

TỔNG QUAN VỀ VIÊM TỤY CẤP

ĐỊNH NGHĨA

Có 3 khái niệm được đề cập: viêm tụy cấp (AP), viêm tụy tái diễn (ARP) và viêm tụy mạn (CP). AP được định nghĩa cần ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau: đau bụng gợi ý viêm tụy cấp, amylase và/hoặc lipase huyết thanh ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường, và hình ảnh học gợi ý viêm tụy cấp. ARP được định nghĩa là ≥ 2 đợt viêm tụy cấp riêng biệt, giữa các đợt trở về bình thường. CP được chẩn đoán dựa vào sự hiện diện của đau bụng điển hình kèm theo đặc điểm trên hình ảnh học, hoặc suy tụy ngoại tiết kèm theo đặc điểm trên hình ảnh học, hoặc suy tụy nội tiết kèm theo đặc điểm trên hình ảnh học.

Thuật ngữ	Định nghĩa lâm sàng
Viêm tụy cấp (AP)	Cần ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn: <ol style="list-style-type: none">Đau bụng gợi ý, hoặc nghi ngờ viêm tụy cấp (ie, đau bụng khởi phát cấp tính, đặc biệt là vùng thượng vị)Amylase và/hoặc lipase huyết thanh tăng ít nhất 3 lần giới hạn trên bình thường (IU/L)Hình ảnh học gợi ý, hoặc nghi ngờ viêm tụy cấp (eg, siêu âm, CT, MRI/MRCP, EUS)
Viêm tụy khởi phát ở trẻ em Viêm tụy tái diễn	Đợt khởi phát viêm tụy đầu tiên trước 19 th tuổi Cần ít nhất 2 đợt viêm tụy cấp riêng biệt (mỗi đợt được định nghĩa như bên trên), cùng với: <ul style="list-style-type: none">Đau khởi hẳn (≥ 1 tháng không đau bụng giữa các đợt chẩn đoán viêm tụy cấp) HOẶC <ul style="list-style-type: none">Bình thường hóa hoàn toàn các triệu chứng đau, irrespective thời gian đặc hiệu giữa các đợt viêm tụy cấp
Viêm tụy mạn (CP)	Cần ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn sau: <ol style="list-style-type: none">Đau bụng phù hợp với nguồn gốc tại tụy và hình ảnh học gợi ý tổn thương tụy mạn tính*Bằng chứng suy tụy ngoại tiết[†] và gợi ý trên hình ảnh họcBằng chứng suy tụy nội tiết[‡] và gợi ý trên hình ảnh học HOẶC <ul style="list-style-type: none">Phẫu thuật hoặc sinh thiết tụy có đặc điểm mô bệnh học gợi ý viêm tụy mạn.

*Hình ảnh học gợi ý viêm tụy mạn/phá hủy nhu mô tụy bao gồm: thay đổi ống tụy và thay đổi nhu mô tụy (lớn toàn thể hoặc khu trú, bờ không đều).

[†]Suy tụy ngoại tiết được chẩn đoán qua elastase-1 monoclonal assay phân < 100 ug/g phân (2 mẫu đơn độc cách nhau ≥ 1 tháng).

[‡]Suy tụy nội tiết được chẩn đoán dựa vào tiêu chuẩn WHO 2006 về tình trạng đái tháo đường (đường huyết lúc đói ≥ 7 mmol/L (126 mg/dL) hoặc glucose huyết tương test dung nạp ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dL) sau khi uống đường 1.75g/kg ở trẻ (tối đa 75g).

PHÂN LOẠI

Viêm tụy cấp là vấn đề mới nổi trong nhi khoa, hầu hết các trường hợp tự khởi. Tuy nhiên, khoảng 10% đến 30% phát triển tình trạng “viêm tụy cấp nặng”.

Phân độ viêm tụy cấp chia thành nhẹ, trung bình-nặng, và nặng. Viêm tụy cấp nhẹ được định nghĩa là viêm tụy cấp không có suy cơ quan, không biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân,

và thường tự khỏi trong tuần đầu. Viêm tụy cấp trung bình-nặng được định nghĩa là sự hiện diện của suy cơ quan thoáng qua không quá 48 giờ, hoặc biến chứng tại chỗ hoặc bùng phát bệnh đồng mắc. Viêm tụy cấp nặng được định nghĩa là suy cơ quan dai dẳng kéo dài trên 48 giờ. Sự hiện diện của hội chứng đáp ứng viêm toàn thân liên quan đến tăng nguy cơ rối loạn chức năng cơ quan dai dẳng.

