

VIÊM TỤY CẤP

I. TỔNG QUAN

Viêm tụy cấp là bệnh lí thường gặp ở khoa cấp cứu, bệnh nhân thường nhập viện với bệnh cảnh đau bụng cấp, nguyên nhân phổ biến nhất là sỏi mật hoặc lạm dụng rượu. Ở hầu hết bệnh nhân bệnh thường diễn tiến nhẹ, cải thiện lâm sàng nhanh chóng khi bù dịch, kiểm soát đau, buồn nôn và cho ăn bằng đường miệng sớm.^[5]

Mặc dù đa số bệnh nhân mắc viêm tụy cấp ở mức độ nhẹ, nhưng vẫn có khoảng 20 -30% tiến triển đến mức độ nặng, thường đi kèm rối loạn chức năng của một hoặc nhiều cơ quan cần chăm sóc đặc biệt. Nhận biết sớm thể bệnh nặng là một trong những thách thức chính trong điều trị viêm tụy cấp nặng. Nhiễm trùng mô hoại tử tụy và quanh tụy xảy ra ở 20-40% bệnh nhân viêm tụy cấp nặng và liên quan đến suy giảm dần chức năng các cơ quan.^[5]

II. NGUYÊN NHÂN

Các nguyên nhân thường gặp gây viêm tụy cấp:

1. Sỏi
 2. Rượu
 3. Tăng Triglycerid
 4. Sau ERCP
 5. Chấn thương
 6. Sau phẫu thuật
 7. Thuốc
 8. Rối loạn chức năng cơ vòng Oddi
- (Theo Harrison Gastroenterology and Hepatology)

III. CHẨN ĐOÁN

Theo ATLANTA 2012, chẩn đoán viêm tụy cấp khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn:

- a. Cơ đau bụng điển hình.
- b. Amylase và/hoặc Lipase máu tăng gấp 3 lần giới hạn trên bình thường.
- c. Hình ảnh đặc trưng trên CE-CT/MRI.

(*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*)^[1]

Chụp CT có thuốc cản quang (CE-CT) và/hoặc MRI tụy nên được thực hiện cho những bệnh nhân có chẩn đoán không rõ ràng, lâm sàng không cải thiện trong 48 – 72 giờ (đau dai dẳng, sốt, nôn, không ăn đường miệng được), hoặc nghi ngờ biến chứng của viêm tụy cấp (viêm phúc mạc, dấu hiệu shock, dấu hiệu gợi ý trên siêu âm). (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp*)^[1]

• MRI có giá trị hơn so với CT trong chẩn đoán viêm tụy cấp do sỏi đường mật và viêm tụy cấp xuất huyết hoại tử.^[3]

MRI có thể phát hiện sỏi có đường kính < 3mm và phát hiện tổn thương ống tụy. MRI cũng được chỉ định ở bệnh nhân dị ứng với thuốc cản quang và suy thận.

• Chẩn đoán bằng que thử nước tiểu Trypsinogen-2 là phương pháp không xâm nhập, không cần lấy máu và có giá trị chẩn đoán tương đương men tụy, cho phép chẩn đoán nhanh viêm tụy cấp trong vòng 5 phút, có hiệu quả cao, phù hợp với cơ sở y tế không có xét nghiệm sinh hóa máu.^[3]

- Chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) chỉ được khuyến cáo khi bệnh nhân có tăng men gan và ống mật chủ bình thường trên siêu âm.^[3]

Chẩn đoán nguyên nhân:

- Siêu âm bụng nên được thực hiện cho tất cả các bệnh nhân viêm tụy cấp (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp*).^[1]

- Trong trường hợp không thấy sỏi mật và không sử dụng rượu đáng kể (>50 g rượu/ngày và trên 5 năm), nên xét nghiệm Triglyceride huyết thanh, nếu >1000 mg/dl thì Triglyceride được coi là nguyên nhân (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng trung bình*).^[1]

- Phải nghĩ đến nguyên nhân u tụy ở bệnh nhân viêm tụy cấp >40 tuổi (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng thấp*).^[1]

- Hạn chế nội soi ở bệnh nhân viêm tụy cấp vô căn, bởi vì nguy cơ và lợi ích của nó là không rõ ràng và những bệnh nhân này nên được chuyển đến các trung tâm chuyên sâu (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng thấp*).^[1] Viêm tụy cấp vô căn được định nghĩa là không tìm thấy nguyên nhân sau các xét nghiệm ban đầu (Lipid, Calci máu, siêu âm bụng và CT).

