

**CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP THEO ACG 2024**  
**Updated Diagnosis and Treatment of Acute Pancreatitis According**  
**to American College of Gastroenterology 2024**

Nguyễn Huyền Nhung<sup>1,\*</sup>

**Tóm tắt:**

Viêm tụy cấp (Acute pancreatitis - AP), được định nghĩa là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy, là một trong những bệnh phổ biến nhất về đường tiêu hóa dẫn đến nhập viện ở Hoa Kỳ. Bệnh có thể tiến triển khác nhau giữa các bệnh nhân và thường khó có thể tiên lượng trước được. Trong khi hầu hết bệnh nhân là viêm tụy thể nhẹ và có thể điều trị ổn định sau vài ngày, gần 20% số bệnh nhân có thể gặp các biến chứng, bao gồm hoại tử tuyến tụy và/hoặc suy nội tạng, đôi khi cần phải nằm viện kéo dài, chăm sóc đặc biệt, phẫu thuật hoặc nội soi can thiệp. Điều trị sớm và theo dõi sát là điều cần thiết để ngăn ngừa các biến chứng do viêm tụy. Bệnh nhân bị viêm tụy do sỏi mật thường sẽ cần phẫu thuật cắt túi mật để ngăn ngừa bệnh tái phát và có thể cần nội soi mật tụy ngược dòng sớm nếu có viêm tụy cấp do sỏi ống mật chủ. Kháng sinh là một phần quan trọng trong điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng cùng với việc cắt bỏ ổ hoại tử. Kháng sinh được chọn phải có khả năng xâm nhập vào vùng hoại tử, chẳng hạn như carbapenem, quinolone, cephalosporin và metronidazole... Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh nhân mắc bệnh viêm tụy cấp. Việc cho ăn lại sớm là an toàn và quan trọng trong việc ngăn ngừa các biến chứng do viêm tụy cấp gây ra.

**Từ khóa:** Viêm tụy cấp, Viêm tụy hoại tử, Nang giả tụy.

**Abstract:**

Acute pancreatitis (AP), defined as acute inflammation of the pancreas, is one of the most common gastrointestinal conditions leading to

**Article history:**

Received: 08/7/2024

Accepted: 20/9/2024

Published: 01/10/2024

**Authors' affiliations:**

<sup>1</sup> Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec, Hà Nội, Việt Nam

\* Địa chỉ e-mail tác giả liên hệ:

[huyennhung2910@gmail.com](mailto:huyennhung2910@gmail.com)

\* Số điện thoại tác giả liên hệ: +84 389979182

hospitalization in the United States. The course of the disease can vary from patient to patient and is often unpredictable. While most patients have mild pancreatitis and can be treated and stabilized within a few days, nearly 20% of patients may develop complications, including pancreatic necrosis and/or organ failure, sometimes requiring prolonged hospitalization, intensive care, surgery, or endoscopic intervention. Early treatment and close follow-up are essential to prevent complications from pancreatitis. Patients with gallstone pancreatitis will often require cholecystectomy to prevent recurrence and may require early endoscopic retrograde cholangiopancreatography if acute pancreatitis due to common bile duct stones is present. Antibiotics are an important part of the treatment of infectious necrotizing pancreatitis along with debridement of the necrotic foci. The antibiotics chosen must be able to penetrate the necrotic area, such as carbapenems, quinolones, cephalosporins, and metronidazole... Nutrition plays an important role in the treatment of patients with acute pancreatitis. Early refeeding is safe and important in preventing complications caused by acute pancreatitis.

**Keywords:** Acute Pancreatitis, Necrotizing pancreatitis, Pancreatic pseudocyst.

## I. GIỚI THIỆU CHUNG

Viêm tụy cấp (Acute Pancreatitis) là một trong những bệnh phổ biến nhất của đường tiêu hóa, dẫn đến gánh nặng to lớn về tinh thần, thể chất và tài chính cho bệnh nhân. Tại Hoa Kỳ, có gần 300.000 lượt nhập viện hàng năm do viêm tụy cấp, với chi phí hơn 2,5 tỷ đô la [1]. Tỷ lệ mắc bệnh AP đã tăng 2%–5% mỗi năm và dao động trong khoảng 3,4 đến 73,4 trường hợp trên 100.000 trên toàn thế giới [1],[2]. Mặc dù tỷ lệ tử vong trong ca bệnh đã giảm theo thời gian, nhưng tỷ lệ tử vong chung trong dân số vẫn không thay đổi với 5.000–9.000 ca tử vong được báo cáo hàng năm [1].

