

ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP



PGS. TS. Quách Trọng Đức
Phó trưởng Bộ Môn Nội Tổng Quát
Đại Học Y Dược TP. HCM

ĐẠI CƯƠNG

Định nghĩa

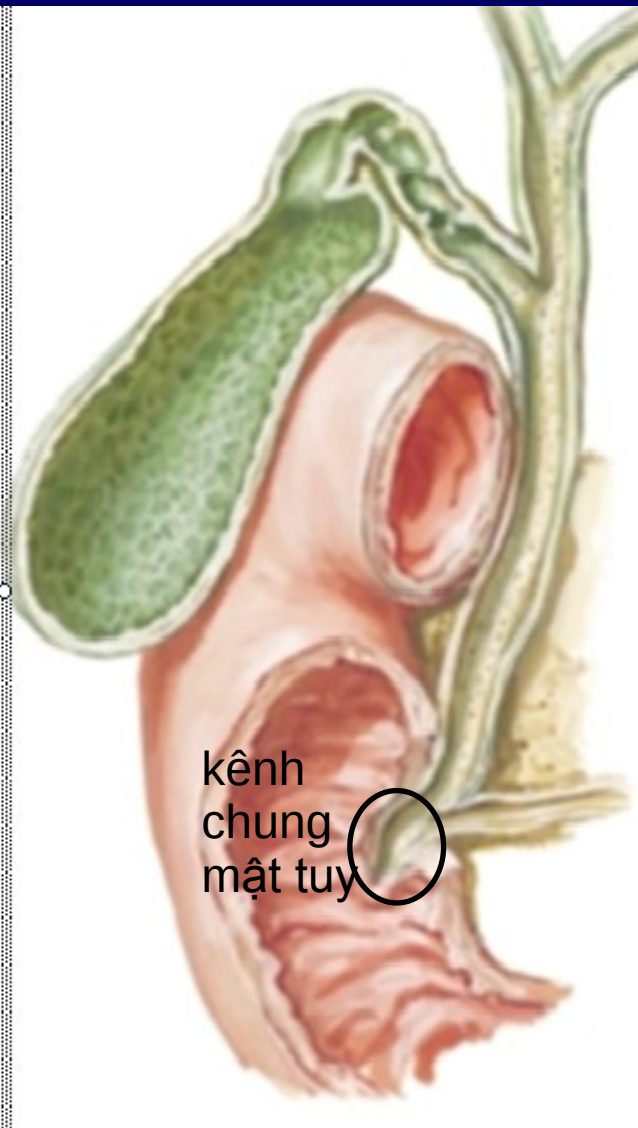
Hiện tượng “tự tiêu hóa” của tuyến tụy, do sự hoạt hóa của men tụy ngay ở tụy, dẫn đến các biến chứng **tại chỗ** (tụy & mô quanh tụy) và **toàn thân**.

ĐẠI CƯƠNG

Sinh lý & giải phẫu

Tụy là tuyến nội tiết & ngoại tiết:

1. Nội tiết: bài tiết Insulin & Glucagon giúp điều hòa đường huyết
2. Ngoại tiết: bài tiết các men tiêu hóa protid, lipid và glucid.



men tụy chỉ được hoạt hóa khi ra khỏi nhú tá lớn, vào tá tràng

ĐẠI CƯƠNG

Sinh lý & giải phẫu

Trong điều kiện bình thường, mô tụy được bảo vệ bằng các hình thức:

1. Các men được bài tiết dưới dạng chưa hoạt động (tiền men)

2. Tụy sản xuất các chất ức chế men

nếu lỡ có men tụy hoạt hóa sớm trong mô tụy thì còn cơ chế số 2 để bảo vệ

ĐẠI CƯƠNG

- Tình trạng **cấp cứu** thường gặp
- 10 – 15% trường hợp diễn tiến nặng có thể dẫn đến tử vong
tùy theo tiên lượng
- Tỷ lệ tử vong (VTC nhẹ: < 1%, nặng: 40 – 60%)
có 2 người bị thì 1 người chết

Bên cạnh chẩn đoán đúng, **TIẾN ĐOÁN CHÍNH XÁC** yếu tố quyết định thành bại diễn tiến nặng đóng vai trò mấu chốt để điều trị thành công

SINH LÝ BỆNH

1. Bất cứ tình trạng bệnh lý nào gây ra sự hoạt hóa men tụy ngay trong lòng mô tụy và vượt quá cơ chế tự bảo vệ của tụy thì sẽ gây ra viêm tụy.
2. Hiện tượng hoạt hóa của men tụy luôn luôn được khởi phát bằng quá trình trypsinogen được hoạt hóa thành trypsin. Trypsin, đến lượt nó, sẽ hoạt hóa tất cả các men tụy còn lại.