- Có thể xem xét các xét nghiệm về di truyền ở những bệnh nhân trẻ tuổi (<30 tuổi) nếu không có nguyên nhân rõ ràng và tiền sử gia đình có bệnh lý về tụy (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng thấp*).^[1]

- Trong viêm tụy vô căn (idiopathic pancreatitis), cần loại trừ nguyên nhân từ đường mật bằng 2 lần siêu âm và nếu cần có thể làm thêm MRCP và/hoặc siêu âm qua nội soi (EUS), để ngăn ngừa viêm tụy tái phát (IIB).^[3]

Cận lâm sàng sinh hóa và chẩn đoán hình ảnh theo WSES 2019.

- Khi nhập viện, siêu âm nên được thực hiện để xác định nguyên nhân của viêm tụy cấp (đánh giá nguyên nhân về đường mật) (IC)

- Nếu có nghi ngờ, chụp cắt lớp vi tính cung cấp bằng chứng giá trị về việc có hay không có viêm tụy (IC)

- Tất cả những bệnh nhân viêm tụy cấp nặng cần được đánh giá bằng chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang (CE-CT) hoặc chụp cộng hưởng từ. Thời gian tối ưu cho lần đánh giá CE-CT đầu tiên là 72-96 giờ sau khi xuất hiện triệu chứng (IC)

- Chụp cộng hưởng từ đường mật (MRCP) hoặc siêu âm nội soi nên được cân nhắc để tầm soát sỏi ống mật chủ ẩn ở những bệnh nhân chưa rõ nguyên nhân (IC)

- Ngưỡng cắt của amylase và lipase huyết thanh thường được định nghĩa là 3 lần giới hạn trên bình thường.

- CRP $\geq$ 150 mg/l ở ngày thứ 3 có thể xem là một yếu tố tiên lượng viêm tụy cấp nặng (IIA)

- Hematocrit > 44% là một yếu tố nguy cơ độc lập của hoại tử tụy (IIB)

- Ure > 20 mg/dl là một yếu tố độc lập dự báo nguy cơ tử vong (IIB)

- Procalcitonin là xét nghiệm nhạy nhất để phát hiện nhiễm trùng mô tụy, và giá trị procalcitonin huyết thanh thấp có vẻ là 1 yếu tố dự báo âm tính mạnh của hoại tử nhiễm trùng (IIA)

- Trong trường hợp không có sỏi mật hoặc tiền sử lạm dụng rượu, nên đo nồng độ triglycerid và canxi huyết thanh. Nồng độ triglycerid huyết thanh trên 11,3 mmol/l (1000 mg/dl) cho thấy đây là nguyên nhân (IIC)

IV. ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU VÀ PHÂN TẦNG NGUY CƠ

• Tình trạng huyết động nên được đánh giá ngay lập tức dựa vào biểu hiện lâm sàng và tiến hành hồi sức ngay khi cần (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*).^[1]

• Cần đánh giá mức độ nguy cơ cao hay thấp để phân tầng bệnh nhân nhằm ưu tiên điều trị. (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng thấp*).^[1]

• Bệnh nhân có suy cơ quan nên được điều trị tại ICU hoặc đơn vị chăm sóc trung bình bất cứ khi nào có thể (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp*).^[1]

Phân loại mức độ nặng theo WSES 2019

• Viêm tụy cấp nặng có liên quan đến suy cơ quan kéo dài (tim mạch, hô hấp, và/hoặc thận) và tỷ lệ tử vong cao. Cả 2 hệ thống phân loại mới: phân loại Atlanta sửa đổi và phân loại độ nặng viêm tụy cấp dựa trên nhiều yếu tố (Determinant-based classification of Acute Pancreatitis Severity), có giá trị ngang nhau trong việc thiết lập chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp (IC)

• Những bệnh nhân bị suy cơ quan kéo dài kèm hoại tử nhiễm trùng có nguy cơ tử vong cao nhất (IC)

• Bệnh nhân suy cơ quan kéo dài nên được đưa vào ICU ngay khi có thể (IC)