## II. NỘI DUNG

### A. Chẩn đoán

#### Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy cấp :

Chẩn đoán viêm tụy cấp khi thỏa mãn 2/3 tiêu chuẩn :

1. Con đau bụng điển hình : đau bụng thượng vị hoặc hạ sườn trái, lan ra sau lưng.
2. Amylase và/hoặc lipase huyết tương tăng gấp 3 lần giới hạn bình thường
3. Có hình ảnh điển hình trên Ct hoặc MRI ổ bụng.

- Chúng tôi đề nghị không nên thực hiện chụp cắt lớp vi tính (CT) sớm/khi nhập viện nhằm mục đích xác định mức độ nghiêm trọng của viêm tụy. Nên chỉ định chụp cho những bệnh nhân chẩn đoán không rõ ràng hoặc không cải thiện lâm sàng trong vòng 48–72 đầu tiên giờ sau khi nhập viện và truyền dịch qua đường tĩnh mạch.

- Amylase máu :

+ Thường tăng trong vòng vài giờ sau khi xuất hiện triệu chứng và trở về giá trị bình thường trong vòng 3–5 ngày; tuy nhiên, nó có thể vẫn nằm trong phạm vi bình thường khi nhập viện ở 1/5 số bệnh nhân [3], [4].

+ Trở lại giá trị bình thường nhanh hơn lipase.

+ Có thể bình thường trong viêm tụy cấp do rượu và tăng triglycerid máu.

+ Ngoài viêm tụy cấp, amylase huyết thanh có thể tăng giả trong các trường hợp : bệnh macroamylasemia, ở những bệnh nhân có mức lọc cầu thận giảm, ở các bệnh về tuyến nước bọt và trong các bệnh lý vùng bụng ngoài tuyến tụy liên quan đến viêm, bao gồm cả viêm ruột thừa cấp tính, viêm túi mật, tắc ruột hoặc thiếu máu cục bộ, loét dạ dày tá tràng và các bệnh phụ khoa [5].

- Lipase huyết thanh :

+ Dường như đặc hiệu hơn và duy trì ở mức cao lâu hơn amylase sau khi xuất hiện bệnh.

+ Lipase cũng được phát hiện tăng cao trong nhiều bệnh không liên quan đến tuyến tụy. Ví dụ, có thể cần giới hạn trên của mức bình thường lớn hơn 3–5 lần, đặc biệt ở một số nhóm bệnh nhân như bệnh nhân tiểu đường.

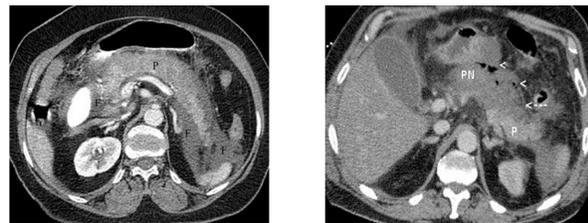
+ Cả amylase và lipase đều không có mối liên hệ nào với mức độ nghiêm trọng, tiên lượng hoặc ảnh hưởng đến quyết định cho bệnh nhân ăn lại hoặc xuất viện.

+ Trong trường hợp không có đau bụng phù hợp với bệnh, mức tăng amylase và lipase không dự

đoán được sự phát triển của viêm tụy.

- Chẩn đoán hình ảnh :

+ CT tăng cường độ tương phản cung cấp độ nhạy và độ đặc hiệu hơn 90% để chẩn đoán viêm tụy cấp. Việc sử dụng CT bụng thường quy ở bệnh nhân viêm tụy cấp là không cần thiết vì chẩn đoán rõ ràng ở hầu hết bệnh nhân và hầu hết đều diễn biến nhẹ, không biến chứng. Tuy nhiên, ở bệnh nhân không cải thiện sau 48–72 giờ (ví dụ: đau dai dẳng, sốt, buồn nôn và không thể bắt đầu ăn bằng miệng), CT hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) được khuyến nghị để đánh giá các biến chứng cục bộ như hoại tử tuyến tụy.