SINH LÝ BỆNH

Men hoạt hóa trypsinogen → trypsin

1. Enterokinase (tá tràng) bị dội ngược vào kênh chung mật tụy hoặc mô tụy → VTC
2. Phospholipase A2 (dịch mật) tăng áp lực đường mật (do sỏi,...)
3. Cytokine (men tế bào) tổn thương tế bào (do chấn thương, phẫu thuật vùng tá tụy, nội soi mật tụy ngược dòng → men được hoạt hóa sớm hơn trong mô tụy)

NGUYÊN NHÂN

❖ Thường gặp

1. Sỏi mật

2. Rượu

3. Tăng TG **> 11 mmol/L (>1,000mg/dL)**

NGUYÊN NHÂN

❖ Ít gặp:

Bất thường vùng bóng Vater (GP – Sinh lý - bệnh lý)

1. Tá tràng: Túi thừa tá tràng
2. Mật: RLCN cơ vòng Oddi, Viêm hẹp Oddi, U Vater
3. Tụy: tụy vòng/tụy đôi/tụy hình nhẫn, ung thư tụy, u nhầy trong nhú

Nhiễm trùng:

1. **KST:** giun đũa, sán lá
2. **Virus:** Quai bị, Virus viêm gan A, B, C; CMV, Varicella-Zoster HIV, Epstein–Barr virus, Rubella, Adenovirus, Rubeola, Herpes Simplex virus, Rotavirus, Coxsackie virus type
3. **VT:** *Yersinia*, *Salmonella*, *Campylobacter jejuni*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella*, *Leptospira*
4. **Nấm:** *Aspergillus*, *Candida* spp., *Cryptococcus neoformans*, *Pneumocystis carinii*

Chấn thương bụng

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Đau bụng: 95%

- Thường đột ngột sau bữa ăn thịnh soạn, hoặc sau nhậu.
- Vị trí: đau vùng trên rốn
- Cường độ: dữ dội
- Hướng lan: lan ra sau lưng
- Tư thế giảm đau: giảm nhẹ với tư thế cò súng
- Khám lâm sàng:
 - + Thành bụng thường mềm.
 - + Vùng trên rốn hơi căng tức khi ấn chẩn.
 - + Điểm Mayo Robson, điểm Malleguy Tôn Thất Tùng.
 - + Có biến chứng viêm phúc mạc: dấu hiệu đề kháng / co cứng thành bụng.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

phải khám -> ghi vào BA

Mảng xuất huyết dưới da:

- vùng quanh rốn (dấu Cullen) hoặc
- vùng hông trái (dấu Grey Turner)
- gợi ý viêm tụy nặng thể xuất huyết hoại tử

khi có dấu hiệu này cần xử trí khẩn cấp



TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Buồn nôn & nôn: 70%

- Nôn nhiều, có khi gần như liên tục
- Tuy nhiên nôn không giúp giảm đau

2 tính chất quan trọng, phải có trong BA

- Trong cơn đau bệnh nhân có thể nôn ra giun đũa gợi ý nguyên nhân
- Nếu **nôn ra máu** thì gợi ý VTC thể xuất huyết, tiên lượng **nặng**.

CHẨN ĐOÁN

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Khi có ≥ 2 trong 3 tiêu chuẩn:

- Đau bụng cấp kiểu tụy
- Amylase máu và/hoặc Lipase máu ≥ 3 lần giá trị trên của chỉ số bình thường
- Xét nghiệm hình ảnh học phù hợp VTC.

(Siêu âm bụng, CT bụng, MRI bụng)

1 số BV không làm lipase máu
VTC/mạn: men tụy không tăng nhiều

đau bụng cấp phải coi như bụng ngoại khoa
cho đến khi loại trừ được

CHẨN ĐOÁN

đối với bn đau bụng cấp: phải hỏi
tiền căn đau bụng tương tự trước đây

Các lưu ý

nếu trước đây đau tương tự-> được chẩn đoán VTC
thì bây giờ có thể là VTC-> gợi ý cách theo dõi BN
lần trước mà k mổ-> lần này có khả năng không mổ

•Đau bụng kiểu tụy:

- Khởi phát đột ngột, thượng vị hoặc quanh rốn
- lan sau lưng
- liên tục
- cường độ tăng dần đến tối đa sau 30 phút, kéo dài ≥ 24 giờ,
- giảm đau khi ngồi cúi ra trước / nằm cong người nghiêng (T)
- kèm nôn nhưng không giảm đau

CHẨN ĐOÁN

Các lưu ý

❖ Men tụy:

- Amylase máu: bắt đầu tăng sau 1 giờ, về BT sau 3 – 5 ngày
- Lipase máu: tăng đồng thời nhưng thời gian tăng dài hơn amylase

❖ Amylase: có thể tăng / bệnh cảnh không phải VTC

- macroamylasemia amylase máu: mốc 100UI là bình thường, >300UI là thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán
- suy thận, không dùng amylase nước tiểu
- bệnh lý tuyến nước bọt
- bệnh lý bụng cấp khác.

