

VIÊM TUY CẤP

1-Đại cương:

Nguyên nhân của viêm tụy cấp đứng đầu là rượu (35%) và sỏi mật (đặc biệt là sỏi túi mật, 38%). Các nguyên nhân khác bao gồm:

- Tăng lipid huyết tương
- Tăng can-xi huyết tương
- Di truyền
- Chấn thương (chấn thương vùng bụng, chấn thương do phẫu thuật, ERCP)
- Thiếu máu tụy (tụt huyết áp, xơ vữa thành mạch, viêm mạch)
- Tắc nghẽn ống tụy do u, nang, tụy đôi, túi thừa tá tràng, hẹp Oddi)
- Tắc nghẽn tá tràng
- Nhiễm trùng (vi khuẩn, virus) nhiễm ký sinh trùng, nhiễm nấm
- Nọc rắn
- Thuốc (sulfonamide, tetracycline, estrogen, furosemide, corticosteroids)
- Không rõ nguyên nhân (10-30%)

Tổn thương của tụy bị viêm cấp thay đổi, từ phù nề đến hoại tử hay hoại tử xuất huyết.

Biểu hiện lâm sàng của BN bị viêm tụy cấp thay đổi, từ đau nhẹ vùng thượng vị đến sốc, nhiễm trùng huyết, suy đa cơ quan và tử vong.

Tuổi và giới tính: phụ thuộc vào nguyên nhân:

- Rượu: nam giới, độ tuổi 40
- Sỏi mật: nữ, độ tuổi 70

Viêm tụy cấp do sỏi mật:

- Không nhất thiết phải có sỏi kẹt ở ngã ba mật-tụy hay Oddi. Sỏi di chuyển qua vùng này đủ gây ra viêm tụy cấp.
- Nút sỏi bùn hay sỏi vi thể (đường kính nhỏ hơn 3mm) có thể gây viêm tụy cấp.
- Nếu không xử trí nguyên nhân, 38% sẽ viêm tụy tái phát.
- Thời gian viêm tụy tái phát trung bình 108 ngày.

Viêm tụy nặng (hoại tử, xuất huyết) chiếm 1/10 các trường hợp. Viêm tụy cấp thể nặng có thể dẫn đến các biến chứng sớm và biến chứng muộn.

Biến chứng sớm của viêm tụy cấp:

- Suy hô hấp cấp
- Suy tuần hoàn cấp
- Suy thận cấp
- Chảy máu đường tiêu hoá
- Xuất huyết nội

- Viêm phúc mạc
- Hội chứng đông máu nội mạch lan toả

Biến chứng muộn của viêm tụy cấp:

- Tụ dịch quanh tụy
- Hoại tử tụy vô trùng
- Hoại tử tụy nhiễm trùng
- Nang giả tụy
- Áp-xe tụy
- Dò tụy, bàng tụy

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

2.1.1-Triệu chứng cơ năng:

Điển hình là cơn đau bụng với các tính chất sau:

- Đau đột ngột, thường 1-3 giờ sau bữa nhậu hay bữa ăn nhiều mỡ
- Đau giữa bụng (có thể lệch sang trái hay phải khi viêm khu trú ở đầu hay đuôi tụy)
- Mức độ thay đổi. Tuy nhiên, đa số trường hợp mức độ đau từ nhiều đến trầm trọng.
- Đau liên tục
- Lan ra sau lưng (50% các trường hợp)
- Nằm nghiêng hay sấp sẽ bớt đau

Nôn ói: nôn nhiều lần, không giảm đau sau nôn.

2.1.2-Triệu chứng thực thể:

- Sốt (76%), thường sốt nhẹ
- Mạch nhanh (68%)
- Bụng ấn đau, đề kháng, nhất là vùng ½ trên bụng (68%)
- Bụng chướng hơi (65%)
- Âm ruột giảm (28%)
- Vàng da (28%)
- Khó thở (10%)
- Huyết áp không ổn định, tụt huyết áp (10%)
- Nôn máu, tiêu phân đen (5%)
- Mảng đỏ trên da (hoại tử mỡ)
- Dấu Cullen (vùng rốn hơi xanh, bằng chứng của xuất huyết trong xoang phúc mạc) và dấu Grey-Turner (mảng bầm máu vùng hông lưng, chứng tỏ có xuất huyết sau phúc mạc) . Các dấu hiệu này chiếm tỉ lệ 3%.