Bảng : Phân loại mức độ nặng của Viêm tụy cấp

Phân loại Atlanta sửa đổi (2013)	Phân loại dựa trên yếu tố xác định
Viêm tụy cấp nhẹ Không có suy cơ quan Không có biến chứng (tại chỗ hay toàn thân)	Viêm tụy cấp nhẹ Không có suy cơ quan VÀ Không có hoại tử tụy (xung quanh tụy)
Viêm tụy cấp trung bình Suy cơ quan thoáng qua (<48 giờ) Biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân mà không có suy cơ quan kéo dài	Viêm tụy cấp trung bình Suy cơ quan thoáng qua VÀ/HOẶC Hoại tử tụy (xung quanh tụy) vô trùng
Viêm tụy cấp nặng Suy một hoặc nhiều cơ quan kéo dài (>48 giờ)	Viêm tụy cấp nặng Suy cơ quan kéo dài HOẶC Hoại tử tụy (xung quanh tụy) nhiễm trùng
	Viêm tụy cấp nguy kịch Suy cơ quan kéo dài VÀ Hoại tử tụy (xung quanh tụy) nhiễm trùng

Thang điểm nguy cơ theo WSES

• Không có thang điểm nào là tiêu chuẩn vàng để dự đoán viêm tụy cấp nặng. Có lẽ thang điểm mức độ nặng viêm tụy cấp trên lâm sàng (BISAP) là một trong những thang điểm chính xác nhất và có thể dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng vì tính đơn giản và khả năng dự đoán mức độ nặng, tử vong và suy cơ quan tương đương với thang điểm APACHE-II (rất phức tạp) và các thang điểm khác (IB).

Bảng : Thang điểm lâm sàng đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp (BISAP):

BISAP: một điểm cho mỗi tiêu chí sau:

- BUN > 8,9 mmol/L
- Tri giác bất thường
- Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS)
- Tuổi > 60
- Có tràn dịch màng phổi trên X-quang

CLB Nội khoa Sinh viên ĐHYD Huế

**Suy cơ quan kéo dài được định nghĩa theo Thang điểm Marshall hiệu chỉnh.*

Chẩn đoán viêm tụy cấp nặng khi: CRP ≥ 150 mg/dL hoặc APACHE II ≥ 8 lúc nhập viện hoặc trong 72h đầu, hoặc có dấu hiệu suy cơ quan kéo dài hơn 48h mặc dù đã bù đủ dịch^[2]

Thang điểm Marshall hiệu chỉnh					
Cơ quan	Điểm				
	0	1	2	3	4
Hô hấp (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301-400	201-300	101-200	101
Thận*					
(Creatinine huyết thanh, μ mol/l)	134	134-169	170-310	311-439	>439
(Creatinine huyết thanh, mg/dl)	<1,4	1,4-1,8	1,9-3,6	3,6-4,9	>4,9
Tim mạch (HATT, mmHg)	>90	<90, đáp ứng bù dịch	<90, không đáp ứng bù dịch	<90, pH <7,3	<90, pH <7,2
Với bệnh nhân không thở máy, FiO ₂ được tính bằng cách					
Lượng oxy cung cấp (lít/phút)			FiO ₂ (%)		
Khí trời			21		
2			25		
4			30		
6-8			40		
9-10			50		

* Suy cơ quan khi ≥ 2 điểm ở bất kì hệ cơ quan nào

* Với bệnh nhân có suy thận mạn, cho điểm dựa trên sự xấu đi của chức năng thận so với ban đầu. Khi Creatinine ≥ 134 μ mol/l hoặc $\geq 1,4$ mg/dl thì không đánh giá nào chính xác.

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG THEO AGA 2018

Đặc điểm của bệnh nhân	Cận lâm sàng
• Tuổi >55 • Béo phì (BMI >30 kg/m²) • Rối loạn tâm thần • Bệnh kèm • Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) có > 2 tiêu chuẩn trong các tiêu chuẩn sau: 1. Nhịp tim >90 lần/phút 2. Nhịp thở >20 lần/phút hoặc PaCO₂ >32 mmHg 3. Nhiệt độ >38°C hoặc <36°C 4. Số lượng bạch cầu >12000 hoặc <4000/mm³ hoặc >10% bạch cầu trung tính chưa trưởng thành	• BUN > 20 mg/dl • Tăng BUN • HCT >44% • Tăng HCT • Tăng Creatinin • Chẩn đoán hình ảnh • Tràn dịch màng phổi • Thâm nhiễm phổi

V.XỬ TRÍ BAN ĐẦU

- Tất cả bệnh nhân nên bù dịch tích cực, 250- 500 ml/h bằng dung dịch tinh thể đẳng trương, trừ khi có bệnh lý tim mạch hoặc thận kèm theo. Bù dịch tích cực đường tĩnh mạch có lợi nhất trong 12 – 24 giờ đầu và có thể có lợi ích về sau (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*).⁽¹⁾

