

Tổng quan về viêm tụy cấp ở người cao tuổi và cập nhật trong điều trị

Hà Vũ^{1,*}, Nguyễn Thị Hồng Xuyên²



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

¹Bộ môn Nội - Khoa Y – Trường Đại học Khoa học Sức khỏe - Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bộ môn Kỹ năng Y Khoa - Khoa Y – Trường Đại học Khoa học Sức khỏe - Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Liên hệ

Hà Vũ, Bộ môn Nội - Khoa Y – Trường Đại học Khoa học Sức khỏe - Đại học Quốc Gia Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Email: hvu@uhsvnu.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 14-6-2025
- Ngày sửa đổi: 22-01-2026
- Ngày chấp nhận: 03-06-2026
- Ngày đăng: 24-06-2026

DOI: <https://doi.org/10.32508/vnuhcmj-hs.v7i1.631>



Bản quyền

© Tạp chí ĐHQG-HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.

TÓM TẮT

Viêm tụy cấp (VTC) là một trong những bệnh lý tuyến tụy phổ biến nhất gây nhập viện trên toàn cầu, với diễn tiến lâm sàng thường khó dự đoán. Trong bối cảnh dân số thế giới đang già hóa nhanh chóng, tỷ lệ mắc VTC ở người cao tuổi ngày càng tăng cao tùy theo độ tuổi nghiên cứu. So với người trẻ, VTC ở nhóm đối tượng này thường có bệnh cảnh lâm sàng nặng hơn, dễ xuất hiện biến chứng toàn thân và có tỷ lệ tử vong cao hơn rõ rệt. Về nguyên nhân, sỏi mật chiếm vị trí hàng đầu ở người cao tuổi (tới 75% các trường hợp), trong khi rượu – nguyên nhân chính ở người trẻ – chỉ chiếm khoảng 5%. Các yếu tố khác như thuốc (do người già thường dùng nhiều loại thuốc phối hợp), ung thư tuyến tụy, và các vấn đề chuyển hóa như tăng triglyceride cũng cần được xem xét. Việc chẩn đoán VTC ở người cao tuổi đối mặt với nhiều thách thức do các thay đổi cấu trúc tuyến tụy và đường mật theo quá trình lão hóa tự nhiên, dễ gây nhầm lẫn với các bệnh lý mạn tính trên hình ảnh học. Đáng chú ý, biểu hiện lâm sàng ở nhóm này thường không điển hình; tình trạng đau bụng có thể nhẹ hoặc không rõ ràng ở hơn 50% trường hợp, đồng thời các triệu chứng kinh điển như sốt hay tăng bạch cầu thường không rõ ràng. Thay vào đó, bệnh nhân có thể nhanh chóng rơi vào trạng thái rối loạn tri giác và sốc tiến triển. Về tiên lượng, các thang điểm truyền thống như Ranson, APACHE II hay BISAP đôi khi gặp hạn chế trong việc dự báo chính xác tử vong ở người già do sự khác biệt về mốc tuổi và dự trữ sinh lý. Do đó, việc kết hợp các dấu ấn sinh học mới (như IL-6, Procalcitonin) và đánh giá mức độ suy yếu (Clinical Frailty Scale - CFS) đang được khuyến nghị để phân tầng nguy cơ chính xác hơn. Chiến lược điều trị hiện đại nhấn mạnh vào việc hồi sức dịch sớm nhưng thận trọng để tránh quá tải tuần hoàn, cùng với việc can thiệp tối thiểu các biến chứng hoại tử và chú trọng dinh dưỡng đường ruột để cải thiện kết cục lâm sàng cho bệnh nhân.

Từ khoá: viêm tụy cấp, người cao tuổi, sỏi mật, các thang điểm đánh giá

TỔNG QUAN VỀ VIÊM TỤY CẤP

Viêm tụy xảy ra khi dịch tiêu hóa hoặc enzyme tự tấn công tuyến tụy, khiến tuyến tụy bị viêm sưng và đỏ. Viêm tụy được phân thành 2 loại: viêm tụy cấp hoặc viêm tụy mạn tính. Bình thường, các men tụy amylase, lipase, trypsin được tuyến tụy tiết để hỗ trợ tiêu hóa thức ăn. Ban đầu, các men được tiết ra dưới dạng không hoạt động, chỉ khi đến tá tràng, các enzyme này mới được hoạt hóa và có tác dụng. Tuy nhiên, một lý do nào đó làm các tế bào nang tuyến tụy tăng nhạy cảm đáp ứng với axit, cholecystokinin, acetylcholine, khiến các men này hoạt hóa ngay trong lòng ống tụy, chuyển thành dạng hoạt động, tấn công và phá hủy các mô của tuyến tụy, dẫn đến viêm tụy cấp¹.

Tỷ lệ mắc bệnh viêm tụy cấp toàn cầu đang gia tăng^{1,2}. Tỷ lệ này được báo cáo là 34/ 100.000 dân. Dân số người cao tuổi cũng ngày càng có sự gia tăng mắc bệnh viêm tụy cấp. Mặc dù Tổ chức Y tế Thế giới đã định nghĩa những người “cao tuổi” là những người trên 65 tuổi, nhưng trong các nghiên cứu về tỷ lệ phổ biến của viêm tụy cấp được công bố thì giới hạn độ

tuổi được sử dụng để xác định “người cao tuổi” rất đa dạng. Viêm tụy cấp đã được ghi nhận ở 52% số người ở độ tuổi > 55, khoảng 55,6% ở những người > 60 tuổi, từ 20,3% - 47,8% ở người có độ tuổi > 65, khoảng 35,8% - 50% là những người > 70 tuổi và từ 12% - 18% ở những người trên 80 tuổi³⁻¹⁴.

THAY ĐỔI CẤU TRÚC TUYẾN TỤY THEO TUỔI

Chẩn đoán có thể khó khăn do thay đổi cấu trúc cơ quan với sự lão hóa theo tuổi. Các ống dẫn tụy đã được báo cáo là giãn ra theo tuổi ở mức trung bình 8% mỗi 10 năm. Hastier và cộng sự báo cáo rằng chỉ có 31,4% (33 trong số 105) bệnh nhân trên 70 tuổi không có bệnh lý tuyến tụy có đường kính ống tụy chính trong giới hạn bình thường đã xác định. Ống tụy chính ở một số bệnh nhân cao tuổi có thể đạt đường kính 1 cm mà không có bằng chứng tắc nghẽn hoặc viêm tụy mạn tính trên lâm sàng. Sự giãn nở thường diễn ra âm thầm và đồng đều khắp tụy, không giống như sự giãn nở bán cấp, không đều thường thấy trong

Trích dẫn bài báo này: Vũ H, Hồng Xuyên N T. Tổng quan về viêm tụy cấp ở người cao tuổi và cập nhật trong điều trị. VNUHCM J. Health Sci. 2026; 7(1):964-976.

viêm tụy mạn tính. Ở một số bệnh nhân cao tuổi, giãn ống dẫn tuyến tụy có thể là dạng nang, giống nang giả tụy hoặc u dạng nang. Sỏi ống hoặc nhu mô có thể hình thành, không liên quan đến viêm tụy mạn tính. Trong một đánh giá của Nhật Bản về 130.000 ca siêu âm bụng không có triệu chứng cho thấy: 84% giãn ống tụy chính trong đó 87% là dạng nang và một nửa số sỏi hóa được coi là hoàn toàn liên quan đến tuổi tác, không liên quan đến bất kỳ bệnh lý nào¹⁵.

Trong một nghiên cứu khám nghiệm tử thi về chụp cắt lớp tụy ở 60 bệnh nhân cao tuổi không có tiền sử lâm sàng hoặc bằng chứng mô học của bệnh tuyến tụy, những thay đổi ống tụy chính dương tính giả phù hợp với những thay đổi của viêm tụy mạn tính đã được tìm thấy trong 81% trường hợp. Do đó, cần phải thận trọng khi diễn giải kết quả chụp CT-scan tụy vì những thay đổi lão hóa bình thường có thể giống với những thay đổi của viêm tụy mạn hoặc ung thư biểu mô tuyến tụy (Bảng 1). Đường kính của ống mật chủ tăng lên đến 10 mm cũng đã được báo cáo trong quá trình lão hóa, với mức độ bình thường sau khi cắt bỏ túi mật cao tới 14 mm. Ở mức độ tổng thể, tuyến tụy cũng bị teo theo tuổi. Khi một tuyến bị teo, hình ảnh chấm dứt ống dẫn đột ngột trên nội soi hoặc chụp cộng hưởng từ tụy có thể bị chẩn đoán nhầm là tắc nghẽn tại điểm đó¹⁵.

NGUYÊN NHÂN

Viêm tụy ở bệnh nhân cao tuổi thường là viêm tụy do sỏi mật (Bảng 2). Ở bệnh nhân cao tuổi, nguyên nhân của 75% các đợt viêm tụy cấp là bệnh lý đường mật. Các yếu tố góp phần có thể bao gồm tăng khả năng tạo sỏi của mật, tăng khả năng mật bị nhiễm trùng và tăng xu hướng hình thành sỏi mật.