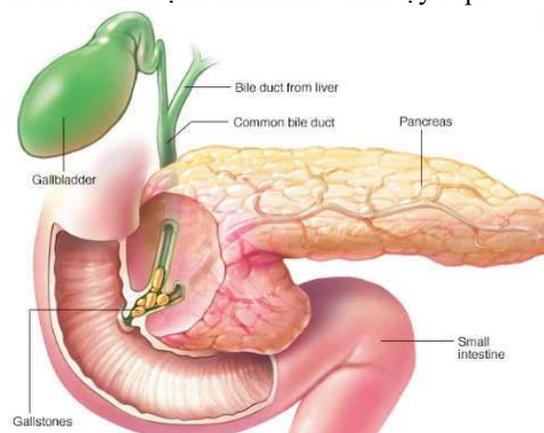


Hình 1. Hình ảnh chụp CT của bệnh nhân viêm tụy cấp.

+ MRI, mặc dù đắt hơn, tốn thời gian và khó khăn hơn trong quá trình chụp, nhưng lại có lợi thế ở những người bị dị ứng thuốc cản quang và suy thận (có thể chẩn đoán hoại tử trên hình ảnh có trọng lượng nongadolinium T2) và có thể phát hiện chính xác hơn sỏi trong ống mật chủ (CBD) và sự gián đoạn của ống tụy. Các kỹ thuật mới hơn như CT tưới máu được báo cáo là phát hiện hoại tử sớm hơn CT thông thường, nhưng các kỹ thuật này vẫn chưa được chấp nhận rộng rãi.

### B. Căn nguyên

- Các nguyên nhân phổ biến nhất bao gồm sỏi mật (40%–70%) và rượu (25%–35%) -> Siêu âm bụng để đánh giá bệnh sỏi mật nên được thực hiện trên tất cả các bệnh nhân mắc viêm tụy cấp.



Hình 2. Viêm tụy cấp do sỏi ống mật chủ.

- Viêm tụy cấp do rượu được đặt ra khi người bệnh uống rượu ở mức độ trung bình hoặc nặng (> 50g/ngày) trong hơn 5 năm. Viêm tụy cấp trên lâm sàng chỉ xảy ra ở tối đa 5% người nghiện rượu nặng; do đó, có thể có những yếu tố khác khiến cá nhân nhạy cảm với tác động của rượu, chẳng hạn như yếu tố di truyền và việc sử dụng thuốc lá.

- Thuốc, các bệnh truyền nhiễm và các nguyên nhân rối loạn chuyển hóa như tăng canxi máu và tăng triglycerid máu là những nguyên nhân ít gặp hơn.

- Tăng triglycerid máu nguyên phát và thứ phát có thể gây ra viêm tụy; tuy nhiên, những điều này chỉ chiếm 5% trong tổng số các trường hợp viêm tụy thông thường hoặc 56% viêm tụy cấp trong thai kỳ. Triglycerid huyết thanh tăng trên 1.000 mg/dL (11 mmol/L) được coi là nguyên nhân gây ra viêm tụy cấp. Một nghiên cứu cho thấy nguy cơ viêm tụy cấp tăng 4% đối với mỗi 100 mg/dL triglycerid vượt quá giới hạn bình thường, thậm chí còn cao hơn khi mức triglycerid trên 500 mg/dL. Mức triglycerid lúc đó nên được đánh giá lại 1 tháng sau khi xuất viện khi nghi ngờ tăng triglycerid máu.