- Ở bệnh nhân mất nước nặng, biểu hiện bằng tụt huyết áp và nhịp tim nhanh, có thể cần bù dịch nhanh hơn (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng trung bình*).⁽¹⁾

- Ringer lactate là dung dịch tinh thể ưu tiên (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng trung bình*).⁽¹⁾

Các khuyến cáo trên đều thống nhất ưu tiên sử dụng Ringer lactate bởi vì trên lý thuyết thì dịch Ringer lactate cải thiện tình trạng toan máu gây hoạt hóa Trypsinogen, làm tổn thương tế bào và gia tăng độ nặng của viêm tụy cấp trong một số nghiên cứu thử nghiệm. Mặc dù đều là dịch tinh thể đẳng trương, nhưng khi bù lượng lớn nước muối sinh lý có thể gây nên toan chuyển hóa không tăng khoảng trống anion (toan chuyển hóa tăng Cl⁻).

- Nhu cầu dịch nên được đánh giá mỗi 6 giờ trong 24 – 48 giờ đầu. Mục tiêu của bù dịch tích cực có thể là nồng độ Ure máu (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*).⁽¹⁾

- Trong viêm tụy cấp nặng và dai dẳng, bệnh nhân có thể tăng nhu cầu sử dụng liệu pháp giảm đau⁽³⁾

Xử trí ban đầu theo WSES 2019

Theo dõi

- Cần theo dõi liên tục dấu hiệu sống trong đơn vị chăm sóc đặc biệt nếu có rối loạn chức năng cơ quan . Rối loạn chức năng cơ quan kéo dài hay suy chức năng cơ quan bất kể hồi sức dịch đầy đủ là một chỉ định nhập ICU (IC).

Hồi sức dịch

- Hồi sức dịch sớm được chỉ định nhằm tối ưu hóa các mục tiêu tưới máu mô mà không đợi đến khi huyết động xấu đi. Việc truyền dịch nên được theo sát bằng việc đánh giá lại tình trạng huyết động thường xuyên vì quá tải dịch đã chứng minh sẽ gây bất lợi. Dịch tinh thể đẳng trương nên được ưu tiên (IB).

Kiểm soát đau

- Không có bất kỳ bằng chứng hay khuyến cáo nào về hạn chế trong việc dùng thuốc giảm đau. Nên tránh dùng thuốc kháng viêm không steroid (NSAID) khi có tổn thương thận cấp (AKI). Giảm đau ngoài màng cứng có thể là một phương pháp thay thế hoặc là đóng vai trò chất đồng vận với giảm đau đường tĩnh mạch trong giảm đau đa phương thức. Giảm đau với sự kiểm soát của bệnh nhân nên được tích hợp trong mọi chiến lược nêu trên (IC). Dilauidid được ưu tiên hơn morphin hay fentanyl ở những bệnh nhân không đặt nội khí quản.

Thở máy

- Thở máy cần được tiến hành nếu đã dùng thở oxy lưu lượng cao qua ngạnh mũi hoặc thông khí áp lực dương liên tục mà vẫn không cải thiện được tình trạng thở nhanh và khó thở. Cả kĩ thuật thông khí xâm lấn và không xâm lấn đều có thể được sử dụng nhưng thông khí xâm lấn là bắt buộc khi việc thanh thải chất tiết ở phế quản bắt đầu không hiệu quả và/hoặc bệnh nhân đang mệt dần/được dự đoán sẽ kiệt sức. Các chiến lược bảo vệ phổi nên được sử dụng khi cần thông khí xâm lấn (IC).

Gia tăng áp lực ổ bụng

- Nên hạn chế liều lượng thuốc an thần, dịch và thuốc vận mạch để đạt được mục tiêu hồi sức ở giới hạn bình thường dưới. Gây mê sâu và liệt cơ có thể cần thiết để hạn chế tăng áp lực ổ bụng trước khi tiến hành phẫu thuật giảm áp nếu những phương pháp điều trị không phẫu thuật khác bao gồm dẫn lưu dịch ổ bụng qua da không đủ để cải thiện (IB).