Mặc dù sử dụng rượu quá mức là nguyên nhân phổ biến gây viêm tụy ở bệnh nhân trẻ tuổi, nhưng chỉ có 5% các đợt viêm tụy ở bệnh nhân cao tuổi là do lạm dụng rượu. Tuy nhiên, lạm dụng rượu là nguyên nhân phổ biến nhất của viêm tụy mạn tính, có thể biểu hiện như một đợt viêm tụy cấp không kèm theo suy giảm nội tiết hoặc ngoại tiết. Bởi vì việc sử dụng rượu không công khai là phổ biến, nên việc đánh giá định kỳ mọi bệnh nhân cao tuổi nên bao gồm các câu hỏi sàng lọc rượu được điều chỉnh theo độ tuổi.

Nguyên nhân chuyển hóa và thuốc gây viêm tụy cũng phải được đánh giá. Phụ nữ cao tuổi dùng liệu pháp thay thế hormone có nguy cơ bị viêm tụy tăng triglyceride máu, được cho là do sự giải phóng axit béo tự do từ triglycerid huyết thanh do hoạt động của lipase tuyến tụy. Viêm tụy thường không xảy ra cho đến khi mức Triglyceride trong huyết thanh lớn hơn 1000 mg/dL. Mức tăng Triglyceride rất cao cũng có

thể liên quan đến suy giáp và đái tháo đường. Tăng calci máu cũng hiếm khi gây ra viêm tụy, có thể do calci hoạt hóa trypsinogen thành dạng hoạt động là trypsin. Việc chẩn đoán viêm tụy do thuốc là một thách thức, đặc biệt là ở người cao tuổi dùng nhiều loại thuốc. Có khoảng 100 loại thuốc thường được sử dụng bởi người cao tuổi có khả năng liên quan. Một tiền sử kỹ lưỡng từ bệnh nhân và người chăm sóc là điều cần thiết¹⁶⁻¹⁸.

Mặc dù là một nguyên nhân hiếm gặp của viêm tụy, ung thư biểu mô tuyến tụy cũng phải được xem xét. Ung thư tuyến tụy, ung thư biểu mô tuyến ống, làm tắc nghẽn ống tụy chính, tạo ra tăng áp lực ống dẫn với rò rỉ men tụy vào nhu mô. Trong viêm tụy liên quan đến bệnh ác tính, hiệu ứng khối khu trú của khối u có thể bị che khuất trên CT scan bởi những thay đổi viêm lan tỏa.

Nhiễm trùng là nguyên nhân hiếm gặp của viêm tụy và bao gồm vi rút (quai bị, coxsackie, HIV, herpes simplex, viêm gan), vi khuẩn (*mycobacteria*, *mycoplasma*, *brucellosis*, *salmonella*), nấm (*aspergillus*, *candida*) và ký sinh trùng. Bệnh nhân cao tuổi nên được hỏi về việc đi du lịch nước ngoài vì nhiễm trùng có thể xảy ra. AIDS có liên quan đến việc tăng nguy cơ viêm tụy do tác dụng phụ của thuốc và tăng nguy cơ nhiễm trùng. Tăng amylase máu hoặc tăng lipase máu nhưng không liên quan đến bằng chứng viêm tụy cũng đã được ghi nhận ở 8-10% bệnh nhân AIDS không có triệu chứng. Tỷ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng của viêm tụy tăng lên ở những bệnh nhân bị sốc hoặc hạ huyết áp. Viêm tụy cấp sẽ trở nên nghiêm trọng hơn khi bù dịch không đủ, hạ huyết áp do thuốc hoặc thiếu máu cục bộ mạc treo từ trước, tất cả điều này lại phổ biến ở người cao tuổi.

Mặc dù đã được đánh giá đầy đủ, tuy nhiên vẫn có khoảng 10-30% bệnh nhân bị viêm tụy không rõ nguyên nhân hoặc vô căn. Đột biến gen đã được xác định liên quan trong một số trường hợp. Trong một nghiên cứu trên 18 bệnh nhân bị đột biến gen điều hòa xuyên màng xơ nang (CFTR) gây viêm tụy đã xác nhận có một đối tượng với độ tuổi khởi phát là 64 tuổi và một đối tượng khác là 75 tuổi. Những đột biến gen như vậy có thể đóng vai trò tạo điều kiện thuận lợi trong việc gây viêm tụy trong viêm tụy do rượu. Một tỷ lệ không xác định các trường hợp không xác định được nguyên nhân có thể là biểu hiện của bệnh đường mật tiềm ẩn (bao gồm bùn hoặc sỏi nhỏ), lạm dụng rượu không được báo cáo, nguyên nhân di truyền hoặc tự miễn chưa được kiểm tra¹⁵.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Chẩn đoán viêm tụy cấp ở người cao tuổi có thể khó khăn do không điển hình về biểu hiện lâm sàng và

Bảng 1: Các thay đổi của tuyến tụy và đường mật theo tuổi¹⁵

Tuyến tụy	Đường mật
Dãn ống mật chủ	Gia tăng độ hồi âm đường mật
Độ hồi âm nhu mô tăng	Gia tăng ứ đọng đường mật
Teo các tuyến	Giảm đáp ứng với CCK (cholecystokinin)
Sự hình thành các nang	Gia tăng đường kính ống mật chung
Gia tăng tỉ lệ vôi hóa, xơ hóa quanh tiểu thùy	Rối loạn trương lực cơ vòng Oddi
Chức năng ngoại tiết kém ổn định	

Bảng 2: Nguyên nhân của viêm tụy cấp¹⁵

Nguyên nhân	Dân số chung	Người cao tuổi
Sỏi mật	30-60%	55-75%
Rượu	10-49%	5-20%
Ung thư tụy	1%	1%
Vô căn	10-20%	25-30%
Khác (sau phẫu thuật, thuốc, chấn thương, do tăng Triglyceride, viêm tụy tự miễn, nhiễm trùng,...)	10-15%	10%

sự chông chéo của các bệnh đi kèm cùng tồn tại. Tình trạng đau bụng có thể không rõ hoặc đau nhẹ ở 53,7% trường hợp, có lẽ do các bệnh lý về dẫn truyền thần kinh, khả năng chịu đau cao hơn, hoặc xơ hóa quanh dây thần kinh do lão hóa². Sốt và tăng bạch cầu thường không xuất hiện, và có thể thấy rối loạn tri giác với tình trạng sốc tiến triển nhanh chóng. Người ta cũng ghi nhận tình trạng tăng creatinine huyết thanh, giảm nồng độ albumin, giảm hemoglobin huyết thanh cũng xuất hiện thường xuyên hơn ở người cao tuổi^{11,13}.

Hơn nữa, có thể khó phân biệt được về mặt lâm sàng giữa viêm tụy cấp với tình trạng bụng ngoại khoa khác mà có đặc điểm lâm sàng tương tự kèm theo tăng amylase huyết thanh như thiếu máu cục bộ mạc treo ruột, bệnh đường mật cấp tính và thủng dạ dày do loét. Vì những lý do đó, chụp cắt lớp vi tính bụng nên được thực hiện ở người cao tuổi khi nghi ngờ viêm tụy cấp¹⁹.

Ngoài ra, người cao tuổi (đặc biệt là những người trên 80 tuổi) thường dễ mắc viêm tụy cấp nặng và suy đa tạng hơn khi so với người trẻ^{3,7,8,10-12}. Ngược lại, một số các nghiên cứu đã báo cáo tần suất tương tự giữa người già và người trẻ về các biến chứng tại chỗ của viêm tụy cấp^{3,13}.

CẬN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN

Xét nghiệm

Trong viêm tụy cấp, các enzym tiêu hóa được bài tiết khỏi các tế bào nang vào khoảng kẽ, và sau đó vào máu. Tuy nhiên, sự gia tăng của amylase và lipase huyết thanh là không đặc hiệu, xảy ra ở nhiều bệnh lý không do tuyến tụy với các đặc điểm lâm sàng chông chéo. Mức độ tăng vừa phải (ít hơn 2 lần giới hạn trên của mức bình thường) đôi khi được báo cáo với sự lão hóa bình thường của tuyến tụy. Viêm tụy có thể không thể phân biệt về mặt lâm sàng với các tình trạng đau bụng cấp khác với các đặc điểm tương tự kèm tăng men tụy như thiếu máu cục bộ mạc treo với rò rỉ men amylase và lipase trong lòng ruột, bệnh tắc nghẽn đường mật cấp tính và thủng dạ dày tá tràng. Nồng độ amylase và lipase huyết thanh tăng còn được thấy trong suy thận (cao gấp 3-4 lần giới hạn trên của mức bình thường), nhiễm toan chuyển hóa, hạ huyết áp, giảm tưới máu tạng và chấn thương. Mặc dù độ đặc hiệu không cao nhưng sự gia tăng amylase và lipase trong huyết thanh là cơ sở để chẩn đoán viêm tụy trong bối cảnh lâm sàng thích hợp. Mức độ tăng men tụy không tương quan với mức độ nặng của bệnh; bệnh nhân chỉ tăng men tụy vừa phải (ít hơn 2 lần giới hạn trên của mức bình thường) cũng có thể tiến triển thành viêm tụy cấp nặng¹⁵.

