

Acute Pancreatitis



**Viêm
tụy
cấp**

*TRAN THI THU
Doctor LE VU DUY
Interventional Radiology
Department
No.103 Hospital
<https://radiologyassistant.nl/>*

GIỚI THIỆU

Trước hết, có hai giai đoạn của viêm tụy cấp được đề cập đến trong phân loại của Atlanta sửa đổi:

- Giai đoạn sớm - tuần đầu : Chủ yếu dựa vào các dấu hiệu lâm sàng để lên kế hoạch điều trị và được xác định bằng đáp ứng viêm hệ thống - điều có thể dẫn đến suy đa tạng.
- Giai đoạn muộn - sau tuần đầu : dựa vào tiêu chuẩn về hình ảnh học trên CLVT kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng để quản lý bệnh nhân.

GIỚI THIỆU

Mức độ nghiêm trọng của viêm tụy cấp được chia làm 3 độ dựa trên các đặc điểm lâm sàng và hình ảnh :

- **Nhẹ**: không có suy tạng và không có biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân.
- **Trung bình**: có suy tạng thoáng qua kéo dài không quá 48h và/hoặc có biến chứng tại chỗ.
- **Nặng**: suy tạng kéo dài >48h, 15-20% trường hợp.

GIỚI THIỆU

Về hình thái học, có 2 loại viêm tụy cấp:

- Viêm tụy cấp thể phù nề hay viêm mô kẽ tụy.
- Viêm tụy cấp thể hoại tử:
 - + Thường gặp là hoại tử cả mô tụy và mô quanh tụy.
 - + Ít gặp hơn là chỉ hoại tử mô quanh tụy
 - + Hiếm gặp hoại tử nhu mô tụy đơn thuần.

Acute Pancreatitis

Two phases

Early

1st week

Late

After 1st week

Severity

Mild

No organ failure

Moderate

Organ failure
less than 48 h

Severe

Organ failure
longer than 48 h

Two types

Oedematous

Complications

< 4 wk : acute peripancreatic collection
> 4 wk: pseudocyst

Necrotizing

< 4 wk : acute necrotic collection
> 4 wk : walled-off necrosis

CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

- Khi có 2/3 tiêu chuẩn sau:
 - **Đau bụng** phù hợp với viêm tụy cấp: khởi phát cấp tính, kéo dài, dữ dội, ở vùng thượng vị, thường lan ra sau lưng.
 - **Enzym** amylase hoặc lipase tăng trên 3 lần giới hạn trên bình thường.
 - **Đặc trưng** của viêm tụy cấp trên CLVT có tiêm thuốc cản quang, ít phổ biến hơn là MRI, hoặc siêu âm.
 - Chẩn đoán thường dựa vào dấu hiệu lâm sàng và men tụy, CLVT chỉ được thực hiện khi các tiêu chí trên không rõ ràng.

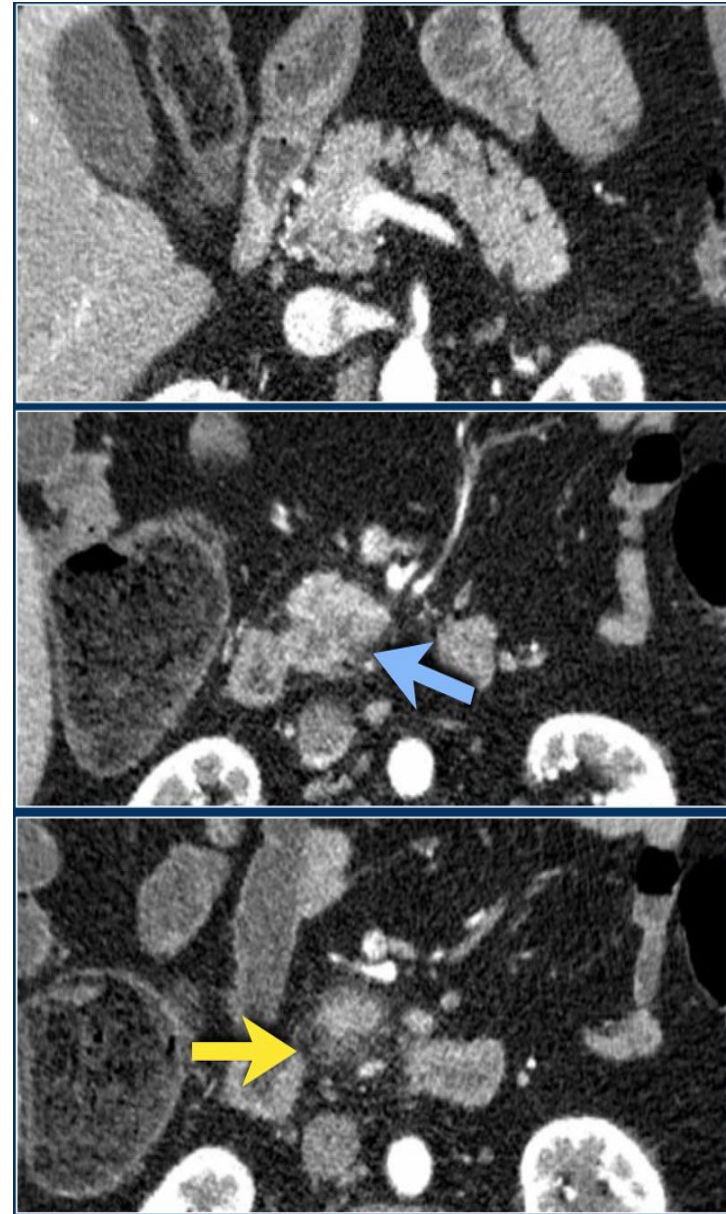
CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY CẤP

Acute Pancreatitis

Diagnosis

1. Typical abdominal pain
2. Serum lipase or amylase activity
 $\geq 3x$ upper limit normal
3. Characteristic CT findings

- Những hình ảnh này là của 1 bệnh nhân đau bụng dữ dội vùng thượng vị gợi ý đến viêm tụy cấp.
- Tuy nhiên men tụy ở trong mức bình thường, và CLVT có tiêm thuốc được thực hiện
 - **Quan sát thấy:**
 - Hầu hết tụy bình thường
 - Ghi nhận hình ảnh phù nề ở mỏm móc đầu tụy (mũi tên xanh)
 - Phù nề mô mỡ quanh tụy (mũi tên vàng), phù hợp với viêm mô kẽ tụy.
 - Không có biến chứng nào và chẩn đoán là viêm tụy cấp mức độ nhẹ.



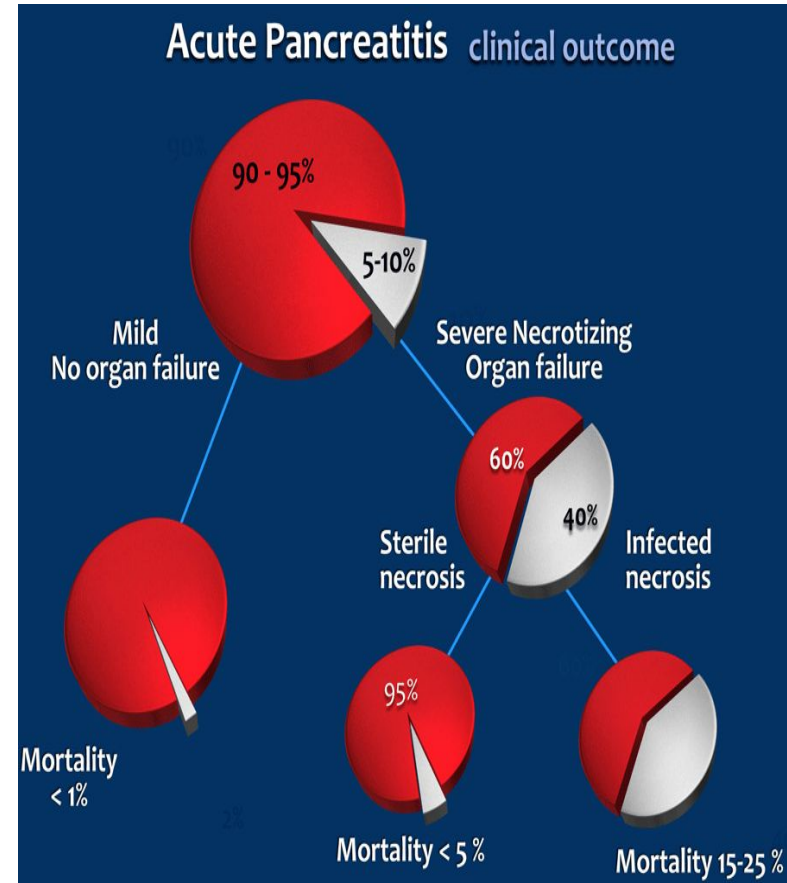
ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Việc sớm phân tầng mức độ viêm tụy cấp là rất quan trọng:

- **Viêm tụy cấp nhẹ**: không có suy tạng, hầu hết không có tụ dịch và hoại tử, thường hồi phục vào cuối tuần đầu tiên.
- **Viêm tụy cấp vừa và nặng**: tình trạng lâm sàng của bệnh nhân phụ thuộc vào phản ứng cơ thể với viêm tụy.
 - + '**Cơn bão Cytokine**', là kết quả của đáp ứng viêm hệ thống(SIRS), làm tăng nguy cơ suy tạng.
 - + Suy tạng được xác định bởi: suy hô hấp (giảm pO₂), suy thận (tăng creatinin), và suy tuần hoàn (huyết áp tụt).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Mức độ thay đổi hình thái như hoại tử và tụ dịch không tỷ lệ thuận với mức độ nghiêm trọng của suy tạng.
- Tuy nhiên nhiều bệnh nhân trong số này sẽ bị viêm tụy hoại tử và tỷ lệ tử vong tăng lên khi hoại tử bị nhiễm trùng.