Điều trị dùng thuốc

- Không có thuốc đặc hiệu nào ngoại trừ hỗ trợ chức năng tạng và dinh dưỡng

VI. ERCP TRONG VIÊM TỤY CẤP

- Bệnh nhân viêm tụy cấp kèm viêm đường mật cấp nên được chỉ định ERCP (endoscopic retrograde of cholangiopancreatography: Nội soi mật tụy ngược dòng) trong vòng 24 giờ đầu (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*).⁽¹⁾

- Không cần thiết làm ERCP cho hầu hết bệnh nhân viêm tụy cấp do sỏi mà không có bằng chứng lâm sàng hoặc sinh hóa của tắc nghẽn đường mật (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp*).⁽¹⁾

- Trong trường hợp không có viêm đường mật hoặc vàng da, nên chụp mật tụy cộng hưởng từ (MRCP) hoặc siêu âm nội soi (EUS) hơn ERCP để sàng lọc sỏi ống mật chủ. (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng thấp*).⁽¹⁾

Chỉ định ERCP cấp cứu theo WSES 2019

- Không chỉ định ERCP thường quy trong viêm tụy cấp do sỏi mật (IA).
- Chỉ định ERCP cho những bệnh nhân viêm tụy cấp do sỏi mật có kèm viêm đường mật (IB).
- Chỉ định ERCP trong viêm tụy cấp do sỏi mật có tắc nghẽn ống mật chủ (IIB).

- Những bệnh nhân viêm tụy cấp do sỏi mật tiên lượng nặng không kèm viêm đường mật hoặc tắc nghẽn ống mật chủ thì không khuyến cáo ERCP tại thời điểm này (IIB).

VII. VAI TRÒ CỦA KHÁNG SINH TRONG VIÊM TỤY CẤP.

- Nên chỉ định kháng sinh ở những bệnh nhân nhiễm trùng ngoài tụy như viêm đường mật, nhiễm trùng tử catheter, nhiễm trùng huyết, nhiễm trùng đường tiết niệu và viêm phổi (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng cao*).^[1]

ACG không khuyến cáo sử dụng thường quy kháng sinh dự phòng ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng và ngay cả viêm tụy cấp hoại tử vô khuẩn, chỉ sử dụng khi có hoại tử nhiễm khuẩn được chẩn đoán nhờ CT-FNA ở bệnh nhân nghi ngờ (bệnh nhân hoại tử vô khuẩn không cải thiện lâm sàng sau 7-10 ngày). Tuy nhiên theo JPN ở bệnh nhân viêm tụy cấp nặng thì nên cho kháng sinh phổ rộng dự phòng trong 72h đầu.

- Ở bệnh nhân có hoại tử nhiễm khuẩn, những kháng sinh có thể thâm nhập vào mô hoại tử tuyến tụy như Carbapenem, Quinolone và Metronidazole, có thể giúp trì hoãn hoặc có thể tránh hoàn toàn các thủ thuật can thiệp. Do đó giảm tỷ lệ tử vong (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng thấp*).^[1]

- Sử dụng thường quy các thuốc kháng nấm cùng với kháng sinh dự phòng hoặc điều trị không được khuyến cáo (*khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng thấp*).^[1]

Vai trò kháng sinh theo WSES 2019

Kháng sinh dự phòng

- Các bằng chứng gần đây cho thấy kháng sinh dự phòng ở bệnh nhân viêm tụy cấp không liên quan đến việc giảm đáng kể tỷ lệ bệnh hay tử vong. Vì vậy, kháng sinh dự phòng thường quy không còn được khuyến cáo cho tất cả các bệnh nhân viêm tụy cấp (IA).

Hoại tử nhiễm trùng và kháng sinh

- Kháng sinh luôn được khuyến cáo để điều trị viêm tụy cấp nặng nhiễm trùng. Tuy nhiên, chẩn đoán còn khó khăn do bối cảnh lâm sàng không thể phân biệt với các biến chứng nhiễm trùng khác hoặc tình trạng viêm do viêm tụy cấp (IIA).

- Định lượng Procalcitonin (PCT) huyết thanh có thể có giá trị dự đoán nguy cơ hoại tử tụy nhiễm trùng (IB).