- Tràn dịch màng phổi trái: thường lượng ít (30%).
- Suy hô hấp cấp tính

2.2-Chẩn đoán phân biệt:

- Thủng tạng rỗng
- Viêm túi mật cấp
- Viêm đường mật
- Nhồi máu mạc treo ruột
- Tắc ruột
- Xoắn ruột

2.3-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.3.1-Amylase:

Là xét nghiệm được thực hiện rộng rãi nhất. Amylase huyết tương bắt đầu tăng 2-12 giờ kể từ lúc khởi đầu và giảm trở về bình thường trong vòng 7 ngày. Amylase huyết tương tăng kéo dài hơn 7 ngày chứng tỏ viêm tụy cấp đã diễn tiến đến giai đoạn hình thành nang giả tụy, áp-xe tụy, dò tụy.

Amylase cao hơn mức bình thường từ 3 lần trở lên có giá trị cao trong chẩn đoán viêm tụy cấp.

Amylase nước tiểu tăng trong khoảng thời gian kéo dài hơn so với amylase huyết tương.

Mức độ tăng amylase không tương quan với mức độ viêm tụy.

Amylase trong viêm tụy cấp do sỏi tăng cao hơn viêm tụy do rượu.

Ngoài viêm tụy, amylase còn tăng trong một số bệnh lý bụng cấp khác (bảng 1). Các bệnh lý này thường có amylase tăng cao hơn mức bình thường 2-3 lần.

Trong một số trường hợp viêm tụy cấp, amylase huyết tương và nước tiểu ở giới hạn bình thường.

P-amylase tăng đặc hiệu cho viêm tụy cấp hơn amylase (p-amylase do tụy tiết ra, s-amylase do tuyến nước bọt, ống dẫn trứng, buồng trứng, nội mạc tử cung, tiền liệt tuyến, vú, phổi, gan tiết ra).

<p><i>Bệnh lý tụy: viêm tụy cấp, viêm tụy mãn, chấn thương tụy (chấn thương bụng, chấn thương phẫu thuật, ERCP), tụy đôi, bất thường bẩm sinh ống tụy..</i></p> <p><i>Bệnh lý tuyến mang tai viêm tuyến mang tai do nhiễm trùng, sỏi, chiếu xạ vùng cổ...;chấn thương tuyến mang tai</i></p> <p><i>Suy thận</i></p> <p><i>Bệnh lý gan: viêm gan, suy gan</i></p> <p><i>Bệnh lý ruột non: thủng, nhồi máu mạc treo, tắc ruột, viêm ruột thừa</i></p> <p><i>Viêm phúc mạc</i></p> <p><i>Bệnh lý phụ khoa: thai ngoài tử cung, nang buồng trứng, viêm phần phụ</i></p> <p><i>Bỏng</i></p>	<p><i>U ác tính của phổi, buồng trứng, tụy, ruột già, vú; pheochromocytoma; u tuyến hung</i></p> <p><i>Chuyển hoá: nhiễm toan, tăng canxi huyết tương, tăng triglyceride huyết tương...</i></p> <p><i>Nhiễm trùng: virus (quai bị, rubella, coxsackie B, cytomegalovirus, HIV), vi khuẩn (klebsiella, E. coli), nấm (candida)</i></p> <p><i>Viêm phổi</i></p> <p><i>Chấn thương sọ não</i></p> <p><i>Phình động mạch chủ bụng</i></p> <p><i>Thuốc: aminosalicylate, furosemide, sulfonamide, 6-mercaptopurine...</i></p> <p><i>Chứng chán ăn, chứng cuồng ăn</i></p> <p><i>Ngộ độc phosphate hữu cơ, nọc độc bò cạp, methyl alcohol...</i></p>
--	--

Bảng 1- Các nguyên nhân gây tăng amylase huyết tương

2.3.2-Các xét nghiệm khác:

Ti lệ thanh thải amylase/creatinine: có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp.