PHÂN LOẠI ATLANTA VỀ TỤ DỊCH TRONG VIÊM TỤY

Atlanta 2012 phân loại tụ dịch quanh tủy trong viêm tủy cấp dựa vào thành phần, mức độ tạo vách và thời gian, gồm 4 loại:

1. Về thành phần

- + Chỉ có dịch: gồm tụ dịch cấp tính quanh tủy (APFC) và nang giả tủy (Pseudocyst).
- + Hỗn hợp dịch và chất hoại tử: gồm tụ dịch hoại tử cấp tính (ANC) và tụ dịch hoại tử có vỏ (WON).

2. Về mức độ tạo vỏ

- + Không có hoặc tạo vỏ 1 phần trong APFC và ANC.
- + Tạo vỏ hoàn toàn trong Pseudocyst và WON.

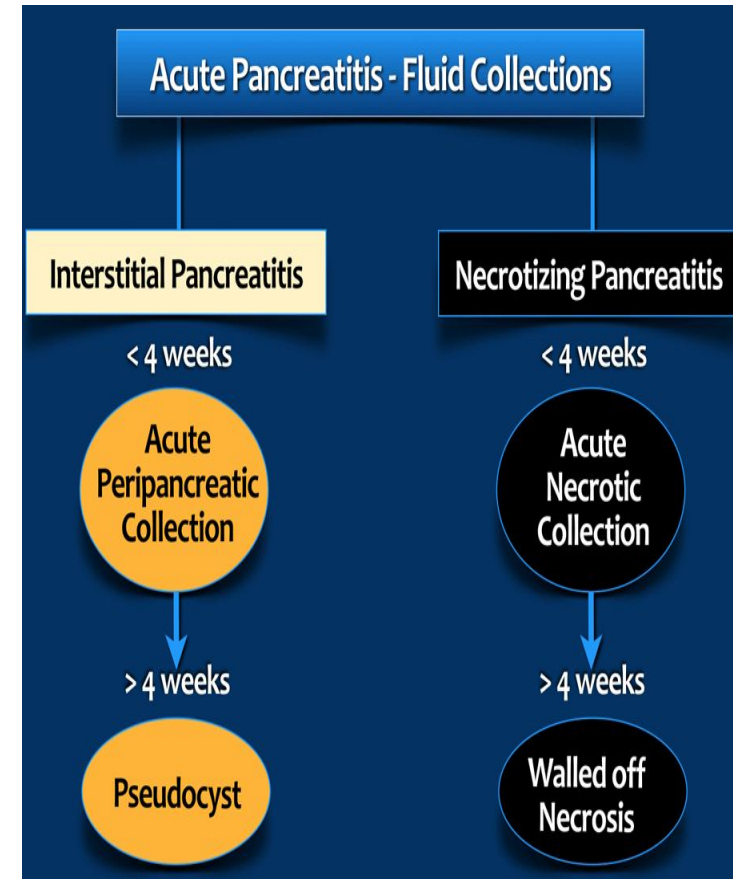
VỀ THỜI GIAN

+ Trong vòng 4 tuần: APFC và ANC.

+ Trên 4 tuần: Pseudocyst và WON, cần thời gian khoảng 4 tuần để vách được hình thành.

Trên CLVT việc phân biệt APFC và ANC là khó khăn, nhất là trong tuần đầu, nên thuật ngữ “tụ dịch quanh tụy không xác định” thường được sử dụng.

Dịch này có thể vẫn vô trùng hoặc nhiễm trùng. Nhưng nhiễm trùng là hiếm trong tuần đầu.



VỀ THỜI GIAN

Bảng này tóm tắt tiêu chí về CLVT của tụ dịch tụ và quanh tụ trong viêm tụ cấp.

- **APFC**: tụ dịch quanh tụ chỉ chứa dịch và không hoặc có 1 phần vách, chúng chỉ quan sát được trong 4 tuần đầu của viêm mô kẽ tụ và thường tụ thoái lui.
- **ANC**: hỗn hợp chứa dịch và chất hoại tử, chúng thường không có hoặc có 1 phần vách, được nhìn thấy trong 4 tuần đầu của viêm tụ cấp thể hoại tử.
- **Pseudosyct**: sau 4 tuần của viêm mô kẽ tụ, tụ dịch này được vách hóa. Nang giả tụ không thường gặp trong viêm tụ cấp. Hầu hết tụ dịch lâu ngày sẽ chứa một số chất hoại tử.
- **WON**: Sau 4 tuần, hầu hết tụ dịch hoại tử được vách hóa và được gọi là hoại tử có vỏ (Walled- off necrosis).

VỀ THỜI GIAN

Tụ dịch quanh tủy cấp tính (APFC)

- <4 tuần
- Trong viêm mô kẽ tủy
- Độ đậm dịch đồng nhất
- Không có vách rõ ràng
- Gần kề với tủy
- Giới hạn bởi bề mặt cân hoặc cấu trúc giải phẫu bình thường

Tụ dịch hoại tử cấp tính (ANC)

- < 4 tuần
- Trong viêm tủy hoại tử
- Dịch không đồng nhất
- Không có vách rõ ràng
- Trong hoặc ngoài tủy

Nang giả tủy (Pseudocyst)

- >4 tuần
- Trong viêm mô kẽ tủy
- Độ đậm dịch đồng nhất
- Có vách rõ ràng
- Gần kề với tủy
- Không chứa thành phần đặc.

Hoại tử tạo vách (WON)

- >4 tuần
- Trong viêm tủy hoại tử
- Dịch không đồng nhất
- Có vách rõ ràng
- Trong hoặc ngoài tủy

CTSI (CT severity index)

- Chỉ số mức độ nặng của viêm tụy cấp trên CT (CTSI- CT several index) = thang điểm Balthazar(0-4 điểm) + điểm hoại tử tụy (0-6 điểm).

CT several index (CTSI)	
Tụy viêm	điểm
- Tụy bình thường	0
- Tụy tăng kích thước	1
- Viêm quanh tụy	2
- 1 ổ tụy dịch quanh tụy	3
- ≥ 2 ổ dịch quanh tụy	4
Hoại tử tụy	
- Không hoại tử	0
- $< 30\%$	2
- $30-50\%$	4
- $> 50\%$	6
Tổng: điểm	10

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- CLVT là phương thức được lựa chọn để chẩn đoán, phân loại viêm tụy cấp và biến chứng.
- Do chẩn đoán viêm tụy cấp thường dựa trên lâm sàng và xét nghiệm, chụp CLVT giai đoạn sớm chỉ được khuyến cáo khi chẩn đoán chưa chắc chắn hoặc khi nghi ngờ biến chứng sớm như thủng ruột hay thiếu máu ruột.
- Chụp CLVT giai đoạn sớm có thể gây sai lầm về mức độ nghiêm trọng của viêm tụy, vì nó đánh giá thấp sự hiện diện và lượng hoại tử.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

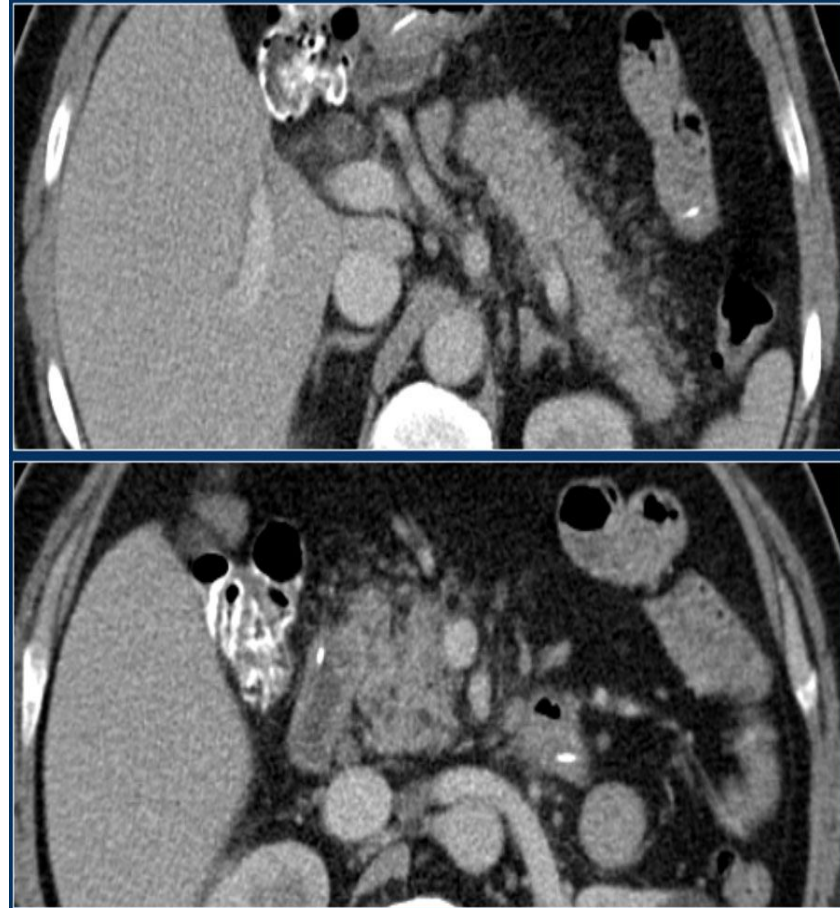
- Hình ảnh tụy ngấm thuốc bình thường vào ngày thứ nhất.
- Khi tình trạng bệnh nhân tồi tệ hơn, CLVT lần thứ 2 được thực hiện vào ngày thứ 3.
- Điểm lưu ý là hầu như thân và đuôi tụy không ngấm thuốc, chỉ ra là viêm tụy hoại tử (mũi tên).
- Hình ảnh CLVT ban đầu không đánh giá đúng mức độ nghiêm trọng của viêm tụy, BN này đã chết vào ngày thứ 5 do SIRS nặng và suy đa tạng.



