ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM TỤY CẤP HOẠI TỬ VÀ CÁC BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM TỤY CẤP HOẠI TỬ

Thái Nguyên Hưng[1], Nguyễn Tiến Đức[1], Thái Diệp Anh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả với 2 mục tiêu: 1. Mô tả các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp hoại tử và các biến chứng của viêm tụy cấp hoại tử. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật viêm tụy hoại tử và các biến chứng của viêm tụy cấp hoại tử.

Kết quả: 12 bệnh nhân (BN), Nam 91,7 %; Nữ 8,3 %; Tuổi TB 54,33± 9,79 T. Tiền sử nghiện rượu 58,3%, sỏi túi mật 8,3%. Tiền sử đã phẫu thuật (PT) 72,7%. Lâm sàng: Sốt 41,7%; Đau thương vị 66,7%; Nôn 58,3%; Sốc mất máu 25%, Hẹp tá tràng hay môn vị 33,3%; Hoại tử nhiễm trùng 33,3%. Chụp cắt lớp nang giả đầu tụy 25%, nang giả tụy thân tụy 25%, hoại tử tụy Balthazar D 25%. Mổ cấp cứu 33,3%, mổ phiên 58,3%, dẫn lưu qua da 8,3%. Phẫu thuật khâu cầm máu, lấy tổ chức tụy hoại tử, dẫn lưu 25%; Cắt thân đuôi tụy, lấy tổ chức hoại tử 8,3%; Nối D2 tá tràng nang giả đầu tụy 25%; nối nang giả thân tụy dạ dày 25%; Lấy tổ chức hoại tử, dẫn lưu 8,3%; Dẫn lưu qua da 8,3%. 1 BN tử vong. Biến chứng: 2 BN rò tụy, 1 BN rò tiêu hóa.

Kết luận: Viêm tụy cấp hoại tử và hoại tử nhiễm trùng có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Điều trị chủ yếu tại khoa hồi sức tích cực theo nguyên tắc 3 D: Delay - Drain - Debride - Mổ muộn, Dẫn lưu, Lấy bỏ tổ chức hoại tử. Có thể dẫn lưu qua da, dẫn lưu qua nội soi dạ dày xuyên thành, phẫu thuật nội soi lấy tổ chức hoại tử, mổ mở lấy tổ chức hoại tử. Phẫu thuật được chỉ định khi có biến chứng chảy máu, hoại tử nhiễm trùng hay nang giả tụy hoặc một số biến chứng khác.

Từ khóa: Viêm tụy cấp hoại tử, hoại tử tụy nhiễm trùng, sốc mất máu, nang giả tụy

SUMMARY

SURGICAL MANAGEMENT OF NECROSIZING PANCREATITIS AND ITS COMPLICATIONS

Study aims: 1. Evaluation of clinical and paraclinical features of necrotizing pancreatitis and its complications.

2. Results of surgical management for pancreatic necrosis and its complications.

Result: There were 12 patients, male 91,7 %, female 8,3%; mean age 54,33± 9,79 years.

Medical history*:* alcohol abuse 58,3%, cholelithiasis 8,3%. Abdominal surgery in 72,7%.

Symptoms: Fever in 41,7%; Epigastric pain in 66,7%; Vomiting in 58,3%; Hemorrhage shock in 25%, gastric outlet obstruction in 33,3%, infected pancreatic necrosis 33,3%. Ct scan showed pseudocyst of pancreatic head in 25%, pseudocyst of pancreatic body in 25%, pancreatic necrosis Balthaza D in 25,0%. Urgent surgery in 33,3%; Plan surgery in 58,3%; Percutaneous drainage in 8,3%. Surgical procedure: Hemostasis and necrosectomy with lavage and drainage in 25%. Left pancreatectomy and necrosectomy with lavage and drainage in 8,3%; Pseudocyst- D2 duodenostomy in 25%, Pseudocyst-gastrostomy in 25%, Necrosectomy with lavage and drainage in 8,3%. percutaneous drainage in 8,3%.

One patient died of multiorgan failure (8,3%). Complications 25% (due to pancreato-cutaneous fistulas (16,6%), enterocutaneous fistulas 8,3%).

Conclusion: Acute necrotizing pancreatitis carries a high rate of morbidity and mortality. The treatment basically in intensive care unit follow 3 D: Delay-Drain- Debride. Surgery should be taken for Hemorrhage, infected necrotizing pancreatitis, post acute pseudocyst or some late complications.