❖ Men tụy có thể không tăng trong trường hợp

- Nguyên nhân VTC: rượu, tăng triglyceride, ung thư tụy
- Trên nền viêm tụy mạn
- Loét thâm nhiễm

thi LS: đề nghị nhằm mục đích gì?
chờ đợi kết quả gì?

CHẨN ĐOÁN

Các lưu ý

SA: tụy phù nề, tăng kích thước, các ổ hoại tử tụy, tụ dịch quanh tụy, nang giả tụy
tụy nhiên tụy là tạng nằm sau-> khi viêm-> liệt ruột khu trú-> chướng hơi-> SA khó khảo sát
trong 1 số trường hợp k đủ tiêu chuẩn chẩn đoán mà vẫn nghi ngờ VTC-> đề nghị CT/MRI

Hình ảnh học

- Siêu âm bụng : có thể cho hình ảnh điển hình VTC
- CT và MRI bụng: thường cho các trường hợp:
do bệnh cảnh giống tắc ruột cơ học, viêm phúc mạc, SA k điển hình VTC, men k tăng đủ
 - ✓ Chẩn đoán không rõ (**CT bụng không cản quang**)
hoặc
 - ✓ Lâm sàng không cải thiện sau 48 – 72h nhập viện

chụp để coi có biến chứng tại chỗ không? hoại tử nhiễm trùng/không nhiễm trùng?

ưu tiên hàng đầu là siêu âm bụng-> nếu không rõ-> CT or MRI

CHẨN ĐOÁN

Các chẩn đoán phân biệt

➤ Bệnh gan mật

- Cơn đau quặn mật,
- NTĐM
- Viêm túi mật cấp

➤ Bệnh của ống tiêu hóa

- Thủng tạng rỗng
- Tắc ruột
- Viêm ruột thừa giai đoạn sớm

➤ Bệnh lý tim mạch cần phải chú ý trên bn lớn tuổi

- Nhồi máu cơ tim thành dưới
- Thiếu máu, nhồi máu mạc treo
- Phình bóc tách động mạch chủ

TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

Các dấu hiện *gợi ý tiến triển nặng*

tiêu chuẩn dễ áp dụng

1 ➤ **SIRS** lúc NV: $\geq 2/4$ tiêu chuẩn

- $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$
- Nhịp tim > 90 l/p
- Nhịp thở > 20 l/p hoặc $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg
- BC $> 12,000$ hoặc $< 4,000/\text{mm}^3$

➤ SIRS lúc NV + kéo dài sau 48h: độ chuyên biệt cao hơn
khả năng vô nặng cao

SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome): Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân

TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

Các dấu hiệu *gợi ý tiến triển nặng*

2 ➤ Thang điểm **BISAP**: nặng khi có ≥ 3 (trong vòng 24 giờ)

(B): BUN > 25 mg/dL

(I): Rối loạn tri giác, điểm Glasgow < 15

(S): Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân

(A): Tuổi > 60

(P): Tràn dịch màng phổi

Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis (BISAP): Dữ liệu đánh giá trong vòng 24 giờ đầu tiên.

B (BUN), I (Impaired Mental Status), S (SIRS), A (Age), P (Pleural effusion)

TIỀN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

Các dấu hiện *gợi ý tiến triển nặng*

ý nghĩa càng cao

3 ❖ Hct > 44% **lúc NV** (và **không thể giảm sau 24h**)

4 ❖ CRP > 150mg/l **(sau khởi phát 48h)**

5 ❖ Suy cơ quan:

➤ Tim mạch: HA max < 90 mmHg

➤ Hô hấp: PaO₂ < 60 mmHg

➤ Thận: Creatinin máu ≥ 1,9 mg /dL

chỉ cần 1 trong 5 yếu tố là đủ để nghĩ có nguy cơ tiến triển nặng
chú ý thời điểm làm XN, thì LS phải hỏi kết quả XN làm lúc nào thì mới có giá trị?