Lipase huyết tương: ít được chỉ định.

Can-xi, cholesterol, triglyceride: chẩn đoán nguyên nhân (tăng can-xi, tăng cholesterol, triglyceride), chẩn đoán hậu quả (hạ can-xi).

Hematocrite: tăng (cô máu do mất nước vào khoang thứ ba) hay giảm (xuất huyết).

Điện giải, BUN, creatinin, glycemia: phản ánh rối loạn cân bằng điện giải và cân bằng kiềm toan, suy thận, chức năng tụy nội tiết.

Xét nghiệm cầm máu, đông máu: rối loạn trong trường hợp nặng.

2.3.3-CT scan:

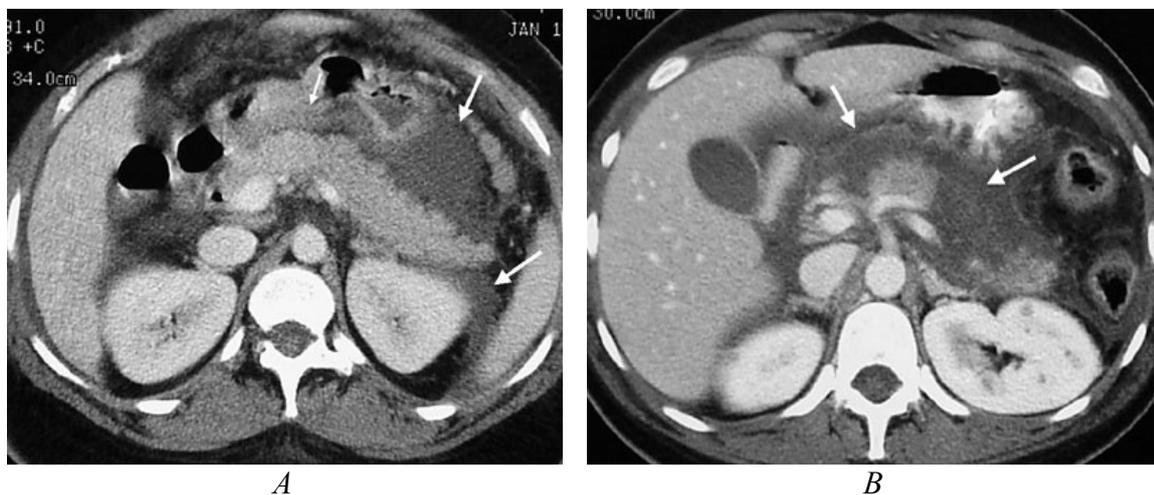
Chỉ định:

- Viêm tụy thể nặng (nhằm đánh giá các biến chứng)
- Nghi ngờ viêm tụy do u tụy
- Chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác: xoắn ruột, nhồi máu mạc treo ruột...

CT có cản quang (tĩnh mạch và trong dạ dày) là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán viêm tụy hoại tử.

Kỹ thuật: bơm thuốc cản quang vào dạ dày 15-30 phút trước khi tiến hành. Chụp lần đầu sau đó bơm thuốc cản quang vào lòng mạch và chụp lần hai. Mô tụy bình thường có độ cản quang 30-40 HU (đơn vị Hounsfield), khi bơm thuốc cản quang tăng lên 100-150 HU.

