

VIÊM TỤY CẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa:

Viêm tụy cấp là quá trình tự tiêu hủy của tuyến tụy, gây ra do men tụy, lan đến mô xung quanh và các cơ quan xa.

2. Nguyên nhân: có rất nhiều nguyên nhân gây viêm tụy cấp

- Thuốc:
 - + Điều trị AIDS: didanosine, pentamidine
 - + Kháng viêm: sulindac, salicylates
 - + Kháng sinh: metronidazole, stibogluconate, sulfonamides, tetracycline, nitrofurantoin
 - + Lợi tiểu: furosemide, thiazides
 - + Điều trị IBD: sulfasalazine, 5-aminosalicylic acid (5-ASA), mesalamine
 - + Ức chế miễn dịch: L-asparaginase, azathioprine, 6-mercaptopurine (6-MP)
 - + Chống động kinh: valproic acid
 - + Khác: canxi, estrogen và tamoxifen, ức chế men chuyển (ACE)
- Nhiễm trùng và độc chất:
 - + Siêu vi: quai bị, thủy đậu, coxsackievirus, HBV, HAV, viêm gan không A-không B, CMV, HSV, EBV
 - + Vaccine: sởi-quai bị-rubella
 - + Vi trùng: Mycoplasma, Legionella, Salmonella, tuberculosis, brucellosis
 - + Nấm: Aspergillus, Candida albican
 - + Ký sinh trùng: Toxoplasma, Cryptosporidium, Ascaris, Chlonorsis sinensis
- Chấn thương
- Sau phẫu thuật
- Viêm tụy di truyền như đột biến gen
- Bất thường cấu trúc
 - + Vùng tá tràng, bóng Vater
 - + Đường mật
 - + Rối loạn chức năng cơ vòng Oddi
 - + Ống tụy chính
- Vô căn

II. LÂM SÀNG

1. Bệnh sử:

- Đau bụng:
 - + Xảy ra đột ngột, thường xuất hiện sau bữa ăn, nhất là bữa ăn có nhiều mỡ.
 - + Thường đau trên rốn, có thể đau thượng vị, ¼ trên phải, hay đau bụng trái.
 - + Cơn đau bụng dữ dội đạt đến ngưỡng sau 10-20 phút, có thể kéo dài nhiều giờ.

- + Không có tư thế giảm đau.
- + Nôn ói, ói máu, sau ói không giảm đau.

2. Tiền căn:

- Viêm tụy cấp
- Lưu ý một số nguyên nhân có thể gặp: chấn thương bụng, phẫu thuật ổ bụng, ERCP, quai bị...
- Tiền căn gia đình: triệu chứng của bệnh di truyền, bệnh hệ thống và bệnh chuyển hóa: tiêu chảy, viêm mạch máu, phát ban, đau khớp...

3. Khám lâm sàng:

- Ấn đau thượng vị, khi có đề kháng cần nghĩ đến biến chứng ngoại khoa.
- Nhu động ruột giảm hoặc mất.
- Thể nặng:
 - + Sốt: mạch nhanh, nhẹ, HA tụt.
 - + Suy hô hấp: tím tái, thở nhanh, khó thở, tràn dịch màng phổi.
 - Da đổi màu xanh tím: vùng hông (dấu Grey Turner), quanh rốn (dấu Cullen) ở thể viêm tụy xuất huyết.
 - Đau bụng dữ dội, phản ứng thành bụng, kèm sốt cao, dấu hiệu nhiễm trùng gợi ý biến chứng hoại tử nhiễm trùng.

4. Một số triệu chứng gợi ý nguyên nhân:

- Vàng da: u đầu tụy, bệnh đường mật.
- Xanthoma: tăng lipid máu.
- Sưng đau tuyến nước bọt: quai bị.
- Bệnh giác mạc (tầm nhuận rìa bên giác mạc): tăng canxi máu.

III. CẬN LÂM SÀNG

1. Xét nghiệm máu:

- Men tụy:

- + Amylase máu: 75% trẻ có tăng amylase máu
- + Bắt đầu tăng 2-12 giờ sau khởi phát, cao nhất 72 giờ, về bình thường sau 3-5 ngày nếu không có biến chứng.
- + Có thể bình thường trong: viêm tụy nhẹ, viêm tụy hoại tử mỡ, đợt cấp viêm tụy mạn, viêm tụy do tăng triglyceride máu.
- + Có thể tăng do nguyên nhân khác, do đó độ đặc hiệu không cao.
- + Có giá trị chẩn đoán nếu nồng độ tăng ≥ 3 lần giới hạn trên.

- Amylase nước tiểu:

- + Độ thanh thải amylase trong nước tiểu (amylase-to-creatinin clearance ratio-ACCR) tăng 3%-10% trong viêm tụy cấp.
- + Ít được sử dụng để chẩn đoán.