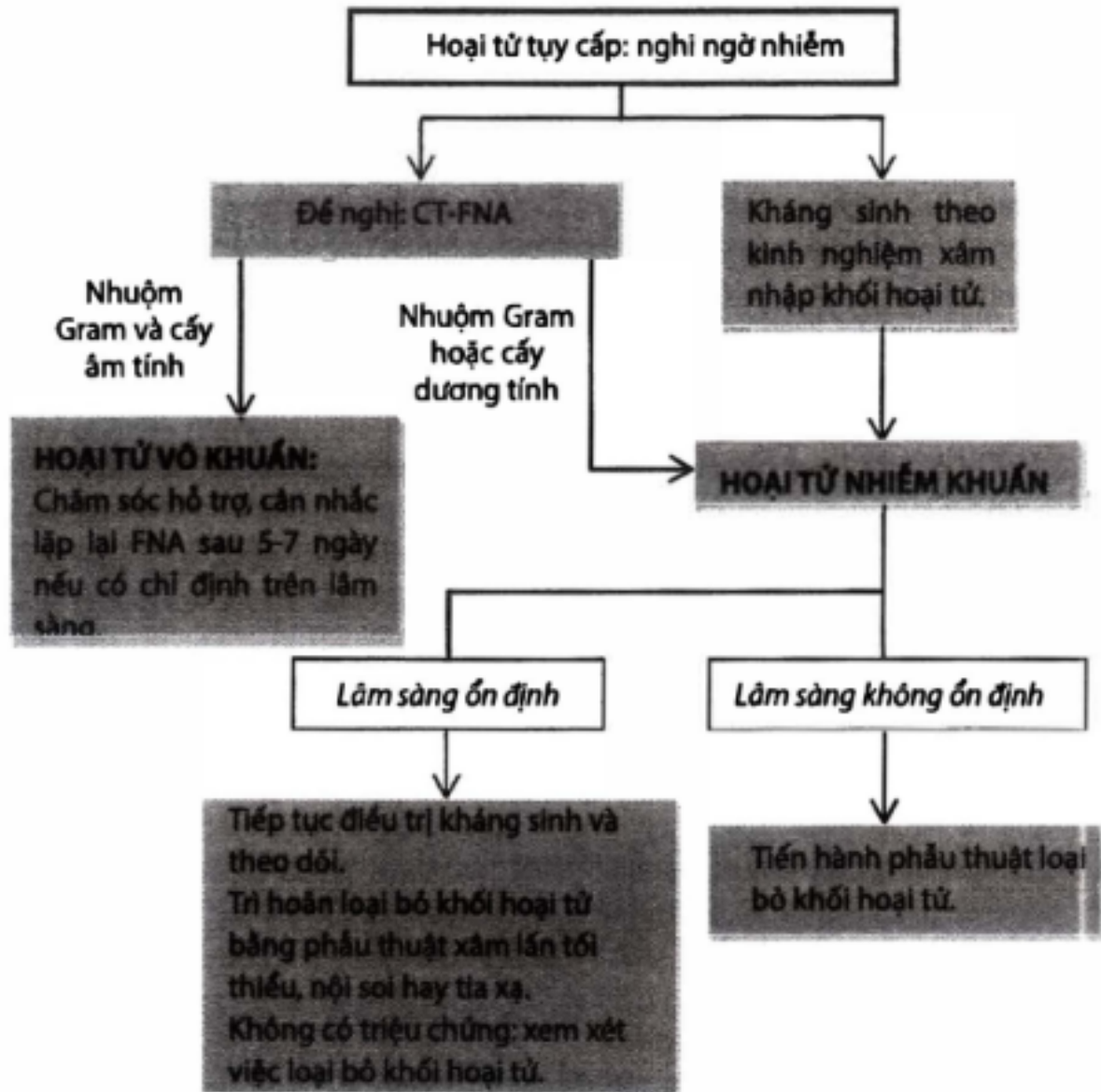
- Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) dưới sự hướng dẫn của CT để nhuộm Gram và nuôi cấy có thể khẳng định viêm tụy cấp nặng nhiễm trùng và hướng dẫn điều trị kháng sinh nhưng không còn được sử dụng thường quy (IB).

Loại kháng sinh

- Ở những bệnh nhân có hoại tử nhiễm trùng, nên sử dụng kháng sinh có thể xâm nhập vào mô tụy hoại tử (IB).

- Ở những bệnh nhân có hoại tử nhiễm trùng, phổ kháng sinh theo kinh nghiệm nên bao gồm cả vi sinh vật Gram âm và Gram dương cả hiếu khí lẫn kỵ khí. Không khuyến cáo sử dụng thuốc kháng nấm dự phòng thường quy ở những bệnh nhân viêm tụy cấp nhiễm trùng, mặc dù Candida spp. thường gặp ở những bệnh nhân hoại tử tụy nhiễm trùng và cho thấy bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao hơn (IB).