TIÊN LƯỢNG MỨC ĐỘ NẶNG VTC

Dấu hiện chỉ điểm VTC không nặng (HAPS)

dùng trong 30' sau NV

❖ Khi có **cả 3** tiêu chuẩn

➤ Bụng không đề kháng

➤ Hct bình thường (**< 43% ở nam, < 39,6% ở nữ**)

➤ Creatinin máu bình thường ^{2mg}

❖ Dự đoán VTC không nặng chính xác 98%

HAPS: Harmless acute pancreatitis score

TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(*Phân loại Atlanta hiệu chỉnh 2013*)

chính xác nhất

từ lúc khởi phát đến lúc phân loại theo Atlanta cần phải qua 48h

➤ VTC nhẹ

- ✓ Không suy tạng, VÀ
- ✓ Không có biến chứng tại chỗ

➤ VTC trung bình – nặng

- ✓ Suy tạng thoáng qua (<48 h) VÀ / HOẶC
- ✓ Có biến chứng tại chỗ

tuần hoàn, hô hấp, thận: 1 trong 3 bị suy thì đủ tiêu chuẩn suy tạng

➤ VTC nặng

- ✓ Suy tạng kéo dài (>48h)

TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(Đánh giá suy tạng) thầy nói ls k cần học

<u>Cơ quan</u>	<u>Điểm</u>				
	0	1	2	3	4
HỖ HẤP (PaO ₂ /FiO ₂)	> 400	301 – 400	201 – 300	101 – 200	< 101
THẬN					
<u>Creatinin máu (μmol/l)</u>	< 134	134 – 169	170 – 310	311 – 439	> 439
<u>Creatinin máu (mg/dl)</u>	< 1,4	1,4 – 1,8	1,9 – 3,6	3,6 – 4,9	> 4,9
TIM MẠCH (HATT) (mmHg, không vận mạch)	> 90	< 90 <u>đáp ứng</u> <u>dịch</u>	< 90 <u>không đáp</u> <u>ứng dịch</u>	< 90, pH < 7,3	< 90, pH < 7,2

(≥ 2 điểm của 1 trong 3 cơ quan theo hệ thống Marshall hiệu chỉnh).

TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(Đánh giá suy tạng _ đơn giản hóa)

thỏa 1 trong 3=> suy tạng

- PaO₂ ≤ 60 mmHg
- Creatinin ≥ 1,9mg/dL
- HA tâm thu < 90mmHg

(và **không** đáp ứng truyền dịch)

TIỀN CHUẨN ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG VTC

(Đánh giá biến chứng)

- tuần đầu
- **Biến chứng tại chỗ**
- Tụ dịch quanh tụy cấp → tiến triển → tạo nang giả tụy
 - Hoại tử cấp ± nhiễm trùng
 - Nang giả tụy
 - Hoại tử tạo vách ± nhiễm trùng
- hoại tử cấp: thoái triển hoặc tiến triển thành hoại tử tạo vách
- **Biến chứng toàn thân:**
- Là đợt kịch phát các bệnh nội khoa mạn tính sẵn có đi kèm (bệnh mạch vành, bệnh phổi mạn tính...)
 - BC do VTC gây ra trong bệnh cảnh suy tạng:
(ARDS, suy thận cấp) ... **không được** xếp là BC toàn thân

ĐIỀU TRỊ

(nguyên tắc điều trị)

➤ Giảm đau

➤ Bù dịch – cân bằng điện giải

➤ Cho tụy nghỉ ngơi :

- Nhịn ăn uống đường miệng
- Thuốc giảm tiết tụy: **nếu VTC nặng**

➤ Giải quyết biến chứng

➤ Điều trị nguyên nhân

nhẹ không dùng, do nhẹ chỉ cần nhịn ăn uống là có thể hồi phục, nếu thêm thuốc thì tác dụng cũng không tăng thêm

ĐIỀU TRỊ

(Nguyên tắc điều trị)

Theo dõi:

- Sinh hiệu, nước tiểu, SpO₂ mỗi 4h/24h đầu,
- Hct thời điểm lúc nhập viện, sau 12h, 24h
- BUN lúc nhập viện, sau 24h, 48h
- Điện giải đồ mỗi ngày (bù điện giải theo ion đồ)
- CRP lúc 48 h sau khởi phát

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể)

➤ **Hội chẩn ICU khi có suy tạng** quan trọng, cần chú ý
BN có suy tạng cần nằm ICU

➤ Thở oxy: **trong 24 – 48 giờ đầu**, duy trì SpO2
≥ 95%, nhất là khi còn dùng dẫn xuất

morphine để giảm đau.