- Lipase máu:

- + Độ nhạy tương tự amylase máu (85%-100%), đặc hiệu hơn amylase. Tăng gấp 3 lần thì độ đặc hiệu đạt 99%.

- + Lipase máu tăng trong vòng 4-8 giờ sau khởi phát, cao nhất lúc 24 giờ, sau đó giảm dần và trở về bình thường trong 8-14 ngày.
- **Men tụy khác:** phospholipase A, trypsin, carboxylester lipase, carboxypeptidase A, and co-lipase. Trypsinogen-2 máu và nước tiểu có giá trị chẩn đoán sớm viêm tụy.
- + Sản phẩm không phải enzym do tụy tiết ra: Pancreatitis-associated protein (PAP), pancreatic-specific protein (PSP), trypsinogen-activation peptide (TAP) cũng có giá trị chẩn đoán.

2. Xét nghiệm hỗ trợ:

- Công thức máu: Hct tăng, bạch cầu tăng.
- CRP: tăng khi có biến chứng nhiễm trùng.
- Urê, creatinin tăng.
- Ion đồ có hạ canxi máu.
- Albumin máu giảm, LDH máu tăng, tăng đường huyết
- Rối loạn đông máu ở thể nặng.

3. Hình ảnh học:

- **X quang bụng đứng:**
 - + Dầu cắt cụt đại tràng.
 - + Giúp xác định nguyên nhân: sỏi cản quang đường mật tụy.
 - + Đánh giá viêm tụy nặng: tràn dịch màng bụng.
- **X quang ngực:**
 - + Tràn dịch màng phổi trái hay 2 bên.
 - + Viêm xẹp phổi.
 - + ARDS.
- **Siêu âm bụng:**
 - + Tuyến tụy lớn, phù nề, giảm mật độ echo.
 - + Không có giá trị chẩn đoán viêm tụy hoại tử như CT scan.
- **CT scan:**
 - + Giúp chẩn đoán xác định và đánh giá viêm tụy hoại tử tốt nhất, đặc hiệu hơn siêu âm.
 - + CT scan được chỉ định ở các trường hợp chưa có chẩn đoán rõ ràng, hoặc không đáp ứng điều trị nội hoặc nghi ngờ có biến chứng.

4. Xét nghiệm tìm nguyên nhân

- Siêu âm gan mật ở các trường hợp nghi ngờ do bệnh đường mật có thể thấy sỏi mật, chặn bùn đường mật, u nang ống mật chủ, dẫn đường mật chính.
- Chụp tụy mật ngược dòng qua nội soi, cộng hưởng từ tụy mật
- Phát hiện bất thường cây mật tụy như nang đường mật, tụy phân chia, rối loạn chức năng cơ vòng Oddi...
- Được chỉ định ở những trường hợp viêm tụy tái phát nhiều lần không rõ nguyên nhân.

IV. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán viêm tụy cấp:

- Đau bụng đột ngột kèm nôn ói.

- Amylase hoặc lipase máu ≥ 3 lần giới hạn trên.
- Siêu âm hoặc CT scan: tụy phù nề, tăng kích thước.

2. Viêm tụy cấp nặng:

- Theo Atlanta 1992:
 - + Suy chức năng cơ quan:
 - Sóc: HA tâm thu $< 90\text{mmHg}$.
 - Hoặc suy hô hấp với $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$.
 - Hoặc xuất huyết tiêu hóa $> 500\text{ml}/24$ giờ.
 - + Và/hoặc có biến chứng tại chỗ:
 - Hoại tử.
 - Hoặc áp xe tụy.
 - Hoặc nang giả tụy.

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Con đau quặn mật, sỏi túi mật
- Thủng tạng rỗng.
- Nhồi máu, thiếu máu mạc treo.
- Tắc ruột cấp.
- Con đau loét dạ dày tá tràng
- Nhồi máu cơ tim vùng dưới
- Vỡ phình động mạch chủ