- Khoảng 5%–14% bệnh nhân có khối u mật tụy lành tính hoặc ác tính có biểu hiện viêm tụy cấp vô căn. Nên nghi ngờ ung thư tuyến tụy ở bất kỳ bệnh nhân nào trên 40 tuổi bị viêm tụy vô căn, đặc biệt là khi diễn biến kéo dài hoặc tái phát. Một đánh giá gần đây báo cáo rằng khoảng 1% viêm tụy cấp là do ung thư tuyến tụy. Do đó, cần phải chụp CT, MRI đường mật, siêu âm nội soi ở những bệnh nhân này ở lần đầu nhập viện hoặc sau một đợt viêm tụy vô căn tái phát.

- Những bệnh nhân không có nguyên nhân rõ ràng nên được siêu âm lại và đo nồng độ triglycerid khi về điều trị ngoại trú vì đánh giá ban đầu tại bệnh viện thường không xác định được sỏi mật và/hoặc nồng độ triglycerid tăng cao.

- Viêm tụy tái phát xảy ra thường xuyên hơn ở nam giới, người hút thuốc và nghiện rượu. Tỷ lệ viêm tụy tái phát khoảng 20 – 29%.

- Sau đợt viêm tụy thứ hai mà không xác định được nguyên nhân, ở những bệnh nhân phù hợp để phẫu thuật, nên thực hiện phẫu thuật cắt túi mật để giảm nguy cơ tái phát các đợt viêm tụy cấp. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy sỏi mật hoặc sỏi mật nhỏ (sỏi vi mô và bùn) là nguyên nhân gây ra viêm tụy vô căn ở hầu hết những người chưa xác định được nguyên nhân.

- Các bất thường về giải phẫu và sinh lý của tuyến tụy xảy ra ở 10%–15% dân số, bao gồm cả tụy đôi và rối loạn chức năng cơ Oddi (SOD). Hiện vẫn chưa rõ liệu những rối loạn này có gây ra viêm tụy hay không.

- Xét nghiệm di truyền có thể được sàng lọc ở những bệnh nhân có nhiều hơn 1 thành viên trong gia đình mắc bệnh tuyến tụy.

- Viêm tụy cấp vô căn

+ Là viêm tụy không có nguyên nhân được xác định sau xét nghiệm ban đầu (bao gồm nồng độ lipid và canxi) và chẩn đoán hình ảnh (siêu âm qua bụng và MRI đường mật ở bệnh nhân thích hợp). Những bệnh nhân không có nguyên nhân rõ ràng nên được siêu âm lại và đo nồng độ triglycerid khi về điều trị ngoại trú vì đánh giá ban đầu tại bệnh viện thường không xác định được sỏi mật và/hoặc nồng độ triglycerid tăng cao.

+ Có thể do các bất thường về giải phẫu và sinh lý của tuyến tụy, các bất thường di truyền (10%–15% dân số) bao gồm cả tuyến tụy phân đôi và cơ thắt rối loạn chức năng Oddi (SOD). Hiện vẫn chưa rõ liệu những rối loạn này có gây ra viêm tụy cấp hay không.

*C. Tiên lượng*

- Cần thực hiện đánh giá tình trạng huyết động và các yếu tố nguy cơ để phân loại bệnh nhân thành các nhóm có nguy cơ cao cần phải nhập viện hay nhập ICU.

- Bệnh nhân bị suy nội tạng và/hoặc hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) tốt nhất nên được đưa vào ICU.

- Ở những bệnh nhân viêm tụy cấp thể nhẹ, bệnh vẫn có thể trở thành thể nặng, suy tạng trong 48 giờ đầu kể từ khi nhập viện.

**Bảng 1. Bảng các yếu tố tiên lượng nặng**

(có nguy cơ tiến triển thành tình trạng suy tạng hoặc viêm tụy hoại tử)

<b>Khám lâm sàng :</b>
Tuổi > 55
Béo phì (BMI > 30)
Thay đổi trạng thái ý thức
Các bệnh lý kèm theo
<b>Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống</b>
Khi có > 2 dấu hiệu sau :
Mạch > 90 lần/phút.
Tần số thở > 20 lần/phút hoặc PaCO2 < 32 mmHg.