VIÊM MÔ KẼ TỤY

(Interstitial pancreatitis)

- Về hình thái có 2 loại viêm tụy cấp là viêm mô kẽ hay viêm tụy phù nề, và viêm tụy hoại tử.
- Đây là ví dụ về viêm mô kẽ tụy.
 - Tụy ngấm thuốc bình thường và chỉ có thâm nhiễm mỡ xung quanh
 - Không có tụ dịch và hoại tử nhu mô tụy
- **CTSI**: 2 điểm



VIÊM MÔ KẼ TỤY

(Interstitial pancreatitis)

- Đây là một trường hợp khác viêm mô kẽ tụy không kèm theo hoại tử.
- Tụy phù nề và viêm quanh tụy.
- Không kèm theo hoại tử quanh tụy.



VIÊM TỤY HOẠI TỬ

(Necrotizing pancreatitis)

- Hoại tử nhu mô tụy hay mô quanh tụy xảy ra 10-15% trường hợp, nó được đặc trưng bởi diễn biến lâm sàng kéo dài, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao.
- Có 3 loại viêm tụy hoại tử:
 1. Hoại tử cả nhu mô tụy và mô quanh tụy (thường gặp).
 2. Hoại tử chỉ xảy ra ở mô quanh tụy mà không hoại tử nhu mô tụy (ít gặp).
 3. Hoại tử chỉ ở nhu mô tụy mà không hoại tử mô xung quanh (rất hiếm).
- Hoại tử nhu mô có thể chẩn đoán trên CLVT có tiêm thuốc cản quang sau ≥ 72 h.
- Hoại tử mô xung quanh tụy có thể khó chẩn đoán, nhưng nghi ngờ khi có những ổ tụ dịch không đồng nhất trên CLVT.

VIÊM TỤY HOẠI TỬ

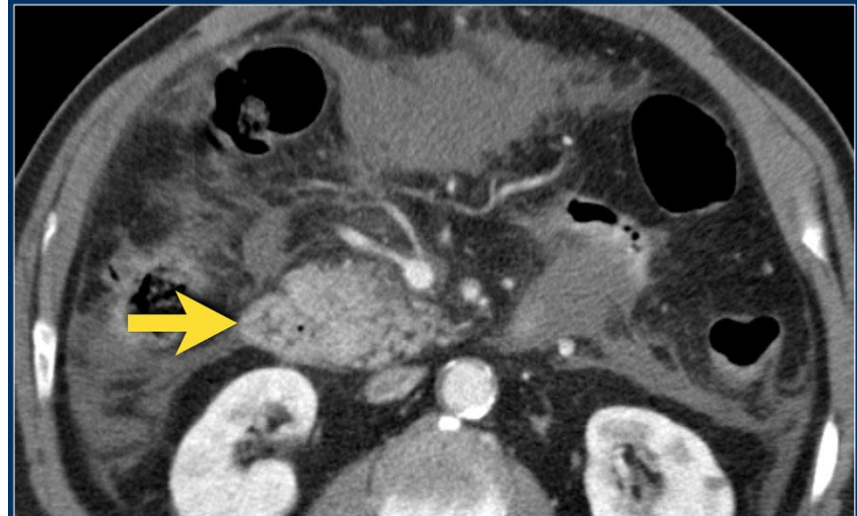
(Necrotizing pancreatitis)

Hình ảnh CLVT cho thấy viêm tụy hoại tử

- Cả thân và đuôi tụy không ngấm thuốc, trong khi đầu tụy ngấm thuốc bình thường.

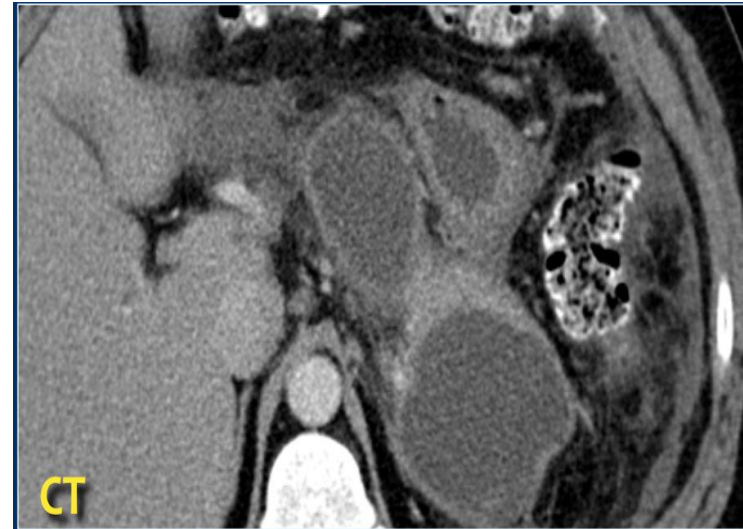
- Hoại tử trên 50% nhu mô tụy và có ít nhất 2 ổ tụ dịch

- **CTSI**: 4+6= 10 điểm



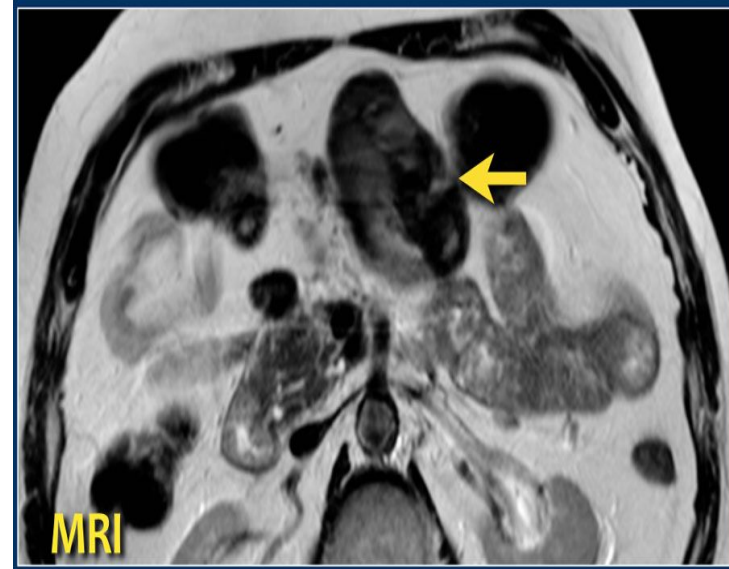
MRI

- MRI có giá trị hơn CLVT trong việc phân biệt dịch và chất hoại tử.
- Đây là hình ảnh CLVT của 1 bệnh nhân có vài ổ dịch đồng nhất quanh tụy.
- Những ổ dịch này có tín hiệu đồng nhất trên T2W xóa mỡ, dày đủ vách và chắc chắn là dịch (nang giả tụy).



MRI

- Bệnh nhân này bị viêm tụy cấp thể hoại tử khởi phát 2 tháng trước.
- Trên CLVT chỉ ra tụ dịch quanh tụy đồng nhất ở vị trí giữa của đại tràng ngang (mũi tên).
- Trên xung T2W-MRI chỉ ra dịch có cường độ tín hiệu thấp (mũi tên) vì đây là hoại tử mô mỡ quanh tụy.
- Bệnh nhân không sốt và không có dấu hiệu nhiễm trùng.
- Trường hợp này, nội soi dẫn lưu hay dẫn lưu qua da ít giá trị nhưng lại làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.