V. TIÊN LƯỢNG

- Đánh giá tiên lượng nặng ở giai đoạn sớm giúp quyết định phương pháp điều trị tối ưu đồng thời hạn chế tối thiểu cơ quan tổn thương và biến chứng.
- Cần phối hợp nhiều yếu tố đánh giá: triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu thường quy, marker huyết thanh, hệ thống thang điểm, và CT scan.
- **Lâm sàng:**
 - + Tràn dịch màng phổi trong vòng 24 giờ đầu.
 - + Dấu hiệu viêm phúc mạc.
 - + Suy cơ quan
 - + Sóc: mạch nhanh > 120 lần/ph, HA tâm thu $< 90\text{mmHg}$ thiểu niệu ($< 30\text{ml}/\text{giờ}$).
 - + Suy hô hấp: $\text{SaO}_2 < 90\%$.
 - + Suy thận.
 - + Xuất huyết tiêu hóa trên $> 500\text{ml}/24$ giờ.
- **Xét nghiệm máu:**
 - + Huyết đồ: $\text{Hct} > 50\%$, $\text{BC} > 16000/\text{mm}^3$.
 - + Sinh hóa máu: tăng CRP 48 giờ sau khởi phát, tăng urê, creatinin, giảm canxi, giảm magne, giảm albumin, tăng triglyceride.
 - + Khí máu động mạch: toan chuyển hóa, $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$.
 - + Marker huyết thanh khác: tăng interleukin-6, tăng polymorphonucleae leukocyte elastase, giảm $\alpha 2$ -macroglobulin.

- + Hiện diện trypsinogen activation peptide (TPA) trong nước tiểu trong vòng 24 giờ đầu.
- **Thang điểm của TMMPSG (The Midwest Multicenter Pancreatic Study Group):**
 - + Tuổi < 7 tuổi. (1điểm)
 - + Cân nặng < 23 kg. (1điểm)
 - + Bạch cầu lúc nhập viện > 18500/mm³. (1điểm)
 - + LDH lúc nhập viện > 2000UI/l. (1điểm)
 - + Lượng dịch bù trong 48 giờ đầu > 75ml/kg/48giờ. (1điểm)
 - + Urê máu tăng > 5mg/dl trong 48 giờ. (1điểm)
 - + Albumin sau 48 giờ nhập viện < 26 g/l. (1điểm)
- **Kết quả:**
 - + ≤ 2 điểm : 8,6% diễn tiến nặng , 1,4% tử vong.
 - + 2 - 4 điểm : 38,5% diễn tiến nặng, 5,8% tử vong.
 - + 5 - 7 điểm : 80% diễn tiến nặng, 10% tử vong.
- **CT scan:**
 - + Chụp CT scan có cản quang giúp chẩn đoán phân biệt viêm tụy phù nề và hoại tử chính xác hơn siêu âm. (Chứng cứ 2B)
 - + Chỉ định chụp khi có tiên lượng nặng.

Phân loại dựa vào CT không cản quang (x)		
Loại	Dấu hiệu	Điểm
A	Bình thường	0
B	Phù nề khu trú hay lan tỏa, mật độ không đồng nhất	1
C	Viêm quanh tụy kèm bất thường nhu mô tụy	2
D	Tụ dịch trong hay quanh tụy	3
E	≥2 bóng khí to trong tụy hay sau phúc mạc	4
Điểm hoại tử trên CT cản quang (y)		
	% hoại tử	Điểm
	0	0
	< 33	2
	33 – 50	4
	≥ 50	6

Chỉ số nặng trên CT (CTSI) = x + y.

CTIS ≥ 6: tiên lượng nặng.

VI. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị nâng đỡ để ngăn cản quá trình tự tiêu hủy tuyến tụy.
- Đề phòng và điều trị các biến chứng tại chỗ và toàn thân.
- Phẫu thuật khi có chỉ định.
- Điều trị nguyên nhân.

2. Viêm tụy cấp nhẹ:

- Phần lớn tự khỏi sau 5-7 ngày.
- Điều trị hỗ trợ:
 - + Truyền dịch.
 - + Điều chỉnh rối loạn điện giải và chuyển hóa.
 - + Cho ăn đường miệng sớm, ngay sau khi trẻ giảm đau (thường sau 24-48 giờ): khởi đầu với nước đường, cháo đường loãng, sau đó là sữa rồi đến thức ăn đặc.

3. Viêm tụy cấp nặng: cần được theo dõi tại khoa hồi sức.

- Hỗ trợ hô hấp: duy trì SpO₂ > 95% và tuần hoàn, bồi hoàn dịch đầy đủ dung vận mạch nếu huyết áp vẫn còn thấp mặc dù đã bù đủ dịch.
- Điều chỉnh rối loạn điện giải và chuyển hóa.
- Điều trị nhiễm trùng:
 - + Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng làm tăng tỉ lệ tử vong.
 - + Vi trùng thường gặp: Escherichia coli, Pseudomonas, Klebsiella, Enterococcus. Hiếm gặp nấm và vi trùng gram dương.
 - + Kháng sinh nếu viêm tụy hoại tử > 30% nhu mô tụy (dựa trên CT scan có cản quang).
- Chọc hút dịch hoại tử qua da: không cải thiện sau 1 tuần dùng kháng sinh, có hoại tử > 30% trên CT scan, có dấu hiệu nhiễm trùng trên lâm sàng. (Chứng cứ 2B)
- Phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử:
 - + Không cải thiện sau khi dùng kháng sinh và chọc hút dưới CT scan hay
 - + Còn suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy thận.
- Cung cấp dinh dưỡng đầy đủ:
 - + Dinh dưỡng đường ruột qua sonde mũi họng tràng trong vòng 72 giờ đầu được khuyến cáo áp dụng nhằm hạn chế tối thiểu biến chứng nhiễm trùng. (Chứng cứ 1B)
 - + Nuôi ăn tĩnh mạch nếu: không dung nạp được qua đường ruột, dinh dưỡng đường ruột không hiệu quả sau 2 ngày và bệnh không cải thiện.
 - + Cho ăn đường miệng trở lại khi biến chứng tại chỗ bắt đầu cải thiện.