Nồng độ amylase và lipase huyết thanh bình thường cũng không thể loại trừ viêm tụy cấp. Trong một nghiên cứu gần đây, amylase huyết thanh bình thường

đã được ghi nhận ở 67 trong số 352 (19%) trường hợp viêm tụy cấp được chẩn đoán bằng CT scan bụng cản quang. Sự gia tăng men tụy là thoáng qua, thường trở lại bình thường trong vòng hai hoặc 03 ngày sau khi bắt đầu một đợt viêm tụy. Chẩn đoán có thể sai nếu xét nghiệm men tụy được thực hiện sau khi men tụy đã trở về bình thường. Khoảng 1/3 số bệnh nhân viêm tụy do rượu sẽ có men tụy bình thường trong đợt cấp vì tụy không còn khả năng sản xuất amylase hoặc lipase. Viêm tụy tối cấp thường phổ biến hơn ở bệnh nhân cao tuổi, có thể liên quan đến sự phá hủy rộng rãi các tuyến, khiến nó không thể tiết ra men tụy^{9,15}.

Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm thường được chỉ định ở người cao tuổi để đánh giá sỏi mật. Tuy nhiên, siêu âm bụng không nhạy cảm để đánh giá sỏi ống mật chủ hoặc viêm tụy. Bất kỳ rối loạn viêm cấp tính nào ở bụng đều có thể liên quan đến tắc ruột cơ năng hoặc quá nhiều hơi trong ruột, có khả năng che khuất cả tuyến tụy và đường mật, do đó hạn chế hình ảnh bằng siêu âm. Ở người cao tuổi do tỷ lệ mắc viêm tụy do sỏi mật cao và độ nhạy kém của CT scan đối với sỏi mật làm cho siêu âm trở nên hữu ích sau khi điều trị lâm sàng hoặc được xem là phương pháp chẩn đoán hình ảnh ban đầu trong các trường hợp nhẹ, không biến chứng. Chụp CT vùng bụng và vùng chậu có tiêm thuốc cản quang là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán viêm tụy cấp không xâm lấn nhưng không phải lúc nào cũng thực hiện trong mọi trường hợp. CT được chỉ định cho những trường hợp sau: (1) để xác nhận dấu hiệu nặng trên lâm sàng; (2) để loại trừ các chẩn đoán phân biệt khác ở bụng; (3) khi chẩn đoán không chắc chắn; (4) để đánh giá các biến chứng hoặc hoại tử tụy trong các giai đoạn tối cấp; (5) khi không có sự cải thiện nào trong 48 giờ đầu tiên hoặc (6) để kiểm tra đánh giá lại khi tình trạng lâm sàng chuyển xấu đột ngột. Độ thanh thải creatinin giảm dần theo tuổi và tình trạng bệnh thận mạn ở người cao tuổi do các bệnh lý nền khác luôn phải được đánh giá vì nguy cơ bệnh thận do thuốc cản quang¹⁵.

Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) phải được xem xét khi nghi ngờ viêm đường mật trên lâm sàng hoặc có bằng chứng sinh hóa về tắc nghẽn ống mật chủ, giãn ống mật hoặc sỏi ống mật chủ trên chẩn đoán hình ảnh. Chụp cộng hưởng từ mật tụy (MRCP) là một phương pháp mới hơn, không xâm lấn để khảo sát hình ảnh ống tụy và đường mật. Độ chính xác của MRCP tương đương như ERCP, nhưng MRCP không có khả năng điều trị như ERCP để loại bỏ sỏi ống mật chủ ở bệnh nhân viêm tụy hoặc nhiễm trùng đường mật. MRCP là phương pháp ít xâm lấn hơn, được ưa

thích hơn ở những bệnh nhân suy nhược và ở những người có xác suất lâm sàng thấp về sỏi ống mật chủ khi có chỉ định khảo sát về hình ảnh ống mật chủ. Bệnh nhân có khả năng có sỏi cao nên được xem xét thực hiện ERCP. Những bất thường về giải phẫu do sự lão hóa bình thường của tuyến tụy và hệ thống mật, bao gồm cả sự giãn nở của ống mật chủ nên được đánh giá khi diễn giải các kết quả chẩn đoán hình ảnh¹⁵.

Nội soi siêu âm (Endoscopic ultrasound – EUS) ngày càng được xem là phương tiện chẩn đoán có giá trị cao trong những trường hợp viêm tụy cấp biểu hiện nhẹ/không điển hình, hoặc viêm tụy vô căn sau khi đã khảo sát bằng siêu âm bụng, CT và/hoặc MRCP nhưng chưa xác định rõ nguyên nhân. EUS cho phép quan sát chi tiết nhu mô tụy, ống tụy và vùng bóng Vater nhờ đầu dò đặt sát cơ quan, do đó có độ nhạy tốt hơn trong phát hiện microlithiasis/bùn mật, sỏi nhỏ ống mật chủ, bất thường vùng bóng Vater, cũng như dấu hiệu sớm của viêm tụy mạn giai đoạn đầu – những yếu tố có thể bị bỏ sót trên CT hoặc MRCP. Đồng thời, EUS cũng hữu ích trong đánh giá tổn thương dạng khối (u tụy nhỏ) trong bối cảnh người cao tuổi có nguy cơ nền cao hơn đối với tân sinh tụy và biểu hiện lâm sàng dễ che lấp bởi bệnh đồng mắc²⁰. Do vậy EUS có thể được cân nhắc sớm hơn khi: cơn viêm tụy cấp tái phát, viêm tụy cấp không rõ nguyên nhân sau đánh giá tiêu chuẩn, nghi ngờ sỏi nhỏ/bùn mật nhưng siêu âm bụng không đủ bằng chứng, hoặc có dấu hiệu gợi ý tắc nghẽn đoạn xa đường mật/ống tụy mà CT/MRCP chưa làm rõ²⁰.

ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG CỦA VIÊM TỤY CẤP

Phân loại mức độ nặng của viêm tụy cấp là cần thiết để xác định bệnh nhân nào cần điều trị tích cực sớm và chuyển đến các trung tâm chuyên khoa và đơn vị chăm sóc đặc biệt²¹. Trước đây có nhiều thang điểm tiên lượng đã được sử dụng nhưng hiện nay phân loại theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi là được sử dụng nhiều nhất. Cách phân loại này phân chia bệnh nhân theo sự hiện diện của các biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân và sự tồn tại của suy đa cơ quan. Hầu hết các thang điểm tiên lượng này đều không thực tế vì chúng công kênh¹.

Ngoài ra, độ tin cậy việc sử dụng các thang điểm này ở bệnh nhân cao tuổi bị hạn chế vì điểm số bao gồm tuổi tác nhưng mốc giới hạn tuổi lại khác nhau tùy thang điểm. Ví dụ: tiêu chí Ranson và Điểm Glasgow sửa đổi sử dụng giới hạn độ tuổi >55 tuổi, thang điểm APACHE II sử dụng mốc > 45 tuổi, thang điểm BISAP sử dụng giới hạn > 60 tuổi, thang điểm SAP score (Simplified Acute Physiology score) sử dụng mốc >

40 tuổi, và thang điểm JSS (Japanese Severity Score) sử dụng mốc tuổi > 70. Sự thiếu đồng nhất về độ tuổi của các điểm số này gây khó khăn cho việc giải thích kết quả theo định nghĩa của “bệnh nhân cao tuổi”. Hơn nữa, việc áp dụng những thang đo này đã gây tranh cãi kết quả ở bệnh nhân cao tuổi. Trong một nghiên cứu với 169 bệnh nhân mắc viêm tụy cấp nặng cho thấy: điểm APACHE II và Ranson ở người cao tuổi lại cao hơn đáng kể so với bệnh nhân trẻ tuổi¹.

Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong chỉ tương quan với mức độ nặng của viêm tụy cấp, các bệnh đi kèm và tỷ lệ mắc rối loạn chức năng đa cơ quan³. Trong nghiên cứu với 90 bệnh nhân cao tuổi bị viêm tụy cấp cho thấy điểm số theo phân loại Atlanta sửa đổi và điểm Ranson cao hơn so với bệnh nhân trẻ tuổi nhưng không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong hoặc biến chứng tại chỗ. Chỉ có điểm Ranson là liên quan đến mức độ nghiêm trọng của viêm tụy cấp²² (Bảng 3). Trong nghiên cứu khác với 550 bệnh nhân, điểm BISAP và Ranson có liên quan đến mức độ nặng của viêm tụy cấp. Tuy nhiên, chỉ BISAP có liên quan độc lập với tỷ lệ tử vong⁸ (Bảng 4)

Ngược lại, một nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ tử vong cao hơn ở bệnh nhân viêm tụy cấp lớn hơn 80 tuổi nhưng không tìm thấy mối tương quan với điểm số Glasgow sửa đổi⁵. Chỉ số bệnh đi kèm Charlson (Charlson Comorbidity Index - CCI) là một thang đo có tính chất tiên lượng các bệnh đi kèm để dự đoán tỷ lệ tử vong ngắn hạn và dài hạn ở người lớn tuổi bị bệnh nặng phải nhập viện²³. Trong 1 nghiên cứu với 212 bệnh nhân bị viêm tụy cấp do sỏi đường mật, bệnh nhân cao tuổi có điểm CCI cao hơn khi nhập viện. Tuy nhiên, không có sự khác biệt về lâm sàng và mức độ nặng trên X quang của viêm tụy cấp hoặc tỷ lệ tử vong nội viện trong 90 ngày⁹. Cuối cùng, trong một nghiên cứu khác với 227 bệnh nhân mắc bệnh viêm tụy cấp đã cho thấy rằng, thang điểm APACHE II không dự đoán chính xác được tỷ lệ tử vong ở 85 bệnh nhân viêm tụy cấp > 65 tuổi⁶. Vì vậy, hiện tại không có một thang điểm lý tưởng nào để đánh giá mức độ nghiêm trọng ở bệnh nhân cao tuổi bị viêm tụy cấp trong thực hành lâm sàng, đặc biệt đối với dự đoán tử vong. Việc sử dụng một sự kết hợp của 2 hoặc nhiều thang điểm bao gồm điểm chụp cắt lớp vi tính có thể giúp cải thiện kết quả¹.