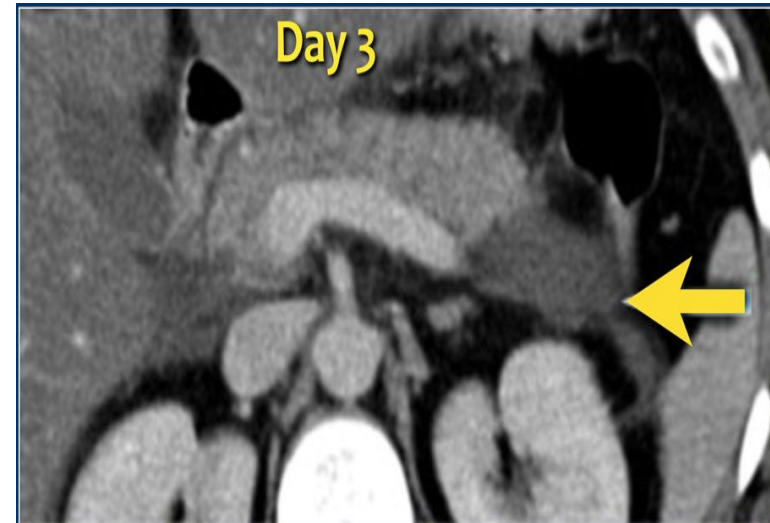
TỤ DỊCH QUANH TỤY

Tụ dịch quanh tụy cấp tính (APFC)

- Tụ dịch trong ổ bụng và tụ dịch mô hoại tử thường gặp trong viêm tụy cấp.
- Tụ dịch này hình thành sớm trong viêm tụy cấp.
- Giai đoạn đầu, tụ dịch này chưa có vách hay tạo vỏ
- Vị trí hay gặp của tụ dịch:
 - Hậu cung mạc nối
 - Khoảng cạnh thận trước và sau
 - Rãnh đại tràng ngang
 - Mạc treo ruột non
- Tụ dịch là hậu quả của sự giải phóng các enzym tụy hoạt hóa làm hoại tử mô xung quanh tụy.
- Điều này giải thích 1 số ổ dịch lại chứa các mảnh hoại tử.

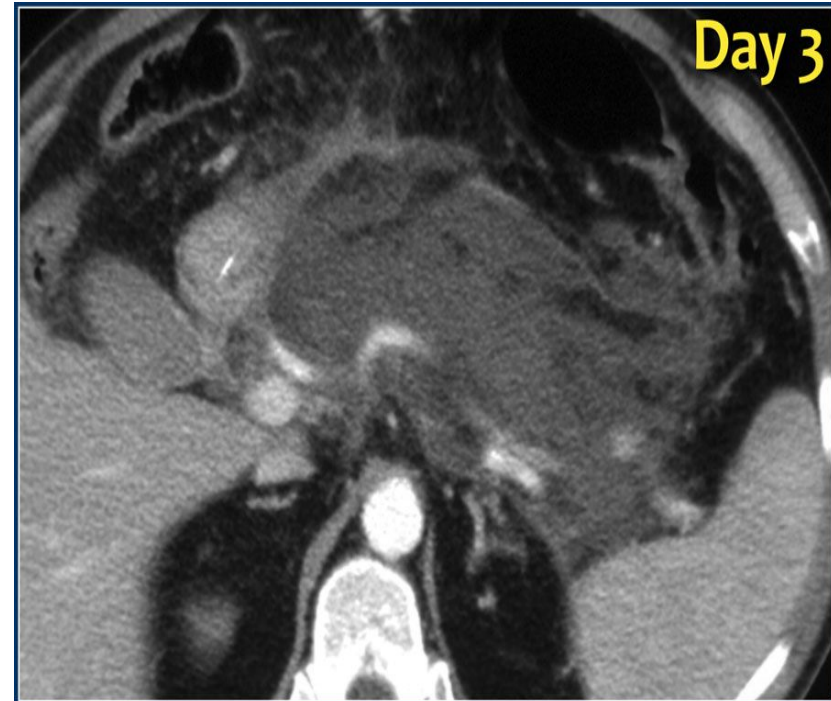
TỤ DỊCH QUANH TỤY CẤP TÍNH APFC

- Khoảng 50% tụ dịch này tự thoái lui (về hình dạng).
- Khoảng 50% còn lại hoặc ổn định hoặc tăng lên và tạo vỏ.
- Chúng có thể tồn tại vô trùng hoặc sẽ nhiễm trùng.



TỤ DỊCH HOẠI TỬ CẤP TÍNH (Acute necrotic collection-ANC)

- Trên hình ảnh:
 - Hoại tử nhu mô tụy
 - Tụ dịch không đồng nhất mô quanh tụy.
 - Không có vách.
- => có thể kết luận tụ dịch hoại tử cấp tính - ANC



TỤ DỊCH HOẠI TỬ CẤP TÍNH (Acute necrotic collection-ANC)

- Toàn bộ tụy ngấm thuốc bình thường.
- Tụ dịch lớn quanh tụy, bao gồm cả thành phần lỏng và đặc trên CLVT.
- Có ít nhất 2 ổ tụ dịch, nhưng nhu mô tụy không bị hoại tử.
- Vào ngày thứ 18, tụ dịch quanh tụy tăng và hình thành vách không hoàn toàn.

Vào ngày thứ 5 sự tụ dịch này có thể chẩn đoán là tụ dịch hoại tử cấp tính.

Vào ngày thứ 18, sự xuất hiện vách không hoàn toàn nhưng có thể giả định rằng một vài ngày nữa sẽ tạo thành hoại tử có vách hoàn chỉnh.

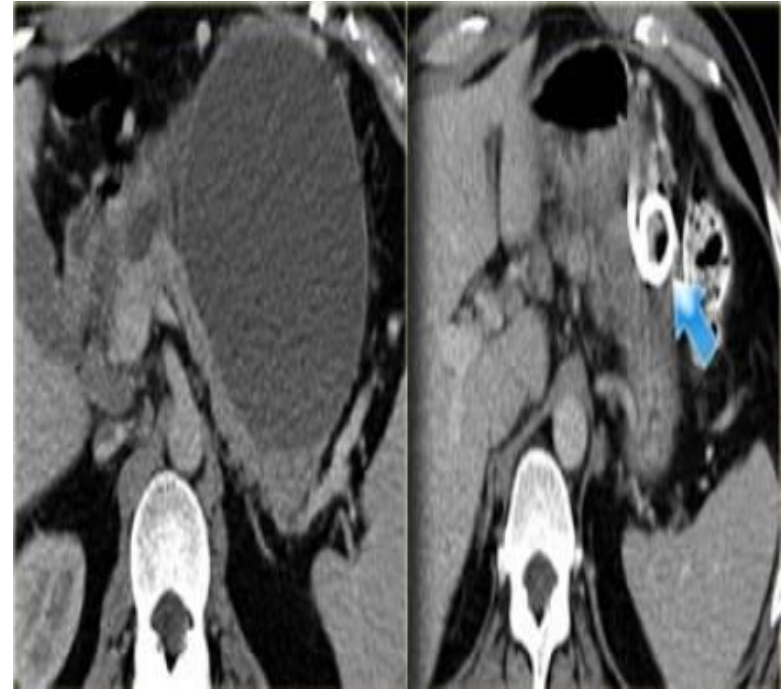


TỤ DỊCH HOẠI TỬ CẤP TÍNH (Acute necrotic collection-ANC)

- Nếu tụ dịch tồn tại dai dẳng hoặc phát triển thêm, có thể do hoại tử mô mỡ.
- Bởi vì chất béo không tăng quang trên CLVT, nên chẩn đoán hoại tử mỡ có thể gặp khó khăn.
- Hoại tử có thể chẩn đoán trên MRI, nhưng chỉ nên thực hiện khi có định hướng từ lâm sàng.

NANG GIẢ TỤY (pseudocyst)

- Bệnh nhân hẹp môn vị 2 tháng sau viêm tụy cấp.
- Có 1 ổ dịch ranh giới rõ ở hậu cung mạc nối, chỗ tiếp giáp dạ dày và tụy. Bệnh nhân không sốt.
- Ổ dịch này được dẫn lưu thành công qua da, dịch trong và nồng độ amylase cao, và các triệu chứng của bệnh nhân được giải quyết.
- Đây là một trường hợp nang giả tụy thực sự.