VII. BIẾN CHỨNG**1. Tại chỗ:**

- Nhiễm trùng, áp xe tụy:
 - + 20 – 50% trẻ viêm tụy hoại tử có biến chứng nhiễm trùng.
 - + Xảy ra trong 2 tuần đầu của bệnh.
 - + Áp xe tụy xảy ra sau 1 tháng.
 - + Điều trị áp xe tụy: chọc hút qua da, qua phẫu thuật.
- Nang giả tụy:
 - + Có thể xuất hiện sau viêm tụy cấp, chấn thương tụy, viêm tụy mạn.
 - + Chỉ điều trị những trường hợp nang giả tụy có triệu chứng hoặc có biến chứng nhiễm trùng.

- + Nếu ống dẫn tụy không bị tổn thương và không thông nối với nang: nên điều trị bảo tồn, theo dõi kích thước nang mỗi 3 – 6 tháng bằng CT scan, nếu xuất hiện các triệu chứng: đau bụng, ớn lạnh, sốt, vàng da cần nghĩ tới lỗ dò tụy. Khi đó chỉ định dẫn lưu được đặt ra.
 - + Điều trị: có 3 phương pháp:
 - Phẫu thuật:
 - ✓ Dẫn lưu nang vào dạ dày hay tá tràng: nang to > 6cm, đơn độc, gần dạ dày tá tràng.
 - ✓ Nối nang vào hồng tràng theo kiểu Roux-en-Y.
 - ✓ Phẫu thuật cắt bỏ nếu nang nằm ở đuôi tụy.
 - Dẫn lưu qua da:
 - ✓ Sẽ thất bại nếu có tắc nghẽn ống tụy chính.
 - ✓ Do đó nên đánh giá bằng ERCP trước phẫu thuật.
 - Dẫn lưu qua nội soi: nang to > 6cm, đơn độc, gần dạ dày tá tràng.
 - ✓ Nội soi dẫn lưu nang vào dạ dày hay tá tràng.
 - ✓ Đặt stent dẫn lưu thông qua nhú tá tụy vào ống tụy đến nang.
 - Nang giả tụy kèm hoại tử tụy:
 - + Phẫu thuật cắt lọc mô hoại tử.
 - + Nối nang vào ruột.
 - Áp xe tụy:
 - + Xảy ra ít nhất 4 tuần sau khởi phát viêm tụy cấp.
 - + Thường sau viêm tụy hoại tử nhiễm trùng.
 - + Điều trị: dẫn lưu qua da, phẫu thuật dẫn lưu.
 - + Tử vong ít hơn viêm tụy hoại tử nhiễm trùng.
- 2. Biến chứng toàn thân:**
- Hệ thần kinh trung ương: bệnh não do tụy: dễ bị kích động, ảo giác, lẫn lộn, mất phương hướng, hôn mê.
 - Hoại tử mỡ:
 - + Hoại tử mỡ xuất hiện mô dưới da, xương, mô sau màng bụng, màng bụng, trung thất, màng phổi và màng tim.
 - + Tự mất sau nhiều ngày đến nhiều tuần.
 - Xuất huyết tiêu hóa:
 - + Do bệnh dạ dày thứ phát sau stress.
 - + Dẫn tĩnh mạch thực quản dạ dày thứ phát do huyết khối tĩnh mạch lách: phẫu thuật cắt lách.
 - + Giả phình mạch trong nang giả tụy: phát hiện dựa vào CT động có cản quang.
 - + Hiêm gập: xuất huyết trong ống tụy, đông máu nội mạch lan tỏa (DIC).
 - Biến chứng ở lách:
 - + Hiêm gập.
 - + Nang giả hoặc tình trạng viêm ở đuôi tụy lan đến rốn lách tạo hematoma dưới bao lách.
 - + Hematoma to hay có triệu chứng: phẫu thuật cắt bỏ đuôi tụy và cắt lách.

VIII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

1. Trẻ hết đau bụng, hết ói, ăn uống được bằng đường miệng.
2. Không còn biến chứng đe dọa tính mạng.

BV Nhi Đồng 2