Sốt > 38 độ hoặc < 36 độ
Số lượng bạch cầu > 12 G/L hoặc < 4 G/L hoặc > 10% bạch cầu non trong máu ngoại vi.
<b>Xét nghiệm</b>
BUN > 20
BUN tăng lên.
Hct > 44
Creatinin tăng cao.
<b>XQ</b>
Tràn dịch màng phổi
Viêm phổi
Nhiều ổ tụ dịch quanh tụy

### Viêm tụy cấp thể nặng

- Khoảng 20% số bệnh nhân mắc viêm tụy cấp sẽ phát triển thành viêm tụy thể trung bình hoặc nặng. Viêm tụy cấp thể nặng được xác định bằng sự hiện diện của suy cơ quan dai dẳng (không hồi phục trong vòng 48 giờ) và/hoặc tử vong. Suy cơ quan là :

- + Sốc (huyết áp tâm thu dưới 90 mm Hg).
- + Suy phổi (PaO<sub>2</sub> dưới 60 mm Hg).
- + Suy thận (creatinine >2 mg/dL (177 umol/L) sau khi bù nước).

+ Chảy máu (>500 mL/24 giờ) hoặc điểm Marshall sửa đổi từ 2 trở lên ở 3 hệ cơ quan.

- Viêm tụy cấp mức độ trung bình được định nghĩa là suy cơ quan thoáng qua (hồi phục trong vòng 48 giờ) và/hoặc phát triển các biến chứng tại chỗ (tụ dịch quanh tụy, nang giả tụy...).

- Hoại tử tụy được định nghĩa là vùng mô tụy chết lan tỏa hoặc khu trú của nhu mô tụy có kích thước lớn hơn 3 cm hoặc lớn hơn 30% diện tích tuyến tụy. Viêm tụy hoại tử bao gồm hoại tử quanh tụy đơn thuần (khoảng 45%), hoại tử tụy và quanh tụy (khoảng 45%), và hiếm khi hoại tử tụy đơn thuần (khoảng 5%). Hoại tử tụy có thể vô trùng hoặc nhiễm trùng. Bệnh nhân bị hoại tử vô trùng và hoại tử nhiễm trùng đều có khả năng bị suy tạng.

#### D. Điều trị

##### D1. Bù nước điện giải

- Cần bù một lượng dịch vừa phải cho bệnh nhân mắc viêm tụy cấp. Sẽ cần bolus bổ sung nếu có bằng chứng về tình trạng giảm thể tích máu (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng

thấp).

+ Truyền dịch tĩnh mạch có thể thúc đẩy lưu lượng máu ngăn ngừa chết tế bào tuyến tụy, hoại tử và giải phóng liên tục các enzyme tuyến tụy kích hoạt nhiều dòng đặc trưng của nhiễm trùng tuyến tụy. Ngoài ra, truyền dịch qua đường tĩnh mạch ngăn ngừa tình trạng viêm đang diễn ra dẫn đến một chu kỳ tăng tính thấm thành mạch dẫn đến tăng mất dịch ở khoang thứ ba và làm trầm trọng thêm tình trạng giảm tưới máu tuyến tụy dẫn đến hoại tử tuyến tụy.

+ Bù dịch tĩnh mạch vừa phải trong 24–48 giờ đầu tiên có thể có hiệu quả tương đương với bù dịch tích cực. Trong nghiên cứu này, bù dịch vừa phải ít có khả năng gây quá tải thể tích khi so sánh với bù dịch tĩnh mạch tích cực sớm. Những bệnh nhân không có bằng chứng giảm thể tích máu, tốc độ hồi sức ban đầu không quá 1,5 mL/kg trọng lượng cơ thể/giờ. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân bị giảm thể tích máu, bác sĩ lâm sàng nên truyền một liều bolus 10 mL/kg. Mặc dù tình trạng giảm thể tích máu có thể đòi hỏi lượng và tốc độ bù dịch cao hơn, nhưng hầu hết bệnh nhân bị viêm tụy cấp có thể sẽ được hưởng lợi từ 3–4 L trong 24 giờ đầu tiên, tùy thuộc vào chỉ số khối cơ thể.

- Dung dịch Ringer lactat được ưu tiên hơn nước muối sinh lý để hồi sức qua đường tĩnh mạch ở bệnh nhân viêm tụy cấp (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng thấp).