Bên cạnh men tụy và các thang điểm lâm sàng, một số dấu ấn sinh học được nghiên cứu nhằm dự báo sớm viêm tụy cấp nặng ngay trong 24–48 giờ đầu, từ đó hỗ trợ quyết định theo dõi tích cực/ICU ở nhóm người cao tuổi. Trong đó, IL-6 là cytokine tiền viêm tăng sớm và có liên quan khả năng dự báo mức độ nặng; các tổng quan gần đây cho thấy IL-6 có tiềm năng như

một chỉ dấu sớm giúp nhận diện nguy cơ viêm tụy cấp nặng²⁴.

Procalcitonin (PCT) cũng được quan tâm như dấu ấn phản ánh đáp ứng viêm/nhiễm trùng, đặc biệt hữu ích khi nghi ngờ hoại tử nhiễm trùng hoặc diễn tiến nặng; một phân tích gộp (tổng hợp các nghiên cứu tiền cứu) cho thấy PCT có giá trị chẩn đoán nhất định đối với viêm tụy cấp nặng (tùy ngưỡng cắt và thời điểm lấy mẫu)²⁵.

Ngoài ra, trypsinogen-2 niệu dưới dạng test nhanh tại giường được báo cáo có độ nhạy/đặc hiệu tốt trong chẩn đoán viêm tụy cấp và có thể hỗ trợ sàng lọc sớm tại khoa cấp cứu, nhất là khi biểu hiện lâm sàng không điển hình ở người cao tuổi²⁶.

Các biomarker này nên được xem như công cụ bổ trợ, kết hợp với đánh giá lâm sàng, hình ảnh học và thang điểm (BISAP/Atlanta sửa đổi), thay vì thay thế hoàn toàn các hệ thống phân tầng nguy cơ hiện hành²⁷.

CT scan tiêm thuốc cản quang đánh giá mức độ nghiêm trọng bằng cách cho thấy mô hoại tử không ngấm thuốc, phù nề mô tụy và tụ dịch. Hệ thống phân loại CT của Balthazar sử dụng CT có cản quang, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao để phân loại giai đoạn. Việc sử dụng CT có cản quang trong phân tầng nguy cơ của bệnh nhân cao tuổi được khuyến cáo rộng rãi. CT là tiêu chuẩn vàng hiện nay để phân biệt viêm tụy phù nề mô kẽ với viêm tụy hoại tử bằng cách chứng minh mô hoại tử không ngấm thuốc cản quang. Bệnh nhân viêm tụy được phân loại từ A đến E được cho điểm từ 0-4 dựa trên sự gia tăng bất thường trên CT. Các đợt viêm tụy được phân loại D hoặc E có tỷ lệ tử vong được báo cáo là 14%, trong khi phân loại độ A, B hoặc C có tỷ lệ tử vong thấp khoảng 4%. Trong một phiên bản sửa đổi khác của thang điểm dựa vào CT, tỷ lệ phần trăm nhu mô tụy bị hoại tử được gán một giá trị số bổ sung, với 2 điểm cho hoại tử lên đến 30% tuyến tụy, 4 điểm cho hoại tử 30-50% và 6 điểm cho hoại tử lớn hơn 50%. Balthazar và cộng sự²⁸ đã báo cáo rằng số điểm 7-10 điểm có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh là 92% và tỷ lệ tử vong là 17%. Một ví dụ về chỉ số mức độ nghiêm trọng của CT, một bệnh nhân bị viêm tụy cấp độ D sẽ được tính 3 điểm. Nếu cá nhân này có hoại tử 30-50% nhu mô tụy được ghi nhận trên CT, thì sẽ đánh giá thêm 4 điểm, cho tổng điểm là 7. Tuy nhiên, các bác sĩ lâm sàng nên được khuyến cáo rằng chụp CT bình thường ở bệnh nhân cao tuổi với nghi ngờ viêm tụy cũng có thể phản ánh nguyên nhân đau không do tụy, chẳng hạn như thiếu máu cục bộ mạc treo với sự rò rỉ amylase hoặc lipase trong lòng ruột vào huyết thanh¹⁵.

Bảng 3: Tiêu chuẩn Ranson ¹⁷

Khi nhập viện	Trong 48 giờ đầu
Tuổi > 55	Giảm Hct < 10%
Bạch cầu > 16.000/ mm ³	Ure > 5mg/dl
LDH > 350 UI/L	Calci máu < 2 mmo/l
Glucose > 11.1 mmol/l	PaO ₂ ≤ 60 mmHg
AST > 250 UI/L	Thiếu hụt base > 4 mEq/l
	Ước lượng dịch mất > 6 lít
Tổng điểm: 0-2 điểm: tử vong 2%	
3-4 điểm: tử vong 15%,	
5-6 điểm: tử vong 40%,	
7-8 điểm: tử vong 100%	

Bảng 4: Thang điểm BISAP ¹⁷

Yếu tố tiên lượng	Điểm
BUN > 25 mg/dL (8,9 mmol/L)	1
Rối loạn tri giác, Glasgow <15 điểm	1
Bảng chứng về SIRS (hội chứng đáp ứng viêm toàn thân)	1
Bệnh nhân > 60 tuổi	1
Chẩn đoán hình ảnh cho thấy tràn dịch màng phổi	1
Tổng điểm: 0 - 2 Điểm: Tỷ lệ tử vong thấp (< 2 %)	
3 - 5 Điểm: Tỷ lệ tử vong cao (> 15 %)	

Thang điểm Atlanta sửa đổi

Hệ thống phân loại Atlanta được phát triển tại một hội nghị đồng thuận năm 1992 để thiết lập các định nghĩa tiêu chuẩn cho việc phân loại viêm tụy cấp. Phân loại Atlanta cung cấp một hệ thống chi tiết nhấn mạnh mức độ nặng của bệnh và bao gồm các định nghĩa toàn diện về tuyến tụy và quanh tụy. Theo Tiêu chí Atlanta đã sửa đổi, việc chẩn đoán viêm tụy cấp cần có hai trong ba đặc điểm sau: (1) đau bụng cấp kiểu tụy; (2) nồng độ lipase huyết thanh (hoặc amylase) lớn hơn ít nhất ba lần so với giới hạn trên của mức bình thường; hoặc (3) các dấu hiệu đặc trưng của viêm tụy cấp trên chụp cắt lớp vi tính có cản quang.

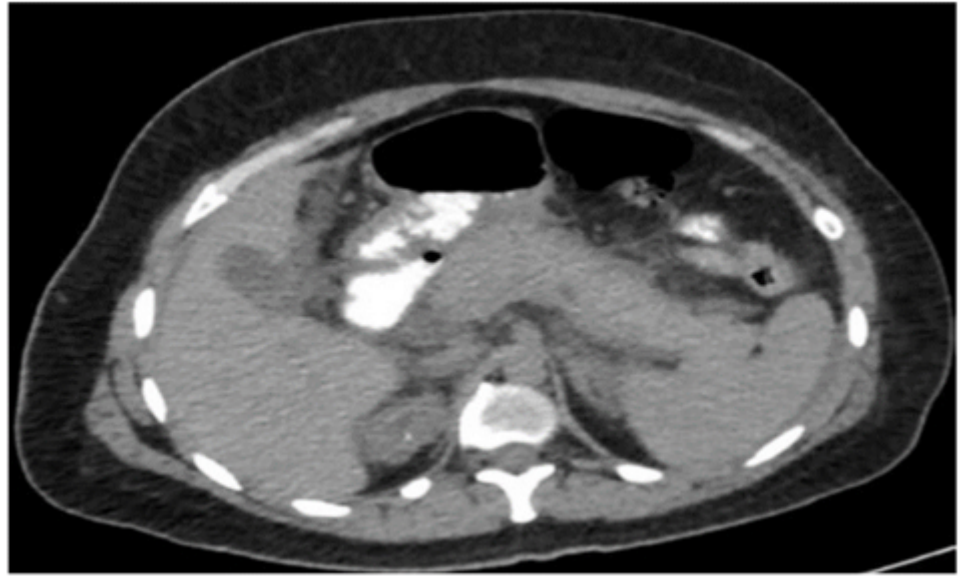
Ngoài ra, dựa trên tiêu chuẩn CT có cản quang, viêm tụy cấp được chia làm 2 loại rõ rệt: viêm tụy cấp phù nề và viêm tụy hoại tử cấp tính (**Hình 1 và Hình 2**). Viêm tụy hoại tử cấp tính là được chia tiếp thành hoại tử nhu mô tụy, hoại tử quanh tụy hoặc kết hợp cả hai. Các biến chứng tại chỗ được đề cập là sự hiện diện của tụ dịch quanh tụy được phân loại là tụ dịch quanh tụy cấp tính, nang giả tụy, hoại tử cấp tính và vách hóa vùng hoại tử. Các biến chứng toàn thân được định nghĩa là tình trạng trầm trọng thêm của bệnh đi kèm từ trước như là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh thận mạn tính, suy tim sung huyết và gan mạn tính bệnh. Suy cơ quan được xác định dựa trên thang điểm