BẢNG 2. Tiêu chuẩn rối loạn chức năng cơ quan theo IPSC		
Rối loạn chức năng tim mạch	Rối loạn chức năng hô hấp	Rối loạn chức năng thận
<p>≥ 1 trong các yếu tố sau dù đã bolus dịch TM liều ≥ 40 ml/kg trong 1 giờ</p> <p>Tụt HA < bách phân vị 5th theo tuổi hoặc HATThu < 2SD below normal theo tuổi</p> <p>Cần thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trong giới hạn bình thường (dopamine > 5 ug/kg/phút hoặc dobutamine, epinephrine, hoặc norepinephrine bất cứ liều nào)</p> <p>Hai trong số các yếu tố sau:</p> <p>Toan chuyển hóa không rõ nguyên nhân (BD > 5 mEq/L)</p> <p>Tăng lactate > 2 giới hạn trên bình thường</p> <p>Thiếu niệu: nước tiểu < 0.5 ml/kg/h</p> <p>CRT kéo dài: > 5s</p> <p>Chênh lệch nhiệt độ trung tâm và nhiệt độ ngoại biên > 3°C.</p>	<p>≥ 1 trong các yếu tố sau khi không có sự hiện diện của bệnh lý phổi hoặc bệnh tim bẩm sinh tím</p> <p>PaO₂/FiO₂ < 300 khi không có sự hiện diện của bệnh tim bẩm sinh tím hoặc bệnh phổi tồn tại trước đó</p> <p>(2) PaCO₂ > 65 torr hoặc 20 mmHg trên mức bình thường</p> <p>(3) FiO₂ > 50% để duy trì độ bão hòa oxy ≥ 92%</p> <p>(4) Cần thở máy không chọn lọc</p>	<p>(1) Creatinine huyết thanh ≥ 2 lần giới hạn trên bình thường theo tuổi hoặc tăng gấp 2 lần giá trị creatinine nền</p>

Định nghĩa hội chứng đáp ứng viêm toàn thân ở trẻ em

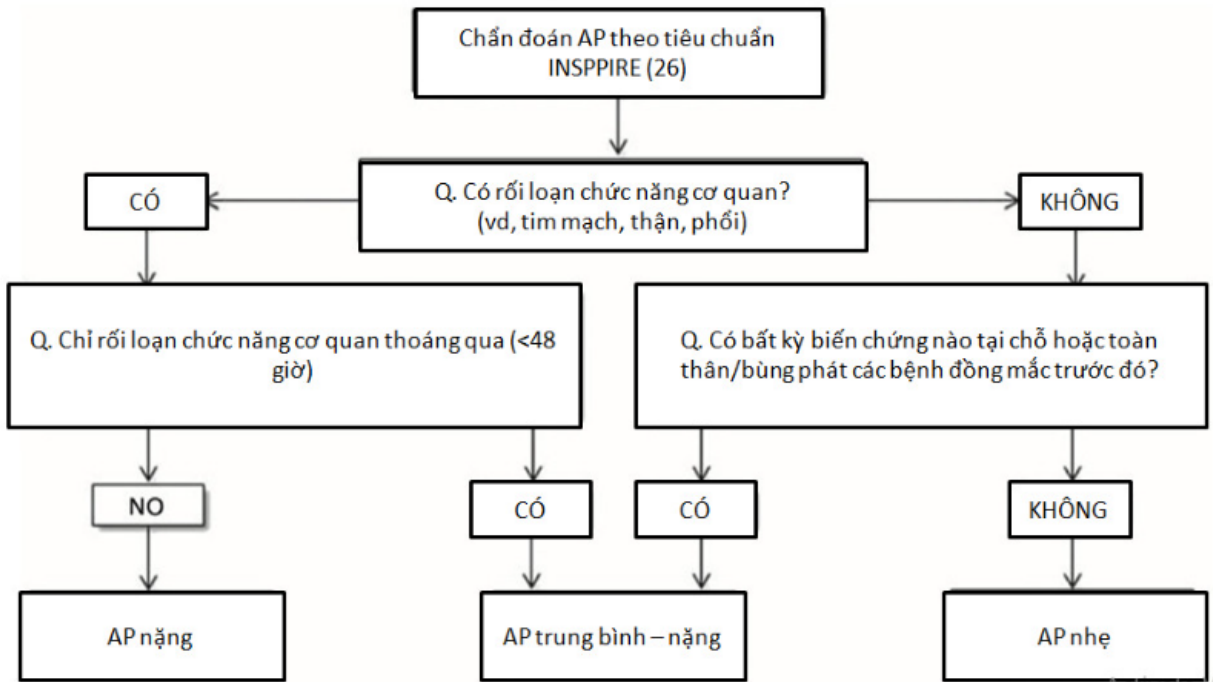
BẢNG 3. Tiêu chuẩn SIRS 2002 theo IPSC
<p>Sự hiện diện tối thiểu 2 trong 4 tiêu chuẩn (1 trong số đó phải bao gồm bất thường thân nhiệt hoặc số lượng bạch cầu):</p> <ul style="list-style-type: none"> Nhiệt độ > 38.5°C hoặc < 36°C Tăng hoặc giảm bạch cầu theo tuổi hoặc > 10% neutrophil chưa trưởng thành Tăng nhịp tim > 2SD above normal theo tuổi khi không có sự hiện diện của các yếu tố liên quan quấy khóc, kích thích; hoặc tăng dai dẳng không giải thích được trong khoảng thời gian từ 0.5- đến 4-giờ. Đối với trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, giảm tần số tim < bách phân vị thứ 10th theo tuổi khi không có sự hiện diện của các yếu tố như kích thích phế vị hoặc thuốc; hoặc depression dai dẳng không giải thích được trong giai đoạn 0.5 giờ. Tần số thở trung bình > 2 SD above normal theo tuổi hoặc cần thở máy vì một tiến trình cấp tính không liên quan đến bệnh lý nền hoặc gây mê chung.