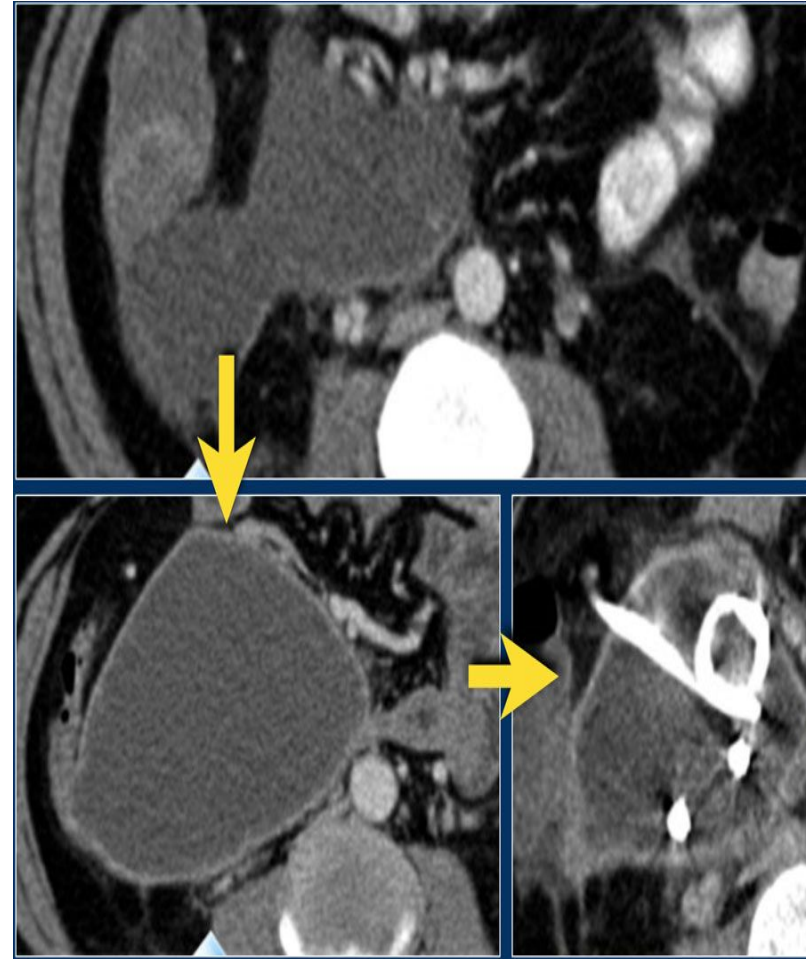


NANG GIẢ TỤY (pseudocyst)

- Nang giả tụy là sự tụ dịch với một vỏ xơ hoàn chỉnh.
- Chẩn đoán trong trường hợp viêm tụy cấp thể phù nề, không kèm theo hoại tử.
- Có thể thông với ống tụy.
- Thời gian \geq 4 tuần.
- **Chẩn đoán phân biệt** bao gồm: WON, giả phình mạch và 1 khối u nang.
- Hay gặp trong hậu cung mạc nối.
- Hầu hết các ổ tụ dịch tồn tại sau 4 tuần là WON, nang giả tụy thực sự không phổ biến vì phần lớn dịch quanh tụy cấp tính tụy tiêu tan trong vòng 4 tuần.

TỤ DỊCH HOẠI TỬ CÓ VỎ (Walled-off necrosis- WON)

- Chỉ dựa vào CLVT đôi khi không xác định được tụ dịch đơn thuần hay dịch kèm theo mô hoại tử.
- Do vậy, đôi khi mô tả “tụ dịch không xác định” là tốt nhất.
- Những hình ảnh này là của 1 bệnh nhân viêm tụy cấp.
- Hình ảnh phía trên là tụ dịch quanh đầu tụy ở khoang cạnh thận trước bên phải.
- Ở giai đoạn này không phân biệt được giữa APFC và ANC



TỤ DỊCH HOẠI TỬ CÓ VỎ (Walled-off necrosis- WON)

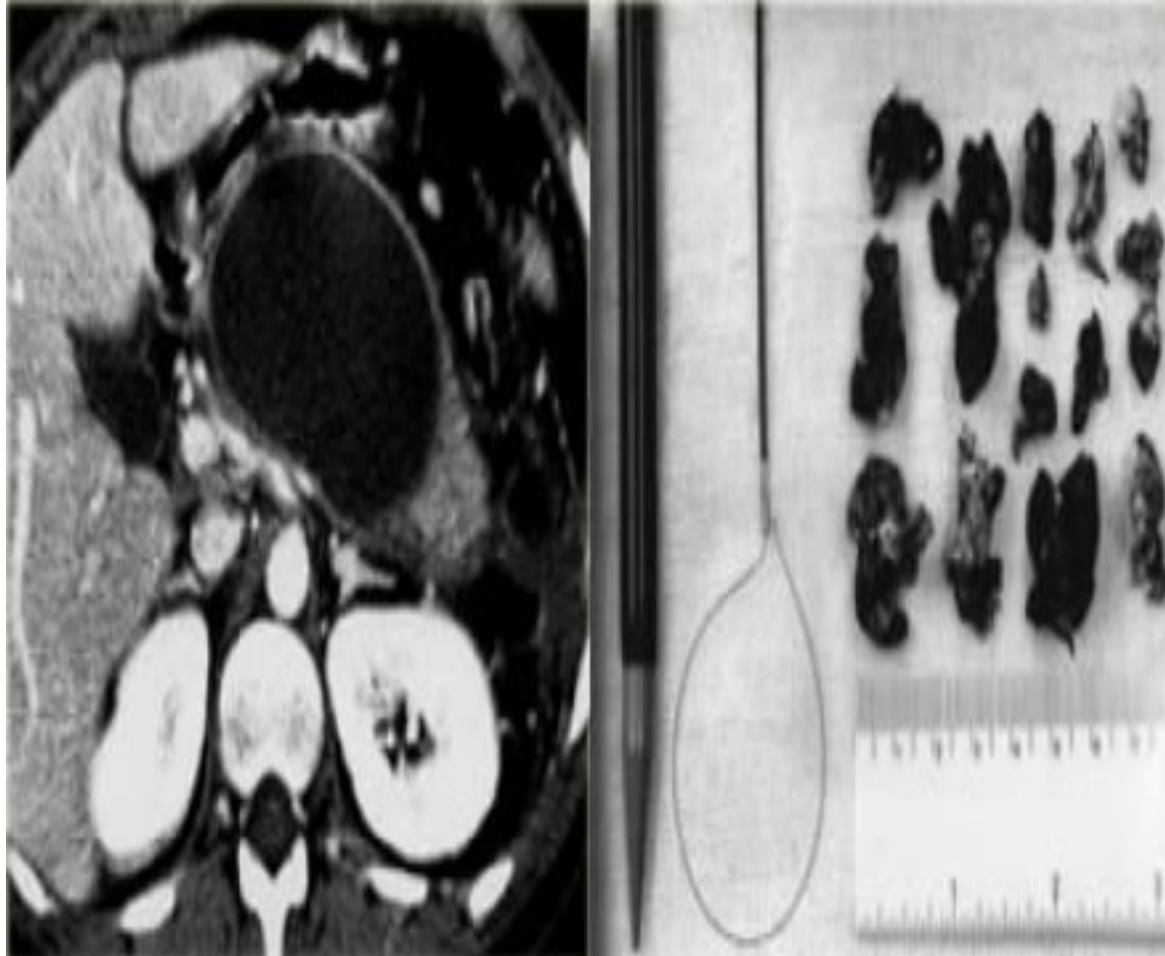
- CLVT theo dõi, ổ tụ dịch tăng lên về kích thước, là nang dịch đơn thuần với vỏ mỏng, ngấm thuốc.
- Có thể là nang giả tụy hoặc WON, có thể có hoặc không nhiễm trùng.
- Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nhiễm trùng và dẫn lưu qua da được thực hiện.
- Sau dẫn lưu, ổ tụ dịch không giảm về kích thước.
- Bệnh nhân được phẫu thuật và ổ dịch được tìm thấy bao gồm các mảnh hoại tử, cái không nhìn nhận được trên CT, do đó đây là hoại tử có vách chứ không phải là nang giả tụy.
- Mảnh hoại tử này quá nhớt để dẫn lưu thành công qua da.

TỤ DỊCH HOẠI TỬ CÓ VỎ (Walled-off necrosis- WON)

Hình ảnh CLVT của 1 bệnh nhân vào ngày thứ 40 của viêm tụy.

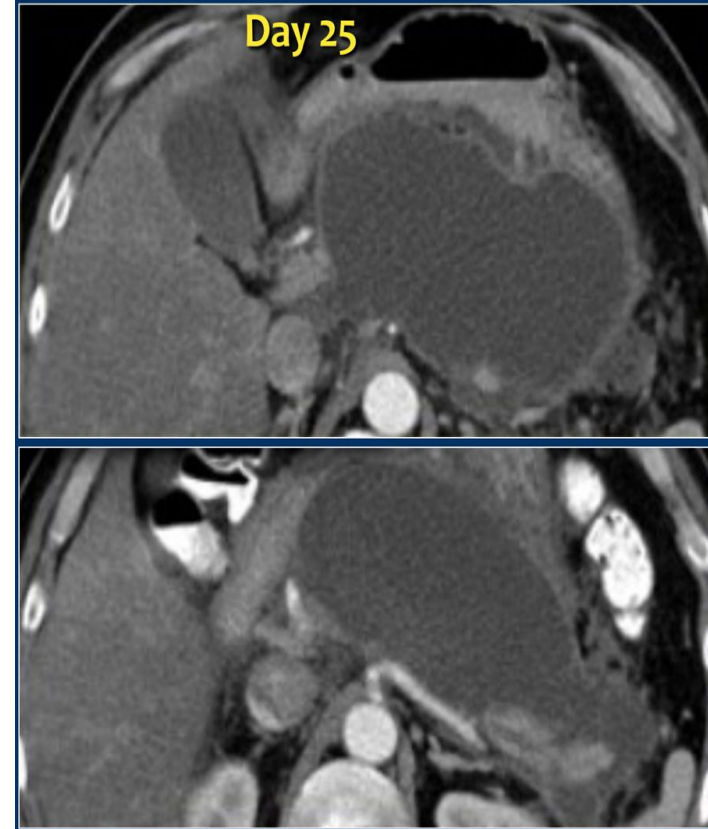
- Bệnh nhân này có hoại tử trung tâm tuyến tụy và hiện tại có sốt.
- Hình ảnh CT chỉ ra ổ tụ dịch có tỷ trọng tương tự nang giả tụy, ngoại trừ vị trí nằm trong tụy.
- Tụ dịch đồng nhất và có ranh giới rõ ràng với 1 vách mỏng tiếp giáp với dạ dày.
- Bóc tách qua nội soi, ổ dịch này bao gồm dịch và tổ chức hoại tử, được lấy ra khỏi tụy.
- Mặc dù đặc điểm hình ảnh trường hợp này tương tự như nang giả tụy nhưng nó được chứng minh là hoại tử có vỏ nhiễm trùng.