VIII. DINH DƯỠNG TRONG VIÊM TỤY CẤP.



• Trong viêm tụy cấp nhẹ, có thể nuôi dưỡng qua đường miệng ngay sau khi không còn buồn nôn, nôn hay đau bụng (khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng trung bình) ^(1,2)

• Trong viêm tụy cấp nhẹ, bắt đầu cho ăn với thức ăn đặc ít chất béo cũng an toàn như thức ăn lỏng (khuyến cáo trung bình, mức độ bằng chứng trung bình). ⁽¹⁾

Trước đây, bệnh nhân thường nhịn ăn đến khi hết đau, men tụy trở về bình thường hay có bằng chứng tụy hồi phục trên hình ảnh học. Các nghiên cứu gần đây cho thấy nhịn ăn có thể dẫn đến teo lớp niêm mạc ruột làm tăng biến chứng nhiễm khuẩn do di chuyển của vi khuẩn từ ruột. Cho ăn sớm giúp giảm thời gian nằm viện, biến chứng và tỷ lệ tử vong.

• Trong viêm tụy cấp nặng, dinh dưỡng qua đường ruột (qua sonde) được khuyến cáo để hạn chế nhiễm trùng. Chỉ nên nuôi dưỡng đường tĩnh mạch khi không dung nạp, không thể nuôi dưỡng qua đường ruột hoặc cần bổ sung thêm dinh dưỡng (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng cao). ⁽¹⁾

• Đặt sonde mũi - dạ dày không cho thấy hiệu quả trong viêm tụy cấp nhẹ cho nên không cần dùng thường quy. ⁽³⁾

• Việc nuôi dưỡng qua đường mũi-dạ dày và mũi-tá tràng tương đương về hiệu

quả và độ an toàn (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*).^[1]

- Dinh dưỡng qua đường ruột được khuyến cáo nhằm ngăn chặn suy giảm chức năng ruột và biến chứng nhiễm trùng. Dinh dưỡng toàn phần ngoài đường ruột nên tránh tuy nhiên dinh dưỡng bán phần ngoài đường ruột nên được xem xét kết hợp nhằm đạt được nhu cầu về năng lượng và protein nếu không dung nạp được hoàn toàn dinh dưỡng qua đường ruột. Việc cho ăn qua dạ dày hay hồng tràng đều có thể thực hiện được một cách an toàn (IA)^[5]

IX. VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT VÀ DẪN LƯU TRONG VIÊM TỤY CẤP

- Ở những bệnh nhân viêm tụy cấp nhẹ, nếu phát hiện có sỏi túi mật thì cần phẫu thuật cắt bỏ túi mật trước khi ra viện để dự phòng tái phát viêm tụy cấp (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*).^[1]

- Trong một bệnh nhân bị viêm tụy cấp do đường mật hoại tử hóa (necrotizing biliary acute pancreatitis), trì hoãn cắt túi mật cho đến khi giảm viêm và hết ứ dịch để ngăn ngừa nhiễm trùng (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*).^[1]

- Không được tiến hành thủ thuật can thiệp điều trị nang giả tụy, hoại tử tụy hoặc ngoài tụy không có triệu chứng bất kể kích thước, vị trí của nang (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình*).^[1]

- Phẫu thuật, xét nghiệm hình ảnh và dẫn lưu qua nội soi tốt hơn nên được hoãn lại sau 4 tuần ở những bệnh nhân hoại tử nhiễm khuẩn ổn định nhằm cho phép lòng hóa và vách hóa khối hoại tử. (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp*).^[1]

- Ở những bệnh nhân có triệu chứng hoại tử nhiễm khuẩn, phẫu thuật cắt khối hoại tử với xâm lấn tối thiểu được ưu tiên hơn phẫu thuật hở (*khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp*).^[1]

Vai trò của phẫu thuật theo WSES 2019

Thời điểm phẫu thuật

- Trì hoãn phẫu thuật hơn 4 tuần sau khi khởi phát bệnh làm giảm tỷ lệ tử vong (IIB).

Chiến lược phẫu thuật

- Trong hoại tử tụy nhiễm trùng, theo phương pháp tiếp cận từng bước, dẫn lưu qua da là phương pháp điều trị đầu tay, còn phẫu thuật sẽ được trì hoãn đến một thời điểm thuận lợi hơn. Dẫn lưu qua da thậm chí giải quyết hoàn toàn tình trạng nhiễm trùng ở 25-60% bệnh nhân, và được khuyến cáo là lựa chọn điều trị đầu tay (IA).