Phân độ viêm tụy cấp:

- Nhẹ: AP không gây suy cơ quan hay biến chứng toàn thể hoặc khu trú, và thường tự khỏi trong tuần đầu tiên sau biểu hiện. Đây là dạng thường gặp nhất trong nhi AP nhi khoa.
- Trung bình-nặng: AP liên quan đến suy cơ quan/rối loạn chức năng cơ quan thoáng qua (không kéo dài > 48 giờ) hoặc phát triển biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân. Biến chứng tại chỗ bao gồm biến chứng tại tụy hoặc quanh tụy bao gồm tụ dịch hoặc hoại

tử. Biến chứng toàn thân bao gồm bùng phát bệnh lý đồng mắc được chẩn đoán trước đó (như bệnh lý phổi hoặc bệnh lý thận).

- AP nặng: AP gây rối loạn chức năng cơ quan dai dẳng > 48 giờ. Suy cơ quan dai dẳng có thể đơn độc hoặc nhiều cơ quan, và có thể phát triển trong 48 giờ đầu biểu hiện.



KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ

Khuyến cáo chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán (1a):

Thoả mãn ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

1. Đau bụng kiểu tụy
2. Tăng amylase và/hoặc lipase ≥ 3 lần giới hạn trên bình thường
3. Hình ảnh học phù hợp với viêm tụy cấp

Lựa chọn hình ảnh học (1b):

- Hình ảnh học ban đầu có thể là siêu âm bụng, đối với các trường hợp biến chứng/nghi ngờ cần tìm nguyên nhân \rightarrow CT hoặc MRI

Các xét nghiệm khác (1c):

- Men gan: AST, ALT, ALP, G
- Triglyceride
- Canxi

Khuyến cáo bù dịch giai đoạn đầu

- Đưa trẻ viêm tụy cấp nên được bắt đầu hồi sức với dịch tinh thể, LR hoặc NS. Đánh giá tình trạng huyết động/trạng thái mất nước, nếu có bằng chứng của suy tuần hoàn, bolus 10-20 mL/kg được khuyến cáo. (2a)
- Đưa trẻ được chẩn đoán viêm tụy cấp nên được duy trì 1.2-2 lần dịch truyền, kèm theo đổi lượng nước tiểu trong 24-48 giờ tiếp theo. (2a)

Khuyến cáo theo dõi bệnh nhân viêm tụy cấp

Theo dõi bệnh nhân viêm tụy cấp có thể phát hiện các biến chứng, bao gồm SIRS hoặc rối loạn chức năng cơ quan/suy tạng. Theo dõi sát tim mạch, hô hấp, thận trong vòng 48 giờ đầu vì hầu hết biến chứng sẽ khởi phát trong khung thời gian này. Lượng nước tiểu là chỉ điểm quan trọng trong bù dịch hồi sức, ở người lớn cho thấy lợi ích đích duy trì > 0.5 đến 1 mL/kg/giờ.

- Ở bệnh nhân nhập viện, theo dõi sinh hiệu (độ bão hòa oxy, huyết áp và nhịp thở) ít nhất mỗi 4 giờ trong 48 giờ đầu nhập viện và trong giai đoạn bù dịch tích cực.
- BUN, cre và lượng nước tiểu nên được theo dõi thường quy trong 48 giờ đầu vì nó là chỉ điểm bù dịch thích hợp và sàng lọc AKI.

Khuyến cáo điều trị giảm đau

Không có dữ liệu nói về điều trị giảm đau tối ưu trong viêm tụy cấp ở trẻ em.