đau nhiều nên phải dùng giảm đau mạnh

➤ Sonde mũi – dạ dày: **chỉ đặt khi**

- ói nhiều
- trướng bụng
- đề kháng thành bụng

các trường hợp còn lại k cần đặt, do nhìn ăn uống là có thể hồi phục tốt, nếu đặt thì chỉ làm khó chịu cho bn hơn.

do SHH thường xảy ra
24-48 giờ đầu

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: **Bù dịch**) là điều trị nền tảng

do bn thở nhanh

Cơ sở việc bù dịch: BN VTC bị giảm V tuần hoàn do nhiều yếu tố

- Nôn ói, nhịn ăn uống, **tăng mất qua hô hấp** và mồ hôi
- Tình trạng viêm làm tăng tính thấm thành mạch dẫn đến tăng mất dịch vào khoang thứ 3, làm nặng thêm tình trạng giảm tưới máu tủy thúc đẩy tình trạng hoại tử nhu mô tủy.

Lưu ý:

thi

- Lợi ích của truyền dịch tốt nhất là trong vòng 12 – 24 giờ đầu, chứ ít có hiệu quả sau đó.
- Nên đánh giá lại nhu cầu dịch truyền **trong 6h đầu & trong vòng 24 – 48h sau đó.**

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Bù dịch)

➤ **Loại dịch:** LR được ưu tiên hơn so với NaCl 0,9% do làm giảm SIRS và CRP tốt hơn (trừ VTC do tăng canxi máu).

➤ **Lượng dịch truyền:**

1. VTC không nặng, không hoại tử tủy, không tiêu chuẩn tiên lượng nặng: bù theo nhu cầu hàng ngày, ≥ 2 lít/ngày

2. VTC không nặng, có hoại tử tủy hoặc có tiêu chuẩn tiên lượng nặng (theo tiêu chuẩn Hct, CRP hoặc BISAP): bù dịch tích cực với **250 – 500 ml/giờ** (cần trọng **đánh giá tình trạng bệnh lý tim mạch và thận** trước khi truyền) trong 12 – 24 giờ đầu; sau đó ≥ 2 lít/ngày.

truyền nhanh

3. VTC **nặng**: Khởi đầu: 20 ml/kg trong 60 – 90 phút đầu; sau đó: 250 – 300 ml/giờ trong 48 giờ (tùy tình trạng tim mạch).

tùy thuộc
tình hình BN
nguy cơ quá
tải tuần hoàn

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Dinh dưỡng)

➤ Không ăn uống đường miệng: xem xét **3 ngày đầu**.

- 3 ngày đầu: 100-150g **Glucose**/ng TM
glucose ưu trương 10%, 30%

➤ Bắt đầu cho ăn khi:

- Giảm đau bụng mà không cần dùng dẫn xuất morphine
- Hết buồn nôn, nôn morphin gây co thắt cơ vòng Oddi-> làm VTC diễn tiến xấu hơn. Do đó dùng dẫn xuất là Meperidine
- Cảm giác đói
- Nghe được âm ruột & đánh giá chung cải thiện.

➤ Cho ăn uống lại theo thứ tự:

- Nước chín – nước đường – cháo đường – cơm thường.
- **Hạn chế béo, sữa** nhất là trong tuần đầu
béo, sữa nguyên kem(nhiều béo)-> gây kích thích tiết men tụy

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Dinh dưỡng)

Sau 3 ngày: bn không ổn chuyển đơn vị dinh dưỡng

1. Thêm dịch truyền amino acid, có thể hội chẩn dinh dưỡng. Hạn chế chất béo
2. Đối với VTC nặng, khuyến cáo nên nuôi ăn qua đường miệng (đặt **sonde mũi - dạ dày** hoặc **sonde mũi hồng tràng**) để ngừa biến chứng nhiễm trùng do VK đi xuyên thành ruột.
3. Tránh nuôi ăn tĩnh mạch ngoại trừ không thể nuôi ăn đường ruột, không dung nạp hoặc không đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng.

nuôi ăn qua tĩnh mạch nguy cơ nhiễm trùng cao

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Thuốc giảm đau & giảm tiết)

➤ Giảm đau:

1. Meperidine 50mg /6-8 giờ TB/TM.
2. Không dùng nhóm anti-cholinergic vì làm tăng chướng bụng.

➤ Giảm tiết dịch tụy:

1. Chỉ định: VTC nặng, viêm tụy hoại tử, nang giả tụy, tràn dịch màng phổi hoặc báng bụng dịch tụy.

2. Thuốc

- Octreotide: 0,1 mg x 3 /ngày TDD trong 7-21 ngày
- Somatostatin: 0,25 mg bolus TM, sau đó 0,25 mg/giờ TTM liên tục trong 7 – 21 ngày

➤ Giảm tiết acid bằng PPI / AntiH₂ TM: BN có tiền căn viêm loét DD-TT / dự phòng XHTH do stress trong VTC nặng.