TỤ DỊCH HOẠI TỬ CÓ VỎ (Walled-off necrosis- WON)



TỤ DỊCH HOẠI TỬ CÓ VỎ (Walled-off necrosis- WON)

- Ở đây chúng ta quan sát được ổ tụ dịch đồng nhất của tụy và quanh tụy, có ranh giới rõ với 1 vách ngăn thuốc, vào ngày thứ 25 của đợt viêm tụy cấp thể hoại tử.
- Bệnh nhân có sốt và suy đa tạng.
- Vì vậy ổ tụ dịch nghĩ đến tụ dịch hoại tử có vỏ nhiễm trùng chứ không phải là nang giả tụy.
- Khi phẫu thuật, ổ dịch này bao gồm các tổ chức hoại tử và chúng không quan sát được trên CLVT.

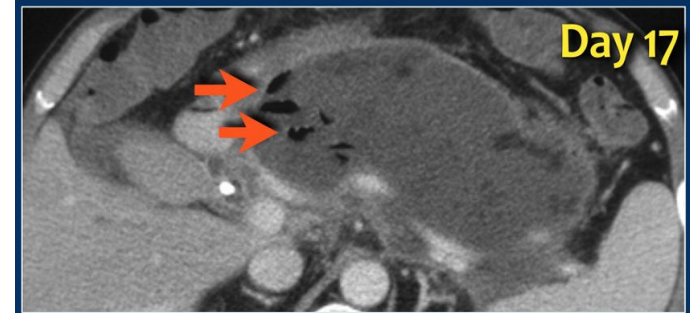
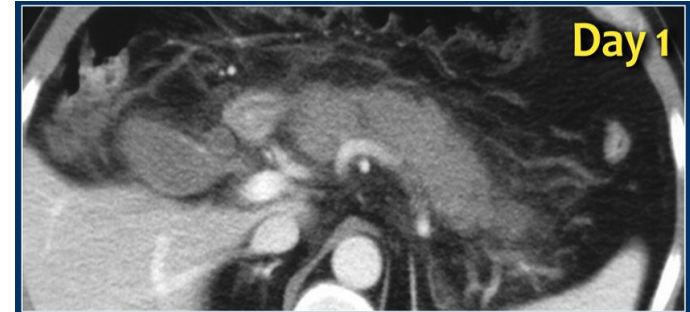


HOẠI TỬ NHIỄM TRÙNG (Infected necrosis)

- Hoại tử nhiễm trùng là:
 - Nhiễm trùng mô tủy hoại tử hoặc mô mỡ quanh tủy. Ví dụ: ANC hay WON nhiễm trùng, phụ thuộc vào mức độ tạo vỏ.
 - Thường xuất hiện từ tuần thứ 2-4, hiếm khi ở tuần đầu tiên
 - Là biến chứng tại chỗ nặng nề nhất của viêm tủy cấp thể hoại tử.
 - Là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong cho bệnh nhân viêm tủy cấp thể hoại tử.
 - Chẩn đoán khi thấy các bóng khí trên CLVT hoặc khi FNA cấy khuẩn dương tính.

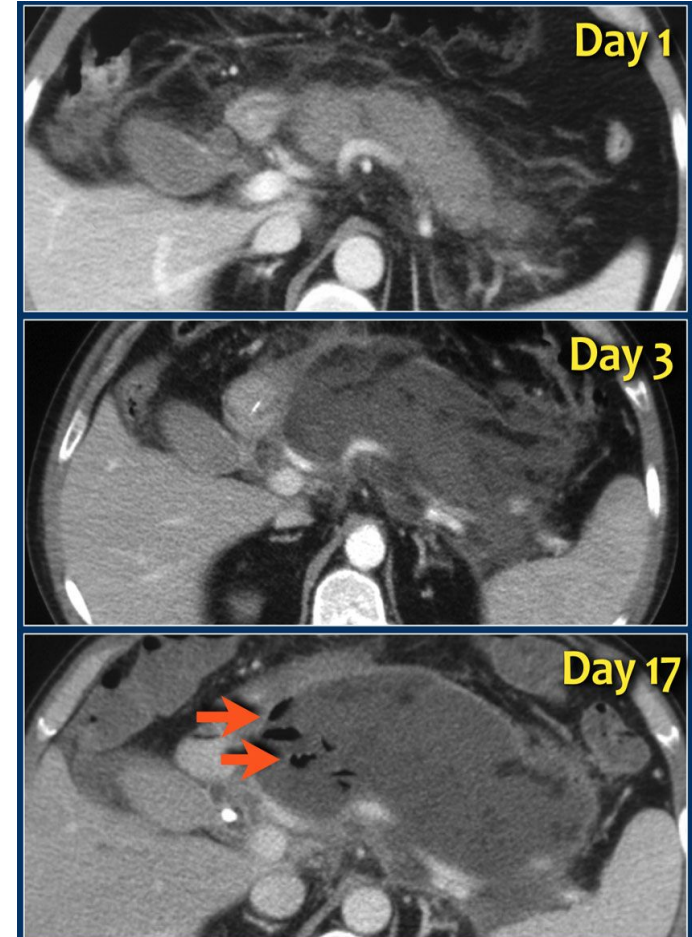
HOẠI TỬ NHIỄM TRÙNG (Infected necrosis)

- Trường hợp này là một ví dụ cho hoại tử nhiễm trùng:
- ❖ Ngày thứ 1, Tụy ngấm thuốc đồng nhất và nó giống như viêm mô kẽ tụy mức độ nhẹ.
- ❖ Ngày thứ 3, tụy không ngấm thuốc phù hợp với hoại tử. Hoại tử chỉ bao gồm mô quanh tụy, vì vậy đây là tụ dịch hoại tử cấp tính (ANC).
- ❖ Ngày thứ 17, có các bóng **khí** trong tổ chức hoại tử, phù hợp với nhiễm trùng hoại tử nhu mô tụy và mô quanh tụy. Có 1 vách quanh ổ dịch.



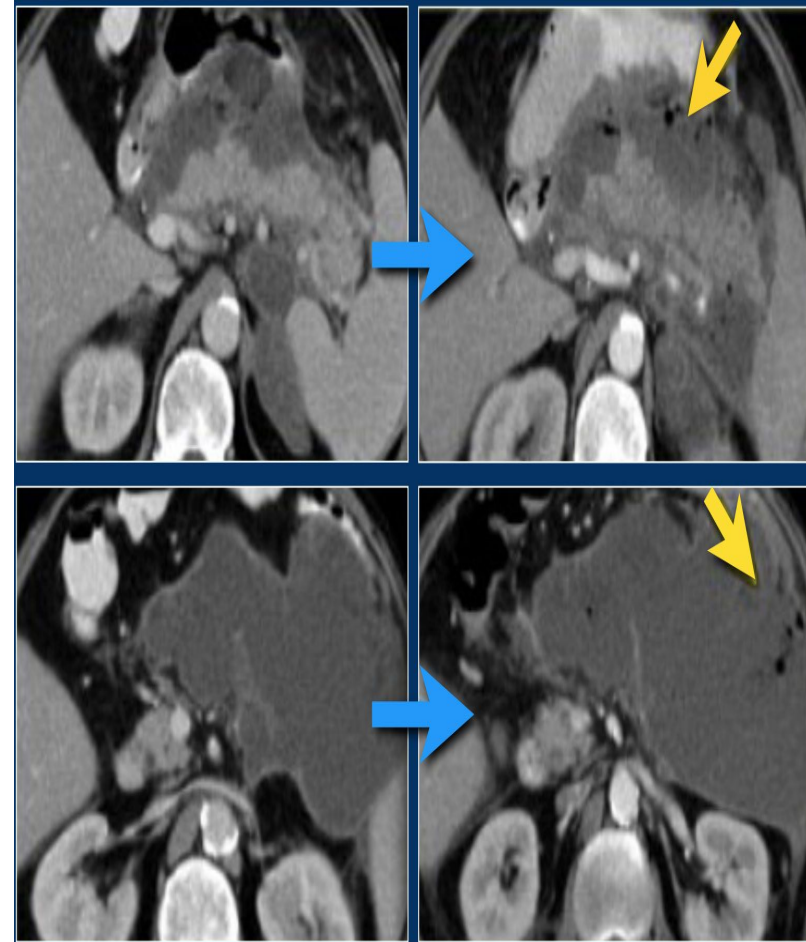
HOẠI TỬ NHIỄM TRÙNG (Infected necrosis)

- Thuật ngữ áp xe tụy không còn được sử dụng vì 1 ổ tụ dịch mủ mà không kèm theo mô hoại tử là cực kì hiếm trong viêm tụy cấp.