- Morphine hoặc opioid khác đường TM nên được dùng trong viêm tụy cấp khi bệnh nhân đau không đáp ứng với acetaminophen hoặc NSAIDs. (2c)
- Hội chẩn chuyên gia trong những trường hợp đau nghiêm trọng để tối ưu việc điều trị đau.

Dinh dưỡng trên BN viêm tụy cấp

Nhiều tài liệu ở người lớn hỗ trợ lập luận dinh dưỡng đường miệng sớm giúp giảm biến chứng viêm tụy cấp và cải thiện tỉ lệ sống sót. Trong nhi khoa, dinh dưỡng đường miệng sớm trong viêm tụy cấp mức độ nhẹ, và một số case được báo cáo trong viêm tụy cấp nặng.

- Trừ khi có chống chỉ định trực tiếp không thể ăn đường miệng, nếu không đưa trẻ viêm tụy cấp mức độ nhẹ có thể có lợi khi ăn sớm (trong vòng 48-72 giờ biểu hiện) để giảm LOS và giảm nguy cơ rối loạn chức năng cơ quan.
- Dinh dưỡng TM (PN) nên được xem xét trong những trường hợp không thể nuôi ăn đường miệng trong giai đoạn kéo dài (hơn 5-7 ngày) như trong liệt ruột, rò phức tạp, để giảm tình trạng dị hóa của cơ thể.

Khuyến cáo điều trị kháng sinh

- Kháng sinh không được dùng trong điều trị viêm tụy cấp, trừ khi có bằng chứng của nhiễm trùng hoại tử, hoặc ở bệnh nhân viêm tụy hoại tử nhập viện và không cải thiện lâm sàng khi không dùng kháng sinh. Kháng sinh có thể thấm vào mô hoại tử nên có thể làm chậm can thiệp phẫu thuật và giảm tỉ lệ bệnh tật cũng như tử vong.
- Không khuyến cáo điều trị kháng sinh dự phòng theo kinh nghiệm ở trẻ viêm tụy cấp mức độ nặng.
- Kháng sinh chỉ được chỉ định trong những trường hợp viêm tụy hoại tử.

Điều trị hỗ trợ

- Anti-proteases không được khuyến cáo trong điều trị viêm tụy ở trẻ em ở thời điểm này.
- Probiotics không có lợi ích trong viêm tụy cấp mà còn gây tăng tỉ lệ tử vong → Không được khuyến cáo trong điều trị.

Vai trò của ERCP trong viêm tụy cấp

Vai trò của ERCP trong viêm tụy cấp chủ yếu liên quan đến điều trị viêm tụy thứ phát do sỏi túi mật hoặc sỏi bùn. Các tài liệu người lớn cho thấy ERCP trong vòng 48 giờ khởi phát triệu chứng nếu bệnh nhân có vàng da tắc mật và/hoặc viêm đường mật. Ít gặp hơn, chỉ định ERCP trong viêm tụy cấp do sỏi ống tụy, hẹp, rò nang giả tụy và rò ống tụy hoặc rách ống tụy.

Vai trò của phẫu thuật điều trị

Chỉ định phẫu thuật can thiệp cấp trong AP bao gồm chấn thương bụng khi tình trạng bệnh nhân không ổn định và/hoặc tìm thấy tổn thương liên quan đến các cơ quan khác. Trong bệnh cảnh biliary pancreatitis, cắt túi mật cho thấy không chỉ an toàn, mà còn ngăn ngừa tái phát. Tài liệu người lớn cho thấy can thiệp sớm viêm tụy hoại tử có thể gây tăng tỉ lệ bệnh tật và tỉ lệ tử vong, và do đó phẫu thuật cắt lọc viêm tụy hoại tử trên bệnh nhân không ổn định nên được hoãn ít nhất 4 tuần và lý tưởng là được thực hiện qua nội soi hoặc can thiệp qua da.

Tài liệu tham khảo

[1] [https://www.naspghan.org/files/documents/pdfs/training/curriculum-resources/pancreatic-disease/Morinville Definition of pancreatitis and survey of practices JPGN 2012 Pancreas Sentinel Article.pdf](https://www.naspghan.org/files/documents/pdfs/training/curriculum-resources/pancreatic-disease/Morinville%20Definition%20of%20pancreatitis%20and%20survey%20of%20practices%20JPGN%202012%20Pancreas%20Sentinel%20Article.pdf)

[2] [https://naspghan.org/files/Classification of Acute Pancreatitis in the.32\(2\).pdf](https://naspghan.org/files/Classification%20of%20Acute%20Pancreatitis%20in%20the%20Pediatric.32(2).pdf)

[3] [https://naspghan.org/files/Management of Acute Pancreatitis in the Pediatric.33.pdf](https://naspghan.org/files/Management%20of%20Acute%20Pancreatitis%20in%20the%20Pediatric.33.pdf)