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Kháng sinh)

Chỉ định KS điều trị

1. Có bằng chứng nhiễm trùng ngoài tụy
 - Viêm đường mật nhiễm trùng do sỏi
 - Nhiễm trùng huyết
 - Nhiễm trùng tiểu
 - Viêm phổi
 - Nhiễm trùng đường vào từ catheter
 - ...
2. Có bằng chứng hoại tử nhiễm trùng (ở tụy / ngoài tụy): tình trạng bệnh nhân thường xấu hơn / không cải thiện sau nhập viện 7 – 10 ngày.

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Kháng sinh)

Trường hợp nghi nhiễm trùng tụy / quanh tụy:

- Chọc hút chọc hút bằng kim nhỏ dưới CT tìm bằng chứng vi sinh-> LS ít làm
- Nếu không được: KS theo kinh nghiệm
 1. Ưu tiên carbapenem, quinolone và metronidazole vì thấm vào mô tụy hoại tử tốt
 2. Các trường hợp này **cần theo dõi sát**: nếu tình trạng lâm sàng của BN xấu đi thì cần phải cần dẫn lưu (phẫu thuật / nội soi / x quang).

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Kháng sinh)

Chỉ định KS phòng ngừa:

➤ Giai đoạn sớm chưa có CT:

- Hct > 44% lúc nhập viện và không giảm sau 24 giờ
- CRP > 150 mg/dl giờ thứ 48
- SIRS tồn tại sau 24 – 48 giờ
- Dấu hiệu suy cơ quan

➤ Có CT: Hoại tử $\geq 30\%$ hoại tử vô trùng

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Kháng sinh)

➤ ***Quan điểm AGA guidelines 2013:***

- Không khuyến cáo sử dụng thường qui KS ở VTC nặng
- Không khuyến cáo sử dụng KS ở các trường hợp hoại tử vô trùng để phòng ngừa hoại tử nhiễm trùng
(Thường xảy ra muộn nhưng 27 – 50% cũng có thể xảy ra trong vòng 7 – 14 ngày đầu và làm tăng tử vong)

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Điều trị BC nhiễm trùng)

➤ Chọn lựa kháng sinh (nếu không có bằng chứng VT)

1. Chọn lựa đầu tay: Imipenem 500 mg/8 giờ
2. Chọn lựa thứ 2: Fluoroquinolone/Cephalosporine
thế hệ 3 + Metronidazole

➤ Thời gian điều trị kháng sinh phòng ngừa
10 – 14 ngày

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Kháng sinh)

Gram (-)	Gram (+)
Imipenem: 0.5g/6 giờ hoặc 1g/8 giờ	Vancomycin: 0.5g/6 giờ hoặc 1g/12 giờ
Ciprofloxacin: 0.4g/12 giờ	
Ceftazidim: 1-2g/8 giờ	
Ceftriaxone: 2g/24 giờ	
Cefotaxime: 1-2g/8 giờ	
Cefoperazone/Sulbactam: 2g/12 giờ	
Metronidazole:	
<ul style="list-style-type: none">• Liều nạp 15mg/kg trong 1 giờ• Duy trì: 7.5mg/kg/6 giờ• Tối đa: 1g/liều, 4g/ngày	

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Điều trị nguyên nhân)