Marshall sửa đổi, trong thang điểm này hệ thống đánh giá rối loạn chức năng của 3 hệ cơ quan chính là hô hấp, thận và tim mạch dựa trên tỷ lệ PaO₂/FiO₂, creatinine huyết thanh và huyết áp tâm thu tương ứng. Mỗi hệ thống cơ quan được cho điểm từ 0 đến 4 dựa trên mức độ rối loạn chức năng (**Bảng 5**). Theo Tiêu chí Atlanta sửa đổi, viêm tụy cấp nhẹ được định nghĩa là không có suy nội tạng và các biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân. Viêm tụy cấp trung bình- nặng được đặc trưng bởi suy cơ quan thoáng qua (kéo dài dưới 48 giờ) và/hoặc các biến chứng tại chỗ hoặc toàn thân. Viêm tụy cấp nặng có liên quan đến suy cơ quan dai dẳng (> 48 giờ) với một hoặc nhiều cơ quan ²⁹.

Tiên lượng

Ở người cao tuổi, tuổi sinh học không phản ánh đầy đủ dự trữ sinh lý và khả năng hồi phục. Clinical Frailty Scale (CFS) được đề xuất như một lớp thông tin bổ sung cho các thang điểm viêm tụy (BISAP/Atlanta...), hỗ trợ dự báo tử vong, biến chứng và nhu cầu chăm sóc tích cực. Các nghiên cứu gần đây nhấn mạnh frailty là yếu tố liên quan kết cục xấu hơn trong bệnh cảnh viêm tụy cấp, và khuyến nghị tích hợp đánh giá frailty vào chiến lược phân tầng nguy cơ ³⁰.

Clinical Frailty Scale là công cụ đơn giản, có thể áp dụng nhanh tại giường để định lượng mức độ dễ tổn



Hình 1: Viêm tụy cấp thể phù nề mô kẽ⁴



Hình 2: Viêm tụy hoại tử⁴

Bảng 5: Thang điểm suy tạng Marshall sửa đổi⁴

Hệ thống cơ quan	Điểm: 0	Điểm 1	Điểm 2	Điểm 3	Điểm 4
Tim mạch (huyết áp tâm thu) †	> 90 mmHg	< 90 mmHg (đáp ứng dịch)	< 90 mmHg (không đáp ứng dịch)	< 90 mmHg (pH < 7.3)	< 90 mmHg (pH < 7.2)
Thận (creatinine huyết thanh) ‡	< 1.4 mg/dL (≤ 134 micromol/L)	1,4-1,8 mg/dL (134-169 micromol/L)	1,9-3,6 mg/dL (170-310 micromol/L)	3,6-4,9 mg/dL (311-439 micromol/L)	> 4.9 mg/dL (> 439 micromol/L)
Hô hấp (PaO ₂ /FiO ₂) §	> 400 mmHg	301-400 mmHg	201-300 mmHg	101-200 mmHg	≤ 101 mmHg

* Điểm từ 2 trở lên trong bất kỳ hệ thống cơ quan nào cho thấy suy tạng.
 †Dùng hỗ trợ tăng co bóp.
 ‡Điểm cho bệnh nhân có bệnh thận mạn tính có từ trước phụ thuộc vào mức độ suy giảm thêm của chức năng thận ở lần khám ban đầu. Không có hiệu chỉnh chính thức đối với creatinine huyết thanh ở lần khám ban đầu ≥ 1,5 mg/dL (≥ 134 micromol/L).
 §PaO₂ theo mm Hg; FiO₂ phân suất oxy trong khí hít vào theo số thập phân (ví dụ, 0,5, thay vì 50%).
 Đối với bệnh nhân không được thông khí, có thể ước tính FiO₂ từ những phần sau:
 Bổ sung oxy: FiO₂ (phần thập phân)
 Khí phòng: 0,21 2 L/phút: 0,25 4 L/phút: 0,3 6-8 L/phút: 0,4 9-10 L/phút: 0,5

thương của người cao tuổi; đã có nghiên cứu ghi nhận việc thu thập CFS khi nhập viện ở nhóm người cao tuổi mắc viêm tụy cấp và đề xuất vai trò của frailty trong dự báo kết cục³¹.

TỶ LỆ TỬ VONG CỦA VIÊM TỤY CẤP Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Tỷ lệ tử vong toàn cầu của bệnh nhân mắc viêm tụy cấp được ước tính là 2%–5%. Nhiều nghiên cứu đã báo cáo rằng tỷ lệ tử vong sẽ gia tăng theo tuổi tác. Trong một phân tích tổng hợp trên 194.702 bệnh nhân mắc viêm tụy cấp, cho thấy tỷ lệ tử vong là một đường tuyến tính liên tục tăng 0,08%/năm ở độ tuổi từ 20 đến 59 và tăng lên 0,76% /năm ở độ tuổi từ 59 đến 70, tương ứng với mức tăng gần 9 lần²². Một số nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu báo cáo tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân cao tuổi mắc viêm tụy cấp đã được công bố, mặc dù điểm giới hạn về độ tuổi được sử dụng trong các nghiên cứu này cho định nghĩa về người cao tuổi rất đa dạng, nhưng kết quả cho thấy có sự gia tăng tỷ lệ tử vong ở người già so với các đối tượng trẻ hơn³. Các nghiên cứu sử dụng điểm cắt ở độ tuổi > 65 tuổi cho thấy tỷ lệ tử vong từ 2% đến 9,6%, những bệnh nhân > 70 tuổi thì tỉ lệ tử vong từ 3% đến 21% và những bệnh nhân > 80 tuổi thì tỷ lệ tử vong lên tới 55%. Trong hầu hết các nghiên cứu này thì cao tuổi^{8,12,14}, bệnh đi kèm^{3,8}, độ nặng của viêm tụy cấp^{8,12,14} và suy cơ quan³² là các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến tử vong. Những người > 80 tuổi có tần suất viêm tụy cấp

nặng cao hơn và có liên quan đáng kể đến nguy cơ tử vong cao hơn^{7,10,13}.

NGUYÊN NHÂN VIÊM TỤY CẤP NẶNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Một số giả thuyết đã được đưa ra để giải thích nguyên nhân gây ra tình trạng của viêm tụy cấp nặng ở người già. Một trạng thái tiền viêm tồn tại từ trước, gây ra sự kích hoạt khả năng miễn dịch bẩm sinh và sự điều hòa của hệ thống thần kinh tự chủ adrenergic đã được quan sát thấy ở động vật già và con người. Nó đã chứng minh việc sản xuất các cytokine (interleukin-6, interleukin-8 và TNFα) ở bệnh nhân cao tuổi góp phần gây ra tình trạng nhiễm trùng cao hơn khi so sánh với bệnh nhân trẻ tuổi³³. Những phát hiện này ủng hộ khái niệm rằng lão hóa làm suy yếu hệ thống miễn dịch và thúc đẩy quá trình viêm. Điều này có thể làm phát sinh các biến chứng tại chỗ trầm trọng hơn do suy đa cơ quan và do tình trạng tiền viêm tạo điều kiện thuận lợi. Cuối cùng tình trạng vi khuẩn chuyển vị có thể gia tăng ở người cao tuổi do tổn thương hàng rào mao mạch ruột. Điều này có thể kéo dài phản ứng viêm toàn thân và kích hoạt bạch cầu đa nhân. Ngoài ra, do ở người cao tuổi có tình trạng giảm các gen thúc đẩy sản xuất các protein nối giữa tế bào ruột như constcludin, zonula occludens-1 và phân tử kết dính mối nối-A cộng với sự biểu hiện quá mức của COX-2 trong đường ruột từ đó làm tăng tính thấm đường ruột¹.

ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị

Mục tiêu chính của điều trị nội khoa viêm tụy cấp bao gồm việc ngăn ngừa và kiểm soát các biến chứng tại chỗ và biến chứng hệ thống. Nên theo dõi sát các bệnh nhân cao tuổi trong giai đoạn đầu của viêm tụy cấp thậm chí khi không có dấu hiệu bệnh nặng¹.