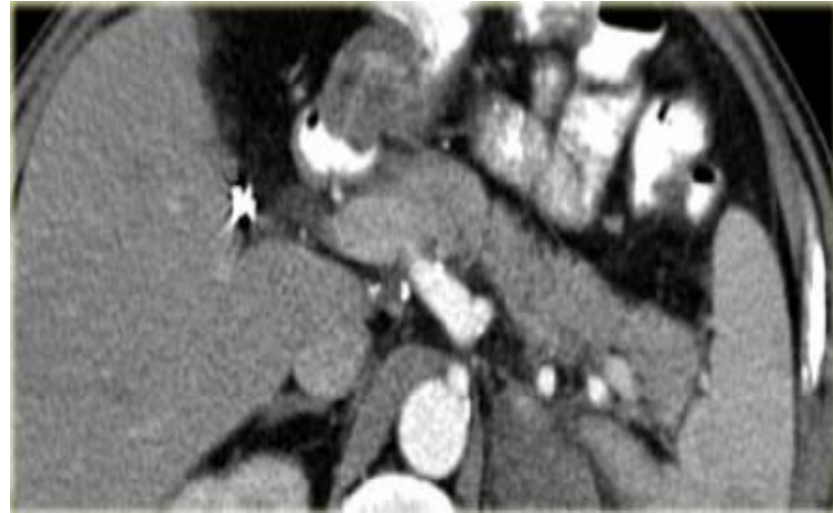
HOẠI TỬ NHIỄM TRÙNG (Infected necrosis)

- Ở bệnh nhân này tụy ngấm thuốc bình thường, tụ dịch hoại tử không đồng nhất xung quanh tụy với tỷ trọng của dịch và mỡ.
- 2 tuần sau đó, có khí trong ổ dịch quanh tụy, phù hợp với ANC nhiễm trùng.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật, bác sĩ đã lấy ra một lượng lớn mô hoại tử, và ước tính đã cắt bỏ hơn 90% tuyến tụy.



HOẠI TỬ NHIỄM TRÙNG (Infected necrosis)

- Đáng chú ý, CLVT được thực hiện 6 tháng sau phẫu thuật cho thấy tuyến tụy bình thường.
- Điều này chỉ ra rằng trong quá trình phẫu thuật, đôi khi không thể phân biệt giữa mô tụy hoại tử và hoại tử mô quanh tụy.



NHỮNG HẠN CHẾ CỦA CĐHA

- Hình ảnh có thể thường xuyên không phân biệt được tụ dịch vô trùng và nhiễm trùng, khi hoại tử nhiễm trùng chỉ 40% xuất hiện khí trong ổ hoại tử.
- CLVT có thể không phân biệt được giữa dịch đơn thuần và dịch kèm theo các mảnh vụn hoại tử, MRI thì ưu việt hơn.

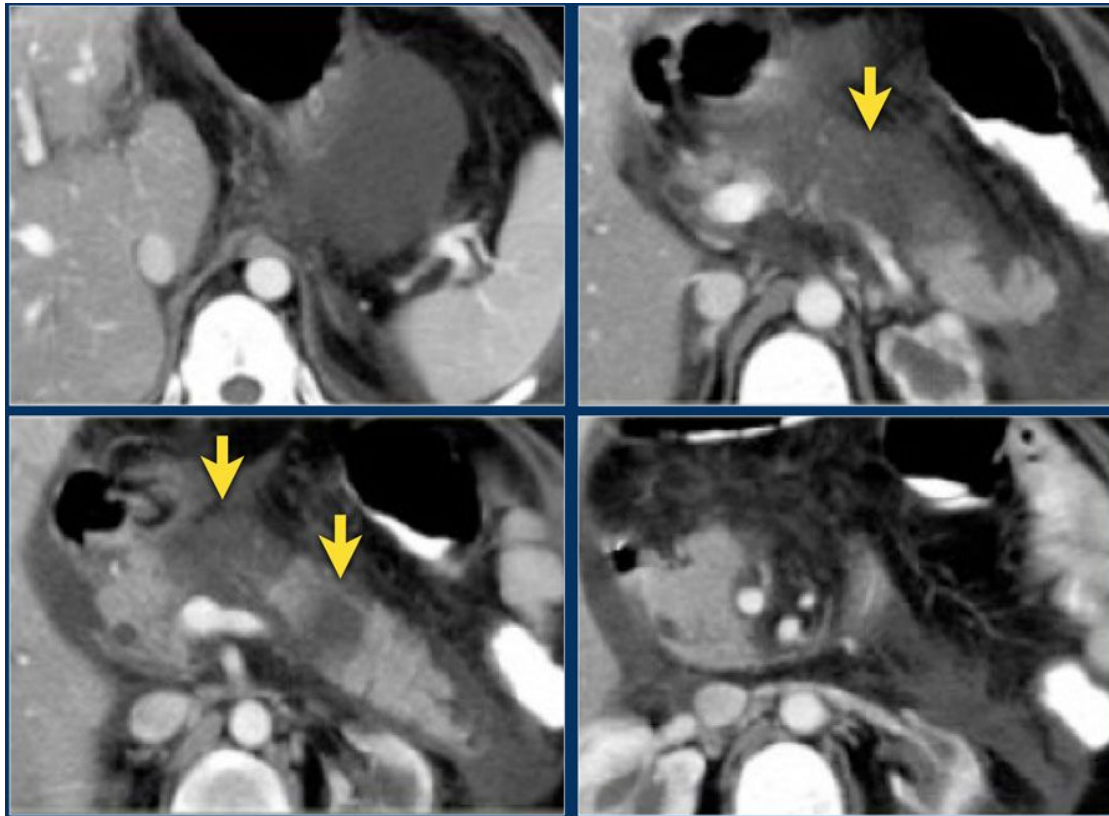
HOẠI TỬ TRUNG TÂM TUYẾN TUY

(central gland necrosis)

- Là 1 dạng đặc biệt của viêm tụy hoại tử, đại diện là hoại tử toàn bộ bề dày giữa đầu và đuôi tụy và luôn có sự gián đoạn ống tụy.
- Điều này dẫn đến tụy dịch dai dẳng khi đuôi tụy vẫn có khả năng tiết dịch.
- Ổ tụy dịch đáp ứng kém với dẫn lưu dịch qua nội soi hay qua da.
- Điều trị dứt điểm là yêu cầu cắt toàn bộ tuyến tụy ở xa hoặc dẫn lưu lâu dài.

HOẠI TỬ TRUNG TÂM TUYẾN TỤY (central gland necrosis)

- Hoại tử trung tâm tuyến tụy với tụ dịch lớn ở khoang sau phúc mạc bên trái và hậu cung mạc nối.



DỰ BÁO PANCODE

- Là hệ thống mô tả viêm tụy cấp và các biến chứng của nó.

DỰ BÁO PANCODE

PANcreatic nonenhancement (Tụy không ngấm thuốc)

- Không ghi nhận thiếu máu tụy, tụy ngấm thuốc đồng nhất.
- Thiếu máu tụy
 - Vị trí: đầu, cổ, thân, đuôi.
 - Mức độ: <30%, 30-50%, >50%
 - Mảng hoặc toàn bộ bề dày

DỰ BÁO PANCODE

COllections (tự dịch)

- Không có ổ tự dịch, tự phù nề tăng kích thước, thâm nhiễm mỡ xung quanh.
- Có 1 hoặc nhiều hơn 1 ổ tự dịch quanh tự.

DỤ BÁC PANCODE

DEscription (mô tả)

- **Tụ dịch quanh tụ**

- Vị trí giải phẫu, hình dạng và kích thước tối đa ổ dịch.
- Tỷ trọng dịch.
- Mức độ tạo vỏ.
- Sự hiện diện của các ổ tụ khí.

- **Các biến chứng ngoài tụ**

- Hẹp môn vị, nhồi máu ruột, tắc ruột.
- Huyết khối tĩnh mạch, tăng áp tĩnh mạch cửa, giả phình động mạch.
- Viêm túi mật, viêm đường mật.
- Tổn thương kết hợp gan, lách, thận.
- Cổ trướng, tràn dịch màng phổi

CAN THIỆP

- Quản lý viêm tụy cấp phải rất thận trọng.
- Trong 2 tuần đầu, bệnh nhân viêm tụy cấp nặng và suy đa tạng cần được điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu.
- Can thiệp cần phải trì hoãn càng lâu càng tốt.
- Nhiều ổ tụ dịch sẽ vô trùng hoặc hấp thu theo thời gian.
- Để phân loại các ổ tụ dịch cần thời gian 4 tuần.