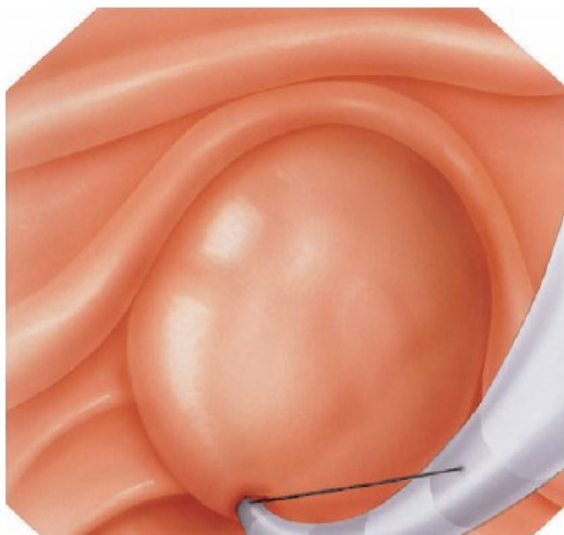
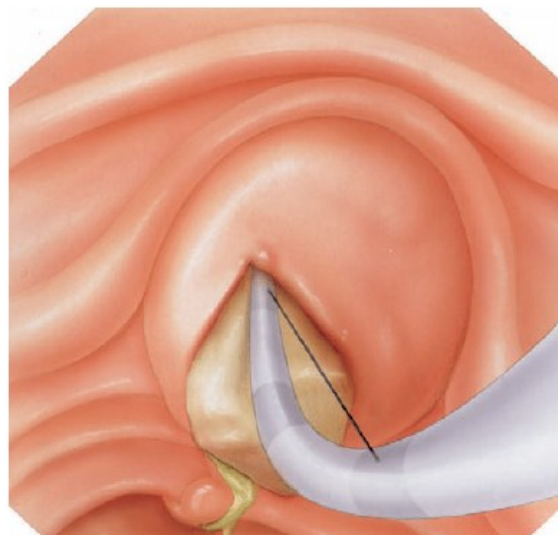
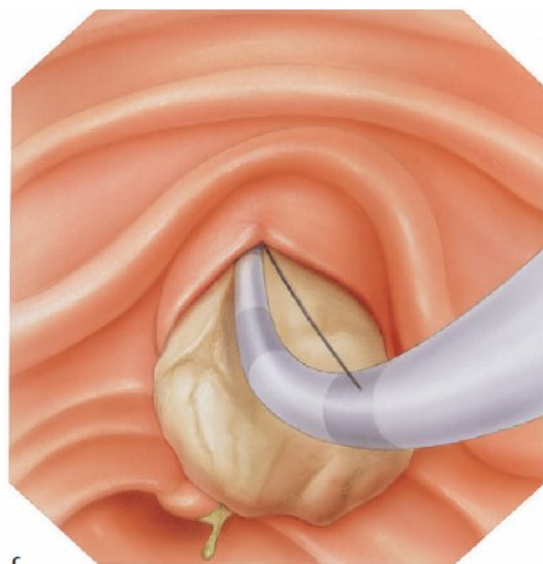
VTC nếu kèm nhiễm trùng đường mật, nhiễm trùng tiểu trên dễ vô sức

➤ **VTC do sỏi**
nội sỏi mật tụy ngược dòng

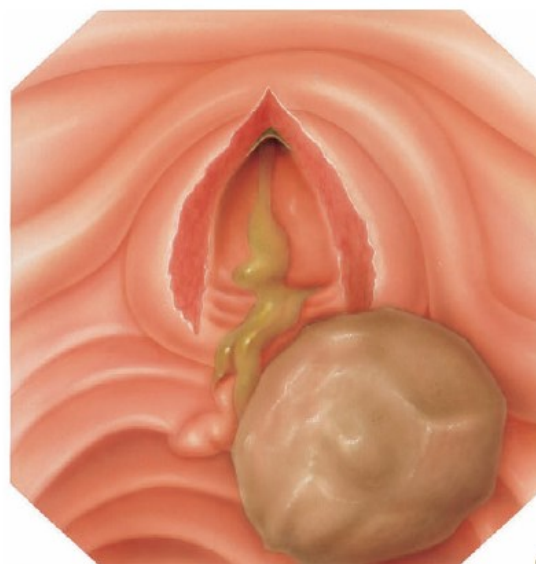
1. ERCP lấy sỏi trong vòng 72 giờ nếu thấy sỏi / OMC
2. ERCP sớm hơn (trong 24h) nếu kèm viêm đường mật
3. BN làm ERCP và có nguy cơ cao bị VTC sau đó: nên
 - Đặt stent tụy, nếu không
 - NSAIDs đặt hậu môn: Diclofenac 100mg / Indomethacine 100mg
4. Cắt túi mật trong vòng **7 ngày** sau hồi phục VTC do sỏi hoặc sỏi bùn túi mật, giúp giảm nguy cơ VTC tái phát.

sỏi túi mật có thể rớt viêm sỏi khác xuống-> làm VTC tái phát. Sau 7 ngày nguy cơ tái phát cao hơn