+ Ringerlactat giúp cân bằng điện giải tốt hơn.

+ Có lợi sớm trong tình trạng viêm toàn thân là cung cấp canxi liên kết ion với các axit béo không được este hóa có liên quan đến bệnh nặng ở viêm tụy cấp.

+ Làm giảm tổn thương tuyến tụy bằng cách giảm viêm.

+ Có độ pH cân bằng hơn so với dung dịch muối thông thường. Nước muối bình thường có tính axit cao hơn với độ pH 5,5 và có liên quan đến sự phát triển của nhiễm toan chuyển hóa tăng clo máu và tổn thương thận khi truyền một lượng lớn, PH thấp dẫn đến kích hoạt trypsinogen sớm.

+ Truyền một lượng lớn nước muối sinh lý có thể gây khó chịu ở bụng ở những người tình nguyện khỏe mạnh, làm trầm trọng thêm các triệu chứng đau bụng.

- Trong quá trình bù dịch cần thận trọng nếu có bệnh lý đi kèm về tim mạch và/hoặc thận. Bệnh nhân cần được theo dõi tình trạng quá tải thể tích.

- Hồi sức truyền dịch ở bệnh nhân viêm tụy cấp

ở giai đoạn đầu của bệnh là quan trọng nhất (trong vòng 24 giờ đầu) nhằm điều chỉnh tình trạng giảm thể tích máu, hỗ trợ tuần hoàn vĩ mô và vi tuần hoàn của tuyến tụy để ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng như hoại tử tuyến tụy.

- Thẻ tích dịch cần được đánh giá lại thường xuyên trong vòng 6 giờ kể từ khi nhập viện và trong 24–48 giờ tiếp theo với mục tiêu giảm BUN.

*D2. Nội soi mật tụy ngược dòng – Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).*

- Chúng tôi đề nghị ERCP trong vòng 72 giờ đầu trong viêm tụy mật cấp tính không có viêm đường mật (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng thấp).

- Ở những bệnh nhân bị viêm tụy cấp do viêm đường mật, ERCP sớm trong vòng 24 giờ đầu đã được chứng minh là làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong.

- Trong trường hợp không có viêm đường mật và/hoặc vàng da, nếu nghi ngờ có sỏi ống mật chủ, nên sử dụng cộng hưởng từ đường mật hoặc siêu âm nội soi để sàng lọc sự hiện diện của sỏi ống mật chủ trước khi làm ERCP và nên tránh ERCP chẩn đoán.

- Nên dùng indomethacin đặt trực tràng để ngăn ngừa viêm tụy sau ERCP (PEP) ở những người được coi là có nguy cơ cao mắc PEP (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng vừa phải).

- Chúng tôi đề nghị đặt stent ống tụy ở những bệnh nhân có nguy cơ cao mắc viêm tụy sau ERCP đang dùng indomethacin trực tràng (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng thấp).

- Thuốc đạn indomethacin trực tràng (100 mg) nên được sử dụng ở tất cả các bệnh nhân trải qua ERCP, trừ khi có chống chỉ định.

*D3. Vai trò của kháng sinh :*

- Biến chứng nhiễm trùng là nguyên nhân chính gây biến chứng và tử vong ở bệnh nhân viêm tụy cấp, bao gồm viêm đường mật, nhiễm trùng đường tiết niệu, nang giả tụy bị nhiễm trùng (áp xe), tụ dịch và hoại tử tuyến tụy nhiễm trùng.

- Chúng tôi đề nghị không sử dụng kháng sinh dự phòng ở những bệnh nhân mắc viêm tụy cấp nặng (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng rất thấp).

- Chúng tôi đề nghị không chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) ở những bệnh nhân nghi ngờ hoại tử tụy nhiễm trùng (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng rất thấp).

- Mặc dù không nên sử dụng kháng sinh ở

những bệnh nhân bị hoại tử vô trùng, nhưng kháng sinh là một phần quan trọng trong điều trị hoại tử nhiễm trùng cùng với việc cắt bỏ hoại tử.