Hình ảnh viêm tụy cấp (hình 1):



Hình 1- Hình ảnh viêm tụy cấp trên CT: A-viêm tụy phù nề với một ổ tụ dịch cạnh tụy, B-viêm tụy hoại tử

- Tụy tăng kích thước, lan toả hay khu trú
- Tụy tăng quang không đều
- Xoá nhòa lớp mỡ quanh tụy
- Có tụ dịch trong và sau phúc mạc

- Tuy bị hoại tử: một vùng hay toàn thể tụy không tăng quang khi bơm thuốc cản quang

Đánh giá tiên lượng viêm tụy cấp dựa vào tiêu chuẩn Balthazar (bảng 2):

Đánh giá	Đặc điểm
A	Tụy bình thường
B	Tụy tăng kích thước, lan toả hay khu trú
C	Có biến đổi bất thường cấu trúc chủ mô tụy
D	Một ổ tụ dịch hay ổ viêm tấy tụy
E	Nhiều ổ tụ dịch hay ổ viêm tấy tụy

Bảng 2- Tiêu chuẩn Balthazar trong đánh giá giai đoạn viêm tụy cấp

2.3.4-Siêu âm:

Ít có giá trị trong chẩn đoán viêm tụy. Tuy nhiên, trong trường hợp viêm tụy do sỏi mật, siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được chỉ định trước tiên

Có giá trị khi dùng để khảo sát túi mật (nếu nghĩ đến viêm tụy do sỏi mật).

Siêu âm qua nội soi: có thể xác định được nút sỏi bùn hay sỏi vi thể, hai nguyên nhân gây viêm tụy mà siêu âm thông thường không phát hiện được.

2.3.5-X-quang mật tụy ngược dòng qua nội soi (ERCP-endoscopic retrograde cholangiopancreatography): :

ERCP giúp đánh giá tình trạng của đường mật và tụy ở BN bị viêm tụy cấp. Ngoài tác dụng chẩn đoán, ERCP còn có vai trò can thiệp. Tuy nhiên, ERCP không nên được xem là chỉ định đầu tiên đối với viêm tụy cấp.

Chỉ định của ERCP:

- Viêm tụy cấp tái phát nhiều lần (nhằm phát hiện các nguyên nhân chỉ được chẩn đoán bằng ERCP (tụy đôi, hẹp Oddi, bất thường ống tụy..).
- Viêm tụy cấp, BN có bằng chứng của sỏi mật và tình trạng lâm sàng đang diễn tiến nặng thêm mặc dầu được điều trị nội khoa tích cực.

2.3.6-X-quang bụng không sửa soạn:

X-quang bụng ít có giá trị trong chẩn đoán viêm tụy cấp. Các dấu hiệu sau có thể quan sát thấy:

- Mờ vùng bụng trên
- Đại tràng cắt cụt
- Quai ruột canh gác
- Tràn dịch màng phổi trái
- Sỏi tụy...

X-quang bụng được chỉ định chủ yếu để chẩn đoán phân biệt với thủng tạng rỗng.

2.3.7-Chụp mật tụy cộng hưởng từ (MRCP- magnetic resonance cholangiopancreatography):

Là một phương tiện chẩn đoán mới được tiến hành trong thời gian gần đây. MRCP có giá trị chẩn đoán tương tự ERCP, tuy nhiên đây là phương tiện chẩn đoán không xâm lấn.

2.3.8-Sinh thiết tụy dưới sự hướng dẫn của CT:

Nhằm mục đích phân biệt hoại tử tụy vô trùng và hoại tử tụy nhiễm trùng.

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Bước 1-Chẩn đoán xác định viêm tụy và chẩn đoán loại trừ các bệnh lý khác:

Để chẩn đoán xác định viêm tụy cấp, cho đến thời điểm hiện nay, amylase vẫn là xét nghiệm được chỉ định trước tiên.

Ngoài amylase, một số xét nghiệm khác cũng được chỉ định (bảng 3), nhằm mục đích chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác và đánh giá nguyên nhân của viêm tụy.

<p><i>Amylase (máu, nước tiểu)</i> <i>Công thức máu toàn bộ, glycemia, BUN, creatinine</i> <i>Bilirubin, AST, ALT, phosphatase kiềm</i> <i>Cholesterol, triglyceride</i> <i>Ion đồ</i> <i>X-quang bụng không sửa soạn</i> <i>X-quang ngực thẳng đứng</i> <i>Siêu âm gan mật tụy</i></p>
--

Bảng 3- Các xét nghiệm cần được thực hiện khi BN nhập viện với chẩn đoán ban đầu là viêm tụy cấp

Bước 2-Chẩn đoán nguyên nhân viêm tụy cấp:

Khai thác tiền căn, bệnh sử và thăm khám lâm sàng sẽ có hướng chẩn đoán phân biệt giữa viêm tụy cấp do rượu và do sỏi mật (bảng 4).

