanh tụy) xẩy ra ở 40% BN VTC. Xử trí các ổ dịch này còn nhiều tranh cãi. Ít thấy vai trò của dẫn lưu ổ đọng dịch cấp trừ khi nghi BN có hội chứng khoang ổ bụng. Hầu hết các ổ đọng dịch cấp thuyên giảm tự phát. Các ổ đọng dịch không tự hết sẽ dần tạo vỏ trong vòng 4 - 6 tuần và hình thành các loại ổ đọng dịch từ nang giả tụy (nang chức chủ yếu là dịch) tới hoại tử tụy tạo vỏ (trong chứa chủ yếu là các mảng tổ chức hoại tử.

- Chỉ định dẫn lưu:

+ ô đọng dịch gây triệu chứng: đau và tắc nghẽn đường ra của dạ dày...

+ ô đọng dịch nhiễm khuẩn không đáp ứng với kháng sinh.

- Phương pháp: dẫn lưu xuyên da bằng ống thông nhỏ kích thước 12-16F dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT.

Xử lý ổ hoại tử nhiễm khuẩn:

- Chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT để lấy dịch nhuộm Gram và nuôi cấy tìm vi khuẩn.

+ Gram (-): carbapenem, íluoroquinolon + metronidazol, cephalosporin + metronidazol, piperacillin-tazobactam.

+ Gram (+): vancomycin.

+ Điều trị trong 3 tuần.

- Đầu tiên là dẫn lưu xuyên da dưới hướng dẫn của siêu âm hay CT, sau 3 - 4 tuần xem xét chỉ định phẫu thuật lấy ổ hoại tử nếu dẫn lưu xuyên da không giải quyết được.

**5.2 Lọc Máu Liên Tục**

- Chỉ định:

+ VTC hoại tử nhiễm khuẩn.

+ VTC có biến chứng sốc, suy thận cấp, ARDS, suy đa tạng.

- Phương thức: CVVH hoặc CVVVHDF

- Liều CRRT: 35mL/kg

- Chống đông bằng citrat hoặc heparin.

**5.3 Điều Trị Nguyên Nhân**

**5.3.1 Viêm Tụy Cấp Do Sỏi:**

- Kháng sinh: carbapenem, íluoroquinolon + metronidazol, cephalosporin + metronidazol, piperacillin-tazobactam.

- ERCP (Endoscopic retrograde cholangiopancreatography): cần phải tiến hành sớm trong vòng 72 giờ để giảm áp đường mật.

**Bảng. Chỉ định của ERCP trong VTC do mật**

|  |
| --- |
| - Nồng độ bilirubin máu và men gan (AST, ALT) không có khuynh hướng về giá trị bình thường trong 12 - 24 giờ.  - Có sỏi ống mật chủ khi làm siêu âm.  - Dãn ống mật khi siêu âm.  - Vàng da tắc mật  - Viêm mật quản (cholangitis).  - Cơn đau quặn gan (Biliery colic).  - Có nguy cơ chống chỉ định phẫu thuật cắt túi mật. |

**5.3.2 Viêm Tụy Cấp Do Tăng Triglyceride (TG)**

- Thay huyết tương khi đường huyết < 500mg/dL.

- Liệu pháp insulin tĩnh mạch:

+ Chỉ định ở BN không thay huyết tương được và/hoặc đường máu > 500mg%.

+ Liều khởi đầu 0.1-0.3UI/kg/ giờ (pha trong chai Glucose 5%), duy trì đường máu 150-200mg%, ngưng insulin tĩnh mạch khi TG < 500mg/dL + Phối hợp insulin với heparin làm giảm TG nhanh hơn

- Fibrat bắt đầu khi bệnh nhân uống lại được.

**5.3.3 Chỉ Định Điều Trị Ngoại Khoa**

VTC do sỏi mật, sỏi ống tụy, áp xe tụy, ổ hoại tử nhiễm trùng, nang giả tụy > 6cm và kéo dài > 6 tuần (dẫn lưu qua da).

**6. Phòng Bệnh:**

Loại bỏ các nguyên nhân gây viêm tụy cấp:

- Điều trị nội soi, phẫu thuật lấy sỏi đường mật, sỏi tụy.

- Cai rượu, điều trị tăng mỡ máu.