- Trong trường hợp nhiễm trùng đã được chứng minh qua cấy máu hoặc dịch cơ thể khác hoặc có sự hiện diện của khí trong hoại tử tuyến tụy, nhu cầu sử dụng kháng sinh là rõ ràng. Vì nhiễm trùng có thể gây ra hoại tử và khó xâm nhập nên thuốc kháng sinh được chọn phải có khả năng xâm nhập vào vùng hoại tử, chẳng hạn như carbapenem, quinolone, cephalosporin và metronidazole.

- Ở những bệnh nhân bị hoại tử nhiễm trùng, nên sử dụng kháng sinh để trì hoãn dẫn lưu phẫu thuật, nội soi và X quang sau 4 tuần.

- Không cần sử dụng thường xuyên các thuốc chống nấm cùng với kháng sinh dự phòng hoặc điều trị.

*D4. Dinh dưỡng.*

- Ở những bệnh nhân mắc AP nhẹ, chúng tôi khuyên bạn nên cho ăn sớm bằng đường miệng (trong vòng 24–48 giờ) nếu bệnh nhân dung nạp được (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng thấp). Việc cho ăn bằng đường miệng duy trì tính toàn vẹn của niêm mạc ruột và ngăn ngừa sự di chuyển của vi khuẩn từ lòng ruột vào mô tụy bị viêm/hoại tử, dẫn đến biến chứng nghiêm trọng của hoại tử tuyến tụy bị nhiễm trùng. Điều kiện để cho ăn sớm là phải có nhu động ruột và không buồn nôn, nôn hoặc tắc ruột đáng kể.

- Ở những bệnh nhân mắc viêm tụy cấp nhẹ, chúng tôi khuyên bạn nên cho ăn ban đầu bằng đường miệng bằng chế độ ăn đặc ít chất béo thay vì chuyển dần từ lỏng sang rắn (khuyến cáo có điều kiện, mức độ bằng chứng thấp). Chế độ ăn đặc ít chất béo đã được chứng minh là an toàn so với chất lỏng và cung cấp nhiều calo hơn, rút ngắn thời gian nằm viện [6], [7]. Tuy nhiên, việc cho bệnh nhân xuất viện với tình trạng buồn nôn dai dẳng mặc dù đã ăn sớm có thể dẫn đến tái phát viêm tụy cấp. Bởi vì nuôi ăn qua đường ruột duy trì và ngăn ngừa sự phá vỡ hàng rào niêm mạc ruột, ngăn ngừa sự gián đoạn và ngăn chặn sự di chuyển của vi khuẩn gây hoại tử tuyến tụy.

- Dinh dưỡng qua đường tiêu hóa ở những bệnh nhân mắc viêm tụy cấp ở mức độ trung bình hoặc nặng có thể ngăn ngừa các biến chứng nhiễm trùng.

- Nên tránh nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, trừ khi không thể thực hiện được đường ruột, không dung nạp hoặc không đáp ứng được nhu cầu calo.

- Sử dụng đường mũi dạ dày thay vì đường mũi hồng tràng để nuôi ăn qua đường ruột được ưu tiên hơn vì tính an toàn, rẻ tiền, dễ thực hiện và hiệu quả tương đương. Trong một bài báo đánh giá có hệ thống từ 4 nghiên cứu mô tả 92 bệnh nhân nuôi ăn bằng ống thông mũi dạ dày cho thấy nuôi ăn qua đường mũi dạ dày là an toàn và dung nạp tốt ở những bệnh nhân được dự đoán là viêm tụy cấp nặng.

#### D5. Phẫu thuật :

##### ✓ Phẫu thuật cắt túi mật :

- Bệnh nhân viêm tụy mật cấp tính nhẹ nên được cắt túi mật sớm, tốt nhất là trước khi xuất viện.

- Phẫu thuật nội soi được ưu tiên hơn so với mổ mở để cắt bỏ hoại tử ở những bệnh nhân hoại tử tụy có tình trạng lâm sàng ổn định.

- Cần trì hoãn bất kỳ sự can thiệp nào (phẫu thuật, X quang và/hoặc nội soi) ở những bệnh nhân hoại tử tụy ổn định, tốt nhất là 4 tuần, để cho phép hình thành vỏ của ổ hoại tử.