	<i>Viêm tụy cấp do rượu</i>	<i>Viêm tụy cấp do sỏi mật</i>
<i>Tiền căn nghiện rượu</i>	(+)	(-)
<i>Tiền căn có những lần viêm tụy cấp trước đó</i>	(+)	(±)
<i>Giới tính</i>	<i>Nam</i>	<i>Nữ</i>
<i>Độ tuổi trung bình</i>	<i>40</i>	<i>65</i>
<i>Bilirubin, AST, ALT, phosphatase kiềm</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Tăng</i>
<i>Siêu âm gan mật</i>	<i>Bình thường</i>	<i>Đường mật dẫn, có sỏi đường mật</i>

Bảng 4- Chẩn đoán phân biệt giữa viêm tụy cấp do rượu và do sỏi mật

Bước 3-Đánh giá mức độ trầm trọng của viêm tụy cấp:

Có nhiều phương pháp đánh giá mức độ trầm trọng của viêm tụy cấp.

Đánh giá theo tiêu chuẩn Ranson:

<i>Viêm tụy cấp không do sỏi mật</i>	
<i>Khi nhập viện</i>	<i>Trong vòng 48 giờ đầu</i>
<p><i>> 55 tuổi</i> <i>BC > 16.000</i> <i>Glycemia > 200 mg%</i> <i>LDH huyết tương > 350 UI/L</i> <i>AST > 250 UI/L</i></p>	<p><i>Giảm Hct > 10%</i> <i>Tăng BUN > 5mg%</i> <i>Can-xi huyết tương < 8 mg%</i> <i>PaO₂ < 60 mmHg</i> <i>Thiếu hụt dự trữ kiềm > 4 mEq/L</i> <i>Dịch thoát vào ngăn thứ ba > 6L</i></p>
<i>Viêm tụy cấp do sỏi mật</i>	
<i>Khi nhập viện</i>	<i>Trong vòng 48 giờ đầu</i>
<p><i>> 70 tuổi</i> <i>BC > 18.000</i> <i>Glycemia > 220 mg%</i> <i>LDH huyết tương > 400 UI/L</i></p>	<p><i>Giảm Hct > 10%</i> <i>Tăng BUN > 25mg%</i> <i>Can-xi huyết tương < 8 mg%</i> <i>PaO₂ < 60 mmHg</i></p>

<i>AST > 250 UI/L</i>	<i>Thiếu hụt dự trữ kiềm > 5 mEq/L Dịch thoát vào ngăn thứ ba > 6L</i>
--------------------------	--

Bảng 5- Đánh giá mức độ trầm trọng của viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Ranson

Đặc điểm của đánh giá theo tiêu chuẩn Ranson:

- Bao gồm 11 tiêu chuẩn, được đánh giá khi nhập viện và sau 48 giờ, chớ không phải tại thời điểm nào khác.
- Các tiêu chuẩn thay đổi, phụ thuộc vào viêm tụy cấp do rượu hay do sỏi mật.
- Giá trị chẩn đoán: độ nhạy 73%, độ đặc hiệu 77%.

Phân loại theo APACHE (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation):

- Có thể đánh giá tại bất kỳ thời điểm nào của căn bệnh
- Phức tạp, không được áp dụng phổ biến trên lâm sàng
- Giá trị chẩn đoán: độ nhạy 77%, độ đặc hiệu 84%

Chọc rửa xoang phúc mạc: có độ đặc hiệu cao (93%) nhưng độ nhạy thấp (54%).