CAN THIỆP

Quản lý bệnh nhân viêm tụy cấp

- Tiếp cận một cách thận trọng.
- Giảm đau tốt.
- Dịch truyền tĩnh mạch và nuôi ăn qua ruột sớm.
- Không dùng kháng sinh dự phòng.
- Trường hợp suy tạng=> ICU.

FNA VÀ DẪN LƯU

Khi tình trạng lâm sàng của bệnh nhân xấu đi, bệnh nhân có sốt, có thể tiến hành chọc hút kim nhỏ (FNA) để phân biệt tụ dịch vô trùng và nhiễm trùng.

Những chú ý trong FNA:

- Không thực hiện FNA trong giai đoạn sớm.
- Không đi qua dạ dày .
- Đảm bảo không phải giả phình động mạch.

Suy nghĩ – lên kế hoạch trước:

- Mủ -> đặt dẫn lưu.
- Không xác định rõ -> nhuộm gram, cấy khuẩn.
- Không có dịch -> có thể là phần đặc hoại tử -> bơm nước muối -> nuôi cấy.

FNA VÀ DẪN LƯU

CĐHA can thiệp trong viêm tụy cấp

- FNA để phân biệt giữa dịch vô trùng và nhiễm trùng.
- Dẫn lưu qua da:
 - + Trong trường hợp dịch mũ, hút áp lực.
 - + Là dẫn lưu điều trị.
 - + Khi can thiệp ngoại khoa phải trì hoãn.
 - + Tạo đường dẫn cho nội soi có video hỗ trợ (VARD).

CHÚ Ý TRONG DẪN LƯU

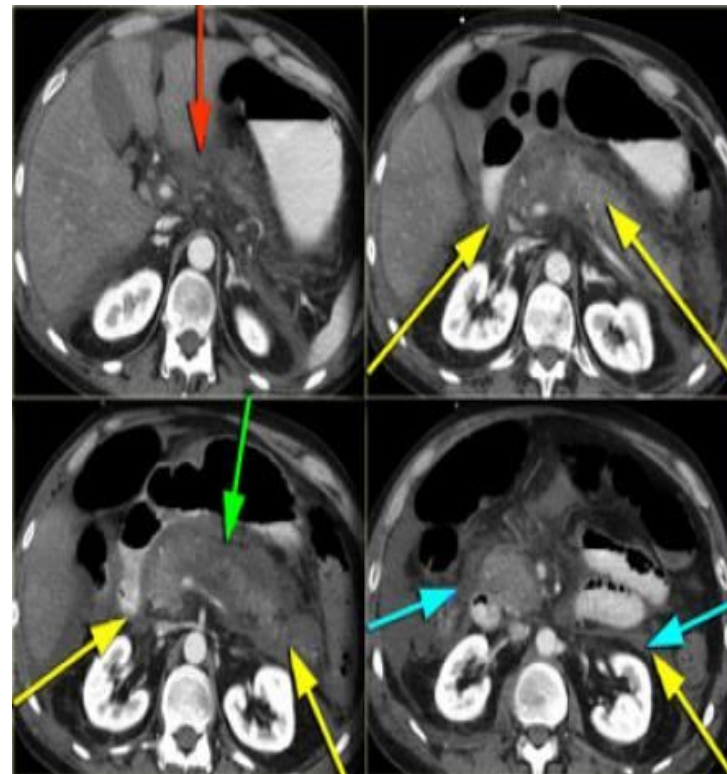
- Chỉ định trong các trường hợp tụ dịch quanh tụy.
- Nên đánh giá đầy đủ tình trạng lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh.
- Không dẫn lưu trong giai đoạn sớm.
- Có thể sử dụng để hướng dẫn cho tiếp cận phẫu thuật.



CHÚ Ý TRONG DẪN LƯU

Tụ dịch quanh tụy có thể được tiếp cận trực tiếp (mũi tên đỏ), qua dạ dày (mũi tên xanh lá), qua thành bụng (mũi tên xanh dương), nhưng đường tiếp cận ưu tiên là khoang sau phúc mạc (mũi tên vàng) với ưu điểm sau:

- Cùng khoang với tụy.
- Hạn chế nhiễm trùng từ ruột.
- Do trọng lực.
- Dẫn lưu song song với giường tụy.
- Đường đi có thể sử dụng để hướng dẫn cho phẫu thuật tối thiểu.



CAN THIỆP PHẪU THUẬT

Các khuyến cáo 2013 của IAP/APA

1. Chỉ định can thiệp trong viêm tụy hoại tử:

- Lâm sàng nghi ngờ hoặc có bằng chứng nhiễm trùng hoại tử.
- Suy tạng liên tục vài tuần sau khởi bệnh mà không có bằng chứng viêm tụy hoại tử nhiễm trùng.

2. Chỉ định can thiệp trong viêm tụy hoại tử vô trùng là:

- Xuất hiện tắc nghẽn dạ dày, ruột, đường mật do hiệu ứng khối của tụ dịch hoại tử có vỏ (nghĩa là >4-8 tuần sau viêm tụy cấp).
- Các dấu hiệu suy nhược kéo dài trên bệnh nhân WON mà không có dấu hiệu nhiễm trùng (nghĩa là > 8 tuần sau viêm tụy cấp).
- Dấu hiệu ống tụy bị gián đoạn với các triệu chứng kéo dài (đau, tắc nghẽn,...) của WON .

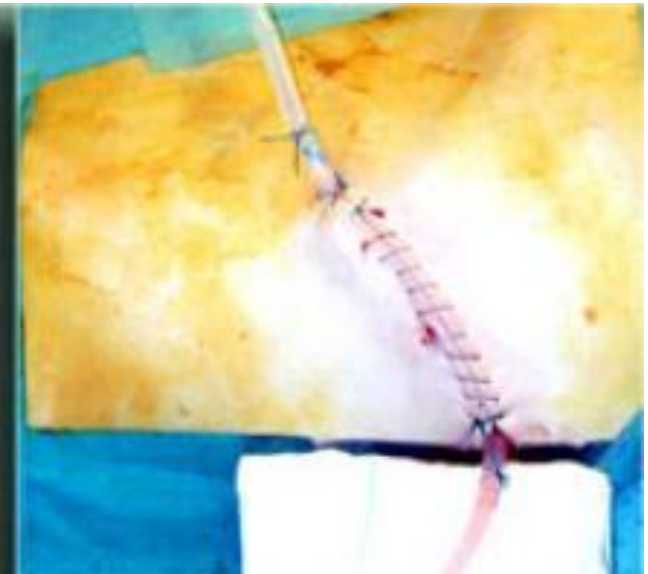
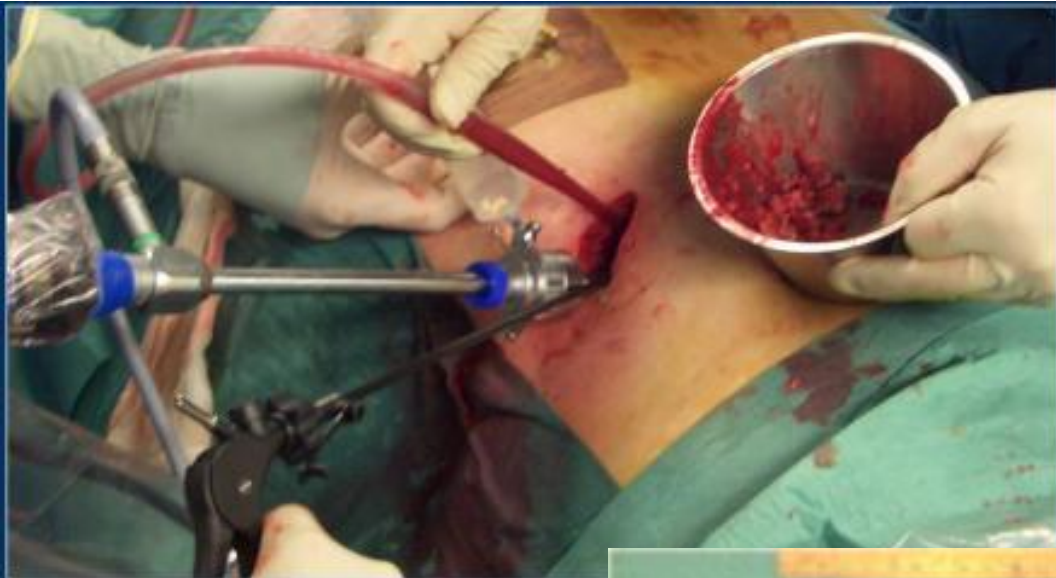
CAN THIỆP PHẪU THUẬT

Các khuyến cáo 2013 của IAP/APA

3. Đối với bệnh nhân viêm tụy hoại tử được chứng minh hoặc nghi ngờ có nhiễm trùng, can thiệp xâm lấn tốt nhất là 4 tuần sau khởi phát khi ổ dịch đã được vách hóa.

4. Chiến lược can thiệp tối ưu cho bệnh nhân nghi ngờ hoặc xác định viêm tụy hoại tử nhiễm trùng là dẫn lưu qua da hay qua nội soi, sau đó, nếu cần cắt bỏ hoại tử qua nội soi hoặc phẫu thuật.

CAN THIỆP PHẪU THUẬT





Thank you