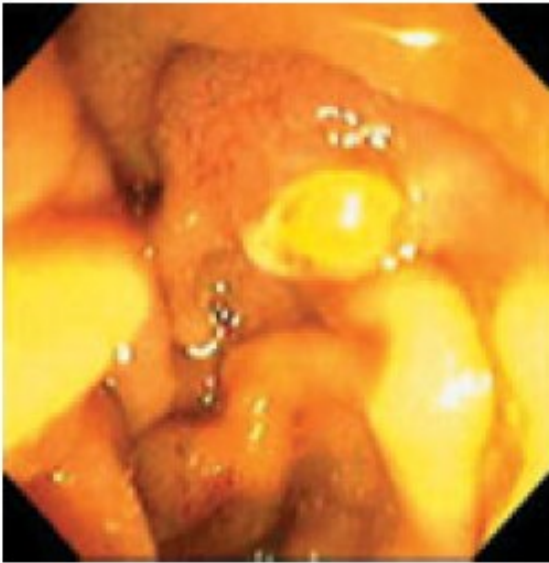
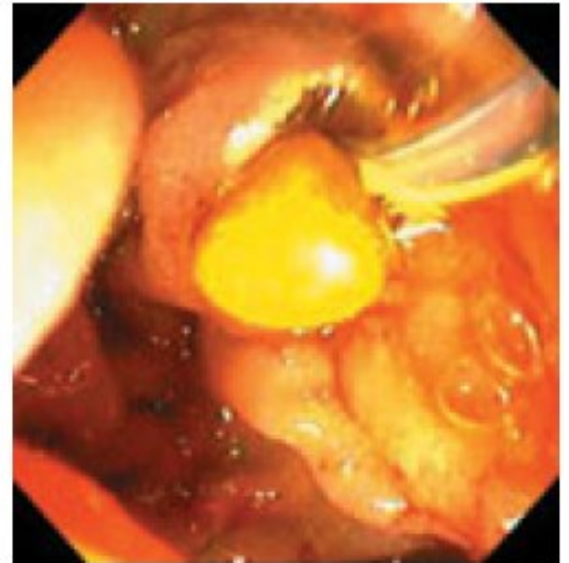




c



d



sỏi cholesterol điển hình của túi mật

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Điều trị nguyên nhân)

- lúc NV cần đề nghị Bilan lipid
- bilan lipid được làm thời điểm nào?

TG >1000mg/dl-> VTC do tăng TG

>500-> nghi ngờ

<500: có thể chỉ là Rối loạn lipid kèm theo

➤ VTC do tăng TG

1. Lọc huyết tương:

- Ưu tiên chọn lựa nếu không có CCĐ, đặc biệt khi:
 - VTC do tăng TG kèm dấu hiệu hạ calci máu
 - nhiễm toan acid lactic
 - dấu hiệu viêm nặng lên
 - có suy cơ quan.
- Mục tiêu: TG < 500 mg/dl. Ngưng khi đạt mục tiêu.

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Điều trị nguyên nhân)

➤ VTC do tăng TG

2. Insulin:

- Nếu không có phương tiện lọc huyết tương, bệnh nhân không dung nạp hoặc nếu đường huyết > 500 mg/dl,
- Mục tiêu: Đưa Triglyceride < 500 mg/dl trong 3 – 4 ngày
- Phương pháp
 - Pha **Regular Insulin** trong **Glucose 5%** truyền 0.1 – 0.3 đv/kg/giờ
 - Duy trì đường huyết **150 – 200 mg/dl**
 - **Theo dõi ĐH mao mạch/4 giờ, TG máu/12 – 24 giờ**
 - **Ngưng insulin khi TG < 500 mg/dl**

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Điều trị nguyên nhân)

➤ VTC do tăng TG

3. Fibrate:

- Khi bệnh nhân uống lại được
- Fenofibrate 160mg/ngày hoặc
- Gemfibrozil 600 mg x 2 lần/ngày

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Hội chấn ngoại khoa)

➤ Chỉ định hội chấn ngoại:

1. VTC do sỏi mật
2. Nang giả tụy (nhất là khi nghi ngờ có tình trạng nang giả tụy nhiễm trùng / vỡ / xuất huyết /có biểu hiện chèn ép cơ quan lân cận)
3. Hoại tử tụy (nhất là hoại tử tụy nhiễm trùng)
4. Áp xe tụy

ĐIỀU TRỊ

(Điều trị cụ thể: Hội chẩn ngoại khoa)

➤ Thời điểm & phương pháp can thiệp ngoại:

1. BN hoại tử nhiễm trùng nhưng tình trạng ổn định: nên *tạm trì hoãn* phương pháp dẫn lưu (bằng nội soi / phẫu thuật / x quang) ≥ 4 *tuần* để chờ tình trạng vách hóa của vùng hoại tử.
2. Đối với hoại tử nhiễm trùng và có triệu chứng: chỉ nên làm phương pháp *pháp xâm lấn tối thiểu* để lấy khối hoại tử, đặt dẫn lưu không nên mổ mở.

ngoài chẩn đoán chính xác, quan trọng k kém là dự đoán diễn tiến nặng
nếu nặng thực sự $\rightarrow$ tử vong 50%