Bù dịch điện giải

Không có sự đồng thuận về một phác đồ bồi hoàn dịch được sử dụng trong bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt là tốc độ, thể tích và loại dịch truyền tối ưu để tránh quá tải. Lượng dịch ban đầu là một vấn đề ở bệnh nhân cao tuổi vì họ cần huyết áp tâm thu cao hơn để được tưới máu đầy đủ do xơ cứng động mạch; do đó, họ có thể có các mục tiêu bù dịch khác nhau¹.

Ở người cao tuổi, bù dịch có kiểm soát và theo dõi động học cần cân bằng giữa nguy cơ giảm tưới máu tụy và nguy cơ quá tải tuần hoàn (suy tim, bệnh thận mạn). Các khuyến cáo hiện đại nhấn mạnh **bù dịch có đánh giá đáp ứng** với theo dõi sát chỉ số huyết động và tưới máu mô, thay vì chiến lược bù dịch tích cực thường quy. AGA gợi ý áp dụng goal-directed therapy trong xử trí dịch truyền ở viêm tụy cấp³⁴. Đặc biệt, thử nghiệm WATERFALL 2022 cho thấy chiến lược **bù dịch sớm quá tích cực** làm tăng biến cố **quá tải dịch** mà không cải thiện kết cục chính, củng cố quan điểm cần cá thể hóa tốc độ/khối lượng dịch và đánh giá đáp ứng thường xuyên³⁵.

Trong nhóm nguy cơ cao (đa bệnh đồng mắc, có dấu suy tuần hoàn/suy cơ quan), có thể theo dõi **lactate máu**, BUN/hematocrit, lượng nước tiểu, và các dấu hiệu quá tải. Ở bệnh nhân điều trị tại ICU, theo dõi huyết động xâm lấn/ít xâm lấn (ví dụ đo CVP hoặc các chỉ số động học dịch phù hợp bối cảnh) có thể giúp tối ưu hóa bù dịch và hạn chế biến chứng do quá tải²⁷.

Ngoài ra, do bệnh nhân cao tuổi có thể ít có khả năng chịu đựng sự thay đổi thể tích nội mạch nhưng việc không cung cấp đủ dịch có thể làm tăng tổn thương tụy liên quan đến thiếu máu cục bộ. Vì vậy, các bác sĩ lâm sàng phải lưu ý rằng ở người cao tuổi, thiếu niệu có thể do sự phát triển của hoại tử ống cấp tính hơn là do giảm thể tích tuần hoàn. Trong trường hợp này, bù dịch tích cực có thể dẫn đến phù phổi và phù ngoại biên mà không cải thiện chức năng thận hoặc lượng nước tiểu¹⁵.

Dinh dưỡng

Phần lớn bệnh nhân cần được chăm sóc hỗ trợ khi nhập viện bao gồm truyền dịch qua đường tĩnh mạch và không cho ăn qua đường miệng. Hầu hết các bệnh nhân viêm tụy cấp nhẹ có thể bắt đầu cho ăn lại khi

các dấu hiệu viêm nhiễm trên lâm sàng và xét nghiệm giảm dần¹⁵.

Bệnh nhân cao tuổi bị viêm tụy cấp nên được xem như có nguy cơ suy dinh dưỡng ở mức trung bình đến cao do tính chất dị hóa của bệnh và do ảnh hưởng của tình trạng suy dinh dưỡng đến kết cục lâm sàng. Suy dinh dưỡng sẽ dẫn đến tình trạng suy giảm miễn dịch, tạo điều kiện cho sự phát triển của suy đa cơ quan nhất là trong những trường hợp viêm tụy cấp nặng. Trong viêm tụy cấp nặng, dinh dưỡng qua đường ruột được khuyến khích để ngăn ngừa các biến chứng nhiễm trùng. Các axit amin hoặc peptide chuỗi ngắn được khuyến cáo sử dụng cho bệnh nhân có sự suy giảm chức năng của đường tiêu hóa. Trong một nghiên cứu với 263 bệnh nhân cao tuổi mắc viêm tụy cấp, dinh dưỡng qua đường ruột có liên quan đến tần suất nhiễm trùng, can thiệp phẫu thuật và số ngày nằm viện thấp hơn²⁸.

Dữ liệu gần đây cho thấy dinh dưỡng qua đường ruột được ưu tiên hơn so với dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch toàn phần ở những bệnh nhân không có tắc ruột, những người không thể dung nạp thức ăn qua đường miệng trong một thời gian dài. Việc cung cấp chất dinh dưỡng trực tiếp vào đoạn hồng tràng xa ảnh hưởng tối thiểu đến sự bài tiết của tuyến tụy so với việc cho ăn nhiều hơn ở đoạn gần tụy. Cho ăn qua đường mũi-hồng tràng có thể cải thiện chức năng đường ruột bị tổn thương, tăng lưu lượng máu, tăng cường chức năng miễn dịch và tổng hợp protein. So với dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch, dinh dưỡng hồng tràng có thể củng cố tính toàn vẹn của niêm mạc ruột như một rào cản đối với sự di chuyển của vi khuẩn và nhiễm trùng tuyến tụy sau đó đồng thời tránh các biến chứng liên quan đến dây dịch truyền của dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Dinh dưỡng qua đường ruột có thể làm giảm tính thấm của ruột đối với các cytokine và nội độc tố, làm giảm phản ứng viêm toàn thân đi kèm với viêm tụy nặng. Một đánh giá gần đây của Cochrane cho thấy xu hướng giảm tỷ lệ chuyển nặng ở bệnh nhân viêm tụy với chế độ ăn giàu protein, ít chất béo thông qua đặt ống nuôi dưỡng qua đường mũi-hồng tràng¹⁵.

Dinh dưỡng sớm theo khuyến cáo ESPEN (24–72 giờ đầu) trong viêm tụy nhấn mạnh **ưu tiên nuôi dưỡng qua đường ruột** khi có thể, đặc biệt ở viêm tụy cấp nặng/hoại tử, nhằm giảm biến chứng nhiễm trùng và hỗ trợ hàng rào ruột. ESPEN nêu định hướng **khởi động dinh dưỡng qua đường ruột sớm**, thường **trong 24–72 giờ** sau nhập viện (tùy mức độ dung nạp và tình trạng lâm sàng), thay vì trì hoãn kéo dài hoặc phụ thuộc hoàn toàn vào dinh dưỡng tĩnh mạch³⁶.

Ở người cao tuổi, do nguy cơ suy dinh dưỡng và sarcopenia cao, việc đánh giá nguy cơ dinh dưỡng sớm,

lựa chọn đường nuôi ăn (dạ dày/ruột non) và chiến lược tăng dần năng lượng cần được cá thể hóa. Trong trường hợp không thể ăn đường miệng, có thể cân nhắc **chế độ nuôi ăn qua mũi-hởng tràng/ruột non** để hạn chế kích thích tụy và tối ưu dung nạp, nhất là khi có nôn ói, liệt ruột hoặc nguy cơ hít sặc cao³⁶.

Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch chỉ nên được thực hiện khi dinh dưỡng qua đường ruột không có sẵn, không dung nạp được, hoặc không đáp ứng được nhu cầu calo¹.

Giảm đau

Cho đến nay, không có hạn chế trong việc dùng thuốc giảm đau ở người già. Tuy nhiên, nên tránh dùng thuốc chống viêm không steroid khi có tổn thương thận cấp tính¹.

Kháng sinh dự phòng

Nhìn chung, mặc dù kháng sinh dự phòng không được khuyến cáo ở bệnh nhân viêm tụy cấp nhưng không có bằng chứng nào cho thấy chúng không hữu ích ở bệnh nhân cao tuổi. Hiện tại, kháng sinh dự phòng chỉ có thể được sử dụng trong những trường hợp được chỉ định cẩn thận¹.

Hiện nay chưa có sự chấp nhận điều trị sự chuyển vị của vi khuẩn ở bệnh nhân viêm tụy cấp lớn tuổi. Phương pháp rửa phúc mạc đã được sử dụng trong viêm tụy cấp nặng nhằm làm giảm nồng độ các cytokine gây viêm trong huyết tương và giúp giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ biến chứng. Tuy nhiên, cần nhiều nghiên cứu hơn để xác định vai trò rõ ràng của nó²⁹.

Viêm tụy hoại tử nhiễm trùng

Bệnh nhân viêm tụy hoại tử có các chỉ số tiên lượng xấu nên được điều trị trong ICU, dựa trên sự phân tầng sớm về mức độ nặng của viêm tụy. Nhiễm trùng tụy tương quan với viêm tụy hoại tử và thường được biểu hiện bằng sốt, tăng bạch cầu hoặc suy cơ quan sau tuần đầu tiên của bệnh. Hoại tử nhiễm trùng cần phải được đánh giá ở những bệnh nhân bị sốt, tăng bạch cầu hoặc suy cơ quan từ 7 đến 10 ngày sau khi khởi phát viêm tụy cấp. Các khuyến cáo hiện tại bao gồm sử dụng kháng sinh dự phòng trong trường hợp viêm tụy tối cấp có hoại tử, ít nhất là cho đến khi chọc hút hoại tử tụy bằng kim dưới hướng dẫn của CT và không có bằng chứng về nhiễm trùng ngoài tụy. Dữ liệu tổng hợp từ bốn thử nghiệm ngẫu nhiên, có kiểm soát gần đây cho thấy kháng sinh tiêm tĩnh mạch, đặc biệt là imipenem, làm giảm nhiễm trùng tụy (tỷ số chênh OR = 0,51; p = 0,04) và có tác dụng có lợi đối với tỷ lệ tử vong (OR = 0,32; p = 0,02)¹⁵.