C-reactive protein (CRP):

- Được sản xuất ở gan, do đáp ứng không đặc hiệu với các quá trình viêm cấp.
- CRP > 6 sau 24 giờ, hay > 7 sau 48 giờ kể từ lúc khởi phát viêm tụy cấp: viêm tụy trầm trọng.
- Giá trị chẩn đoán: độ nhạy 73%, độ đặc hiệu 71%

Hiện nay CT là phương tiện được chọn lựa để đánh giá tiên lượng của viêm tụy cấp. Ưu điểm của CT:

- Chẩn đoán được viêm tụy cấp
- Chẩn đoán loại trừ các bệnh lý khác
- Đánh giá tiên lượng của viêm tụy cấp ngay sau khi BN nhập viện

Viêm tụy cấp được đánh giá là nặng khi:

- > 3 tiêu chuẩn Ranson
- Chỉ số APACHE > 8
- Hoại tử tụy, áp-xe tụy, nang giả tụy (tiêu chuẩn Balthazar D, E)
- Có dấu hiệu suy tạng (bảng 6)

<i>Sốc (HA tâm thu khi nằm ngửa < 90 mmHg) PaO₂ < 60 mmHg Creatinine huyết thanh > 2 mg/dL Xuất huyết tiêu hoá > 500 mL/24 giờ</i>

Bảng 6- Dấu hiệu suy tạng trong viêm tụy cấp

3-Điều trị:

3.1-Nội dung điều trị nội khoa:

Bồi hoàn nước điện giải là biện pháp điều trị quan trọng nhất.

Không ăn uống qua đường miệng trong vài ngày đầu. Cho BN ăn trở lại khi BN bớt đau, bụng xẹp và có cảm giác thèm ăn.

Giảm đau với acetaminophen, tramadol, meperidine.

Truyền máu khi Hct giảm.

Insulin được chỉ định khi glycemia tăng.

Can-xi được chỉ định khi nồng độ can-xi huyết tương giảm.

Kháng sinh được chỉ định trong viêm tụy nặng, nhằm hạ thấp tỉ lệ nhiễm trùng. Thuốc có độ thâm nhập vào mô tụy tốt thường được chọn (imipenem và ciplastatin, metronidazole và levofloxacin...).

Đảm bảo cân bằng nitơ dương tính bằng dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch (bổ sung hay toàn bộ).

Không cần thiết phải đặt thông dạ dày, nếu BN không nôn ói hay bụng không chướng nhiều.

Các loại thuốc làm giảm chức năng tụy ngoại tiết (hút thông dạ dày, kháng acid, kháng thụ thể H₂, anticholinergic, glucagons, calcitonin, somatostatin...) không làm thay đổi tỉ lệ biến chứng, thời gian nằm viện cũng như tỉ lệ tử vong.

3.2-Chỉ định ERCP lấy sỏi và cắt cơ vòng (ERCP can thiệp):

Viêm tụy cấp do sỏi: ERCP trong vòng 48 giờ.

Viêm tụy cấp do sỏi có viêm đường mật hay vàng da kết hợp: ERCP cấp cứu.

Viêm tụy cấp thể nặng do sỏi: ERCP khi BN ổn định.

BN đã ổn định sau đợt viêm tụy do sỏi nhưng không muốn hay có chống chỉ định phẫu thuật cắt túi mật nội soi

3.3-Phẫu thuật cắt túi mật nội soi:

Chỉ định: viêm tụy cấp do sỏi túi mật.

Thời điểm có thể tiến hành phẫu thuật: vài tuần sau đợt viêm tụy cấp.

3.4-Chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay CT:

Khi có dịch tụ quanh tụy nhiễm trùng hay áp-xe tụy, có thể tiến hành chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm hay CT.

3.5-Mở bụng thám sát và xử trí tổn thương:

Chỉ định:

- Chẩn đoán không rõ ràng (không loại trừ được thủng tạng rỗng, xoắn ruột, nhồi máu mạc treo ruột...)
- Xuất huyết nội
- Tụ dịch quanh tụy nhiễm trùng hay áp-xe tụy đã chọc hút nhưng thất bại
- Hoại tử tụy nhiễm trùng
- Nang giả tụy
- Dò tụy