- Ở những bệnh nhân bị viêm tụy do sỏi mật nhẹ, phẫu thuật cắt túi mật cùng lúc nhập viện đã được chứng minh là làm giảm các biến chứng liên quan đến sỏi mật tái phát, với nguy cơ biến chứng liên quan đến cắt túi mật rất thấp.

##### ✓ Phẫu thuật cắt lọc tụy hoại tử

Nên dùng kháng sinh từ 2 đến 4 tuần trước khi phẫu thuật để cho phép phản ứng viêm được khu trú tốt hơn. Trong một báo cáo, trong số 28 bệnh nhân được dùng kháng sinh để điều trị hoại tử tụy bị nhiễm trùng, 16 bệnh nhân đã tránh được phẫu thuật. Có 2 trường hợp tử vong ở những bệnh nhân được phẫu thuật và 2 trường hợp tử vong ở những bệnh nhân chỉ điều trị bằng kháng sinh. Do đó, trong báo cáo này, hơn một nửa số bệnh nhân được điều trị thành công bằng kháng sinh và tỷ lệ tử vong ở cả nhóm phẫu thuật và không phẫu thuật là tương tự nhau.

Trong khi ở giai đoạn đầu của bệnh (trong vòng 7-10 ngày đầu tiên), hoại tử tụy là một khối viêm rắn và/hoặc bán rắn lan tỏa, sau 4 tuần, một thành xơ phát triển xung quanh hoại tử, khiến việc cắt bỏ dễ dàng hơn bằng mổ mở, phẫu thuật nội soi, dẫn lưu dưới hướng dẫn của X quang hoặc dẫn lưu qua nội soi.

### III. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp là một trong những bệnh thường

gặp nhất trong số các bệnh lý về đường tiêu hóa. Bệnh có thể gây ra những biến chứng nặng dẫn tới tử vong. Điều trị sớm và theo dõi sát là việc cần thiết để ngăn ngừa các biến chứng. Bệnh nhân bị viêm tụy do sỏi mật thường sẽ cần phẫu thuật cắt túi mật để ngăn ngừa bệnh tái phát và có thể cần nội soi mật tụy ngược dòng sớm nếu có viêm tụy cấp do sỏi ống mật chủ. Kháng sinh là một phần quan trọng trong điều trị viêm tụy hoại tử nhiễm trùng cùng với việc cắt bỏ ổ hoại tử. Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh nhân mắc bệnh viêm tụy cấp. Việc cho ăn lại sớm là an toàn và quan trọng trong việc ngăn ngừa các biến chứng do viêm tụy cấp gây ra.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Tenner, Scott MD, MPH, JD, FACG<sup>1</sup>; Vege (2024) *American College of Gastroenterology Guidelines*: “Management of Acute Pancreatitis”. <https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2024/03000/american-college-of-gastroenterology-guidelines-14.aspx?context=featuredarticles&collectionid=2>
- [2] Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, et al. (2019) Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: Update 2018. *Gastroenterology*;156(1):254–72.e11.
- [3] Xiao AY, Tan MLY, Wu LM, et al (2016) Global incidence and mortality of pancreatic diseases: A systematic review, meta-analysis, and metaregression of population-based cohort studies. *Lancet Gastroenterol Hepatol*;1:45–55.
- [4] Muniraj T, Dang S, Pitchumoni CS. (2015) “Pancreatitis or not? Elevated lipase and amylase in ICU patients”. *J Crit Care*;30(6):1370
- [5] Murphy MJ, Sheng X, MacDonald TM, et al (2013). “Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis”. *JAMA Intern Med*;173(2):162–4.
- [6] Sathiaraj E, Murthy S, Mansard MJ, et al (2008). Clinical trial: “Oral feeding with a soft diet compared with clear liquid diet as initial meal in mild acute pancreatitis”. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;28(6):777–81.
- [7] Moraes JM, Felga GE, Chebli LA, et al (2010), “A full solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis is safe and result in a shorter length of hospitalization: Results from a prospective, randomized, controlled, double-blind clinical trial”. *J Clin Gastroenterol* 2010;44(7):517–22.