- Các chiến lược phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, ví dụ như cắt mô hoại tử qua ngã dạ dày nội soi, hoặc cắt lọc sau phúc mạc qua video (VARD), làm giảm tình trạng suy cơ quan khởi phát sau phẫu thuật nhưng cần nhiều can thiệp hơn (IB).

- Xét về tỉ lệ tử vong, không có đủ bằng chứng ủng hộ nên phẫu thuật mở bụng hay xâm lấn tối thiểu hay nội soi (IB).

- Trong trường hợp hoại tử có vách ngăn và bệnh nhân có hội chứng đứt kết nối ống tụy, cắt mô hoại tử bằng nội soi qua ngã dạ dày một thì (Single-stage surgical transgastric necrosectomy) là một lựa chọn (IIC).

- Một nhóm các chuyên gia đa ngành nên cá thể hóa việc điều trị phẫu thuật bao gồm cả chuyên môn và điều kiện sẵn có (IIC).

CLB Nội khoa Sinh viên ĐHYD Huế

Thời điểm cắt túi mật

- Khuyến cáo cắt túi mật nội soi trong thời gian nhập viện ở viêm tụy cấp do sỏi mật do nhẹ (IA).
- ERCP và cắt cơ vòng thực hiện trong thời gian nhập viện làm giảm nguy cơ viêm tụy tái phát, tuy nhiên vì nguy cơ xuất hiện các biến chứng đường mật khác vẫn gia tăng, do đó vẫn nên cắt túi mật trong thời gian nhập viện (IB).
- Trong viêm tụy cấp do sỏi mật có tụ dịch quanh tụy, cắt túi mật nên được trì hoãn cho đến khi ổ đọng dịch đó được giải quyết hoặc đã ổn định, và tình trạng viêm cấp tính chấm dứt (IIC).

Chỉ định can thiệp phẫu thuật

- Can thiệp phẫu thuật là bước tiếp theo sau khi đã dẫn lưu dịch tụy qua da/nội soi với cùng chỉ định
- Hội chứng chèn ép khoang bụng
- Chảy máu cấp tính khi can thiệp nội mạch không thành công.
- Thiếu máu ruột hoặc viêm túi mật hoại tử cấp đi kèm viêm tụy cấp.
- Lỗ dò từ ruột đến ổ đọng dịch quanh tụy

Khuyến cáo về điều trị ban đầu ở bệnh nhân viêm tụy cấp theo AGA 2018

Nội dung	Mức khuyến cáo	Mức bằng chứng
1a. Trên bệnh nhân viêm tụy cấp, ACG đề nghị sử dụng chiến lược bù dịch theo mục tiêu (goal-directed therapy). ACG không khuyến cáo cụ thể nên sử dụng NaCl 0,9% hay Ringer lactate	TB	Rất thấp
1b. Trên bệnh nhân viêm tụy cấp, ACG không khuyến cáo sử dụng dung dịch HES	TB	Rất thấp
2. ACG không khuyến cáo sử dụng kháng sinh dự phòng trên bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, viêm tụy hoại tử	TB	Thấp
3. ACG không khuyến cáo sử dụng thường quy ERCP khẩn cấp ở những bệnh nhân viêm tụy cấp do sỏi không nhiễm trùng đường mật	TB	Thấp
4. Khuyến cáo ăn đường miệng sớm trong vòng 24h nếu bệnh nhân dung nạp được hơn là để bệnh nhân nhịn như trước đây	Mạnh	TB
5. Ở những bệnh nhân không dung nạp đường miệng, AGA khuyến cáo đặt sonde nuôi ăn hơn là dinh dưỡng tĩnh mạch	Mạnh	TB
6. Trên bệnh nhân viêm tụy cấp nặng hoặc viêm tụy cấp hoại tử, ACG khuyến cáo đặt sonde mũi dạ dày hoặc mũi tá tràng nuôi ăn.	TB	Thấp

7. Trên bệnh nhân viêm tụy cấp do sỏi, ACG khuyến cáo cắt túi mật trước khi xuất viện.	Mạnh	TB
8. Trên bệnh nhân viêm tụy cấp do rượu, ACG khuyến cáo thực hiện giáo dục bệnh nhân cai rượu trong thời gian nằm viện.	Mạnh	TB

Tài liệu tham khảo chính:

- [1]. ACG (American College of Gastroenterology) 2013
- [2]. Toronto 2016
- [3]. JPN (Japanese guideline 2015)
- [4]. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis 2018
- [5]. WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis 2019