Điều trị viêm tụy cấp do sỏi mật

Vì sỏi mật là nguyên nhân thường gặp nhất gây ra viêm tụy cấp ở bệnh nhân cao tuổi nên phải áp dụng biện pháp điều trị thật thận trọng. Dù vậy, rất khó để áp dụng một chiến lược chung ở những bệnh nhân này vì họ có nhiều bệnh đi kèm và bệnh thường nặng hơn. Ngoài ra, có rất ít công trình nghiên cứu được công bố về vấn đề này. Trong viêm tụy do sỏi mật, hầu hết các chuyên gia đều khuyến cáo điều trị dự phòng cắt túi mật trong cùng thời gian nằm viện vì nguy cơ tái phát các đợt viêm tụy cấp. Tuy nhiên, thời điểm phẫu thuật phải được thực hiện tùy theo từng trường hợp, có tính đến tình trạng lâm sàng; số lượng, loại bệnh và mức độ nghiêm trọng của bệnh đi kèm; mức độ nặng của viêm tụy cấp; và sự hiện diện của các biến chứng toàn thân và tại chỗ. Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) với phẫu thuật cắt cơ thắt có thể được sử dụng cho bệnh nhân bị viêm đường mật, sỏi ống mật dai dẳng và tắc nghẽn đường mật với tình trạng lâm sàng xấu đi. Trong một nghiên cứu với 40 bệnh nhân > 80 tuổi mắc viêm tụy cấp nặng do nguyên nhân sỏi đường mật, ERCP với phẫu thuật cắt cơ vòng được sử dụng trong 40% trường hợp và cắt túi mật 11% trường hợp. Như vậy, can thiệp sớm bằng ERCP giúp cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân⁵.

Ở viêm tụy cấp do sỏi mật, chỉ định và thời điểm ERCP cần dựa trên bằng chứng tắc mật dai dẳng hoặc viêm đường mật. Dữ liệu quan sát quy mô lớn cho thấy ERCP thực hiện sớm trong bối cảnh bệnh lý đường mật cấp (đặc biệt viêm đường mật) liên quan đến giảm tử vong và biến chứng cơ quan; nhiều nghiên cứu nhấn mạnh lợi ích của ERCP trong cửa sổ **24–48 giờ** khi có chỉ định rõ ràng³⁷.

Đối với viêm tụy do sỏi mật **không kèm viêm đường mật**, bằng chứng về ERCP cực sớm cho mọi trường hợp còn không đồng nhất; tuy nhiên, một số dữ liệu vẫn gợi ý lợi ích khi ERCP được thực hiện trong đợt nằm viện ở nhóm nguy cơ chọn lọc. Do đó **ưu tiên ERCP sớm** khi có (1) viêm đường mật, hoặc (2) tắc mật tiến triển/dai dẳng, và cân nhắc hội chẩn tiêu hóa-ngoại khoa ở người cao tuổi do nguy cơ thủ thuật và bệnh đồng mắc cao^{37,38}.

KẾT LUẬN

Do sự lão hóa dân số diễn ra trên toàn thế giới, nên tỷ lệ mắc bệnh viêm tụy cấp cũng đã tăng lên ở nhóm người cao tuổi. Trong đó, viêm tụy cấp do sỏi đường mật chiếm khoảng 20%–55% trong các trường hợp viêm tụy cấp phải nhập viện. Bệnh cảnh của viêm tụy cấp ở bệnh nhân cao tuổi có một số đặc điểm đặc biệt: chẩn đoán có thể khó khăn do biểu hiện và tiến triển không điển hình, khi bị viêm tụy cấp nặng mặc

dù được theo dõi thường xuyên hơn nhưng do tình trạng đa bệnh lý nên đi kèm nên dễ dẫn đến tăng tỷ lệ suy đa cơ quan và tỷ lệ tử vong, Ngoài ra, việc sử dụng các điểm số để đánh giá độ nặng nhiều khi cho kết quả trái ngược nhau khi phân tích. Vì vậy, khi đứng trước một bệnh nhân cao tuổi có khả năng mắc viêm tụy cấp thì bệnh nhân vẫn phải được theo dõi chặt chẽ ngay cả trong giai đoạn đầu của bệnh. Nên sử dụng dịch truyền tĩnh mạch thận trọng để tránh quá tải và biến chứng tim mạch. Điều trị bệnh sỏi đường mật phải được điều chỉnh tùy theo từng trường hợp do các bệnh nền đi kèm và mức độ nghiêm trọng của bệnh. Nội soi cắt túi mật phải được xem xét là phương pháp điều trị dứt điểm để giảm tình trạng viêm tụy cấp tái phát.

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

AIDS: Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
 APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (điểm đánh giá sinh lý cấp tính và sức khỏe mãn tính)
 AST: Aspartate transaminase
 BISAP: Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis
 BUN: Blood Urea Nitrogen (lượng nitơ có trong ure)
 CCI: Charlson comorbidity index (Chỉ số bệnh đi kèm Charlson)
 CCK: Cholecystokinin
 CFTR: Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (Chất điều hòa dẫn truyền xuyên màng xơ nang)
 CFS: Clinical Frailty Scale
 COX-2: Cyclooxygenase-2
 CRP: C Reactive protein (protein phản ứng C)
 CT-Scan: Computed Tomography Scan (chụp cắt lớp vi tính)
 ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio – Pancreatography (Nội soi mật tụy ngược dòng)
 EUS :Endoscopic ultrasound (Siêu âm nội soi)
 FiO₂: Fraction of Inspired Oxygen (Phân lượng oxy hít vào)
 Hct: Hematocrit (dung tích hồng cầu)
 HIV: Human Immuno-deficiency Virus (vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người)
 ICU: Intensive Care Unit (phòng chăm sóc tích cực)
 JSS: Japanese Severity Score
 LDH: Lactate Dehydrogenase
 MRCP: Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (Chụp cộng hưởng từ dựng hình mật-tụy)
 OR: Odds ratio (tỉ số chênh)
 PaO₂: Partial pressure of oxygen in arterial blood (phân áp oxy máu động mạch)

SAP score: Simplified Acute Physiology score
 SIRS: Systemic inflammatory response syndrome (Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân)
 TNF- α : Tumor Necrosis Factor alpha (yếu tố hoại tử khối u alpha)

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Tác giả cam kết không có mâu thuẫn quyền lợi và không có xung đột lợi ích liên quan đến bài tổng quan này

ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Tác giả Hà Vũ: lên ý tưởng, viết và chỉnh sửa bản thảo bài báo

Tác giả Nguyễn Thị Hồng Xuyên : tham gia viết và chỉnh sửa bản thảo bài báo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Xin MJ, Chen H, Luo B, Sun JB. Severe acute pancreatitis in the elderly: etiology and clinical characteristics. *World J Gastroenterol.* 2008;14(16):2517–2521. Available from: <https://doi.org/10.3748/wjg.14.2517>.
- Gardner TB, Vege SS, Chari ST, et al. The effect of age on hospital outcomes in severe acute pancreatitis. *Pancreatology.* 2008;8(3):265–270.
- Somasekar K, Foulkes R, Morris-Stiff G, Hassn A. Acute pancreatitis in the elderly—can we perform better? *Surgeon.* 2011;9(6):305–308. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.surge.2010.11.001>.
- Kim JE, Hwang JH, Lee SH, et al. The clinical outcome of elderly patients with acute pancreatitis is not different in spite of the different etiologies and severity. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(1):256–260. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.01.004>.
- Carvalho JR, Fernandes SR, Santos P, et al. Acute pancreatitis in the elderly: a cause for increased concern? *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2018;30(3):337–341. PMID: 29227441. Available from: <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001028>.
- Roulin D, Girardet R, Duran R, et al. Outcome of elderly patients after acute biliary pancreatitis. *Biosci Trends.* 2018;12(1):54–59. Available from: <https://doi.org/10.5582/bst.2017.01303>.
- Patel K, Li F, Luthra A, et al. Acute biliary pancreatitis is associated with adverse outcomes in the elderly: a propensity score-matched analysis. *J Clin Gastroenterol.* 2019;53(7):e291–e297. PMID: 30059479. Available from: <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001108>.
- Kara B, Olmez S, Yalcin MS. Update on the effect of age on acute pancreatitis morbidity: a retrospective, single-center study. *Prz Gastroenterol.* 2018;13(3):223–227. PMID: 30386455. Available from: <https://doi.org/10.5114/pg.2018.75677>.
- Quero G, Covino M, Fiorillo C, et al. Acute pancreatitis in elderly patients: a single-center retrospective evaluation of clinical outcomes. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54(4):492–498. PMID: 30957763. Available from: <https://doi.org/10.1080/00365521.2019.1588369>.
- Koziel D, Gluszek-Osuch M, Suliga E, et al. Elderly persons with acute pancreatitis—specifics of the clinical course of the disease. *Clin Interv Aging.* 2020;15:1296–1301. PMID: 32646862. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S188520>.
- Kayar Y, Dertli R, Konur S. Clinical outcomes of acute pancreatitis in elderly patients: an experience of a single tertiary center. *Pancreatology.* 2020;20(7):1296–1301. PMID: 32646862. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pan.2020.06.006>.

12. Skolnick A, Feller E, Nanda A. Evaluation of acute pancreatitis in the older patient. *Ann Long-Term Care*. 2008;16(5):30.
13. Cheng RM, Mamdani M, Jackevicius CA, Tu K. Association between ACE inhibitors and acute pancreatitis in the elderly. *Ann Pharmacother*. 2003;37(7-8):994–998. PMID: 12841816. Available from: <https://doi.org/10.1345/aph.1C270>.
14. Prizment AE, Jensen EH, Hopper AM, et al. Risk factors for pancreatitis in older women: the Iowa Women's Health Study. *Ann Epidemiol*. 2015;25(7):544–548. PMID: 25702856. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.12.010>.
15. Chen HJ, Wang JJ, Tsay WI, et al. Epidemiology and outcome of acute pancreatitis in end-stage renal disease dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2017;32(10):1731–1736. PMID: 28158618. Available from: <https://doi.org/10.1093/ndt/gfw400>.
16. Millet I, Sebbane M, Molinari N, et al. Systematic unenhanced CT for acute abdominal symptoms in elderly patients improves diagnosis. *Eur Radiol*. 2017;27(2):868–877. PMID: 27272432. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00330-016-4425-0>.
17. Bollen TL. Acute pancreatitis: international classification and nomenclature. *Clin Radiol*. 2016;71(2):121–133. PMID: 26602870.
18. Losurdo G, Iannone A, Principi M. Acute pancreatitis in elderly patients: a retrospective evaluation. *Eur J Intern Med*. 2016;30:88–93. PMID: 26829955. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.01.011>.
19. Frenkel WJ, Jongerius EJ, van Uitert MJM, et al. Validation of the Charlson Comorbidity Index in elderly adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(2):342–346. PMID: 24512040. Available from: <https://doi.org/10.1111/jgs.12635>.
20. Cammarata F, Rovati L, Fontana P, et al. Endoscopic ultrasound to identify the actual cause of idiopathic acute pancreatitis. *Diagnostics (Basel)*. 2023;13(20). PMID: 37894864. Available from: <https://doi.org/10.3390/diagnostics13203256>.
21. Ranson JH, Rifkind KM, Roses DF, et al. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet*. 1974;139(1):69–81. PMID: 4834279.
22. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis—2012 revision of the Atlanta classification. *Gut*. 2013;62(1):102–111. PMID: 23100216. Available from: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779>.
23. Márta K, Lazarescu AM, Farkas N, et al. Aging and comorbidities in acute pancreatitis: a meta-analysis. *Front Physiol*. 2019;10(328):328. PMID: 30972012. Available from: <https://doi.org/10.3389/fphys.2019.00328>.
24. Mititelu A, Grama A, Colceriu MC, et al. Role of interleukin-6 in acute pancreatitis. *Int J Mol Sci*. 2024;25(15):8283. PMID: 39011594. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijms25158283>.
25. Chen L, Jiang J. Diagnostic value of procalcitonin in severe acute pancreatitis. *Turk J Gastroenterol*. 2022;33(9):722–730. PMID: 36178792. Available from: <https://doi.org/10.5152/tjg.2022.22098>.
26. Kamer E, Unalp HR, Derici H, et al. Early diagnosis using urine trypsinogen-2 dipstick test. *World J Gastroenterol*. 2007;13(46):6208–6212. PMID: 18081229. Available from: <https://doi.org/10.3748/wjg.v13.i46.6208>.
27. Tenner S, Vege SS, Sheth SG, et al. American College of Gastroenterology guidelines: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2024;119(3):419–437. PMID: 38323212.
28. D'Angelo M, Lanteri R, Ventura L, et al. Nutritional support in elderly patients. *BMC Geriatr*. 2009;9(Suppl 1):A14.
29. Matsumoto K, Miyake Y, Nakatsu M, et al. Usefulness of early-phase peritoneal lavage for treating severe acute pancreatitis. *Intern Med*. 2014;53(1):1–6. PMID: 24390520. Available from: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.53.0745>.
30. Zubia-Olaskoaga F. Frailty and prognosis of acute pancreatitis. *Dig Dis Sci*. 2024;69(9):3114–3115. PMID: 38934715. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10620-024-08612-5>.
31. Thomas M, Baltatzis M, Price A, et al. Influence of frailty on outcomes for biliary disease. *Ann R Coll Surg Engl*. 2023;105(3):231–240. PMID: 34518689. Available from: <https://doi.org/10.1308/rcsann.2021.0331>.
32. Malik AM. Biliary pancreatitis: deadly threat to the elderly? *Int J Health Sci*. 2015;9(1):35. PMID: 25685777.
33. Kudoh A, Sakai T, Ishihara H, Matsuki A. Plasma cytokine response to surgical stress. *Clin Exp Immunol*. 2001;125(1):89–93. PMID: 11472430. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2249.2001.01581.x>.
34. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, et al. AGA guideline on management of acute pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018;154:1096–1101. PMID: 29454036.
35. de Madaria E, JL B, P M, et al. Aggressive or moderate fluid resuscitation in acute pancreatitis. *N Engl J Med*. 2022;387(11):989–1000. PMID: 36099920. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2202884>.
36. Arvanitakis M, Ockenga J, Bezmarevic M. ESPEN guideline on clinical nutrition in pancreatitis. *Clin Nutr*. 2020;39(3):612–631. PMID: 32029223. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.01.004>.
37. Iqbal U, Khara HS, Hu Y, et al. Emergent versus urgent ERCP in acute cholangitis. *Gastrointest Endosc*. 2020;91(4):753–760.e4. PMID: 31891844. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.09.040>.
38. Novikov AA, Fieber JH, Saumoy M. ERCP improves mortality in acute biliary pancreatitis without cholangitis. *Endosc Int Open*. 2021;9(6):E927–E933. PMID: 34007928. Available from: <https://doi.org/10.1055/a-1320-0041>.

Diagnosis and treatment of acute pancreatitis in the elderly

H Vu^{1,*}, N T H Xuyen²



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

¹Department of Internal Medicine, School of Medicine, University of Health Sciences, Viet Nam National University Ho Chi Minh City, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Department of Medical Skills, School of Medicine, University of Health Sciences, Viet Nam National University Ho Chi Minh City, Ho Chi Minh City, Vietnam

Correspondence

H Vu, Department of Internal Medicine, School of Medicine, University of Health Sciences, Viet Nam National University Ho Chi Minh City, Ho Chi Minh City, Vietnam

Email: hvu@uhsvnu.edu.vn

History

- Received: 14-6-2025
- Revised: 22-01-2026
- Accepted: 03-06-2026
- Published Online: 24-06-2026

DOI : <https://doi.org/10.32508/vnuhcmj-hs.v7i1.631>



Copyright

© VNUHCM Journal. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.

ABSTRACT

Acute Pancreatitis (AP) is one of the most common pancreatic diseases leading to hospital admissions worldwide, with a clinical course that is often unpredictable. In the context of a rapidly aging global population, the incidence of AP in the elderly is increasing, depending on the age group studied. Compared to younger individuals, AP in this population typically presents with a more severe clinical picture, a higher frequency of systemic complications, and a significantly higher mortality rate. Regarding etiology, gallstones are the leading cause in the elderly (accounting for up to 75% of cases), while alcohol—the primary cause in younger people—accounts for only about 5%. Other factors such as medications (due to polypharmacy in the elderly), pancreatic cancer, and metabolic issues like hypertriglyceridemia should also be considered. Diagnosing AP in the elderly faces many challenges due to age-related structural changes in the pancreas and biliary tract, which can easily be confused with chronic conditions on imaging. Notably, clinical manifestations in this group are often atypical; abdominal pain may be mild or unclear in more than 50% of cases, and classic symptoms such as fever or leukocytosis are frequently not prominent. Instead, patients can rapidly fall into a state of consciousness disorders and progressive shock. Regarding prognosis, traditional scoring systems such as Ranson, APACHE II, or BISAP sometimes have limitations in accurately predicting mortality in the elderly due to differences in age thresholds and physiological reserves. Therefore, combining new biomarkers (such as IL-6, Procalcitonin) and assessing frailty (Clinical Frailty Scale - CFS) is recommended for more accurate risk stratification. Modern treatment strategies emphasize early but cautious fluid resuscitation to avoid circulatory overload, along with minimally invasive intervention for necrotic complications and a focus on enteral nutrition to improve clinical outcomes for patients.

Key words: acute pancreatitis, elderly, gallstones, assessment scales

Cite this article : Vu H, Xuyen N T H. **Diagnosis and treatment of acute pancreatitis in the elderly.** VNUHCM J. Health Sci. 2026; 7(1):964-976.