Keyword: Acute necrotizing pancreatitis, necrosectomy, pancreatic pseudocyst, Hemorrhage shock

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp hoại tử là biến chứng nặng của viêm tụy cấp xảy ra với tỷ lệ khoảng 20-30% tổng số các trường hợp viêm tụy. Điều trị viêm tụy hoại tử và các biến chứng của viêm tụy hoại tử (VTHT) phức tạp, chủ yếu là điều trị nội khoa và hồi sức tích cực tại khoa hồi sức tích cực (ICU). Phẫu thuật chỉ đặt ra khi có các biến chứng nặng như sốc nhiễm trùng nhiễm độc, viêm tụy hoại tử vào mạch máu gây chảy máu trong ổ bụng hay các biến chứng muộn của viêm tụy hoại tử.

Gần đây, tại Bệnh viện K, số trường hợp biến chứng của viêm tụy hoại tử xảy ra với tỷ lệ ngày càng tăng, biểu hiện lâm sàng đa dạng, bởi vậy chúng tôi báo cáo loạt ca lâm sàng với mục tiêu:

[1]*Bệnh viện K*
[2]*Trường Đại học Y Hà nội*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng
Email: thainguyenhung70@gmail.com
Mã bài: N962
Ngày nhận bài: 27/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 20/6/2026
Ngày duyệt bài: 1/8/2026

1. Mô tả các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tụy cấp hoại tử và các biến chứng của viêm tụy cấp hoại tử.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật viêm tụy hoại tử và các biến chứng của viêm tụy cấp hoại tử.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy hoại tử và/ hoặc các biến chứng của viêm tụy hoại tử, được phẫu thuật và điều trị tại Khoa Ngoại Tiêu hóa 2, Bệnh viện K.

Loại trừ: Bệnh nhân viêm tụy mạn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Thời gian: 2020-2026.

Kết quả nghiên cứu

Có 12 BN đủ tiêu chuẩn: Nam 11/12 BN (91,7 %); Nữ 1/12 BN (8,3 %); Tuổi TB 54,33± 9,79 T.

Tiền sử (TS):

- Uống rượu: 7/12 BN (58,3%)
- Sỏi mật: sỏi túi mật 1/12 BN (8,3%)
- Tiền sử đã phẫu thuật (PT): 8/12 BN (72,7%)

Bảng 1: Tiền sử đã phẫu thuật

Bệnh lý đã PT	Phẫu thuật (PT)	N (%)
Ung thư dạ dày (UTDD)	Cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD)	2 (16,7)
Ung thư (UT) thực quản	Phẫu thuật cắt tạo hình thực quản nội soi	1 (8,3)
UT đại tràng trái vỡ xâm lấn tụy, lách	Cắt đoạn đại tràng trái, cắt lách, thân đuôi tụy	1 (8,3)
UT trực tràng	Cắt đoạn trực tràng	1 (8,3)
U đầu tụy/tắc mật	Cắt khối tá tụy (DPC)	1 (8,3)
UT D3 tá tràng	Cắt khối tá tụy, cắt đoạn đại tràng phải	1 (8,3)
U thân tụy	Cắt lách, thân đuôi tụy	1 (8,3)

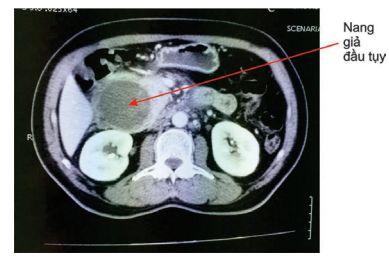
Bảng 2: Biểu hiện lâm sàng

Triệu chứng	N	%
Sốt	5/12	41,7
Đau thượng vị	8/12	66,7
Nôn	7/12	58,3
Hẹp tá tràng	3/12	25,0
Hẹp môn vị (HMV)	1/12	8,3
Tắc mật	1/12	8,3
Sốc mất máu (hoại tử tụy vào mạch máu)	3/12	25
Hoại tử tụy nhiễm trùng	4/12	33,3

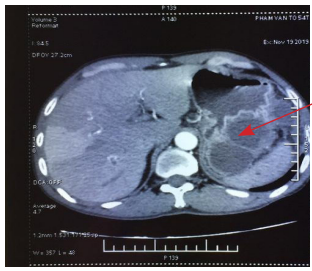
Bảng 3: Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT)

Chụp CLVT	N	Tổn thương
Hoại tử tụy Balthazar D	3	Hoại tử nhu mô và mỡ quanh tụy
Nang giả tụy vùng đầu tụy	3	BN*1: Kích thước (KT) nang 50 -66cm; BN2: KT nang 37-57; BN3: KT nang 6-6 cm
Nang giả tụy thân tụy	3	BN4: KT nang 8 -6 cm; BN5: KT nang 8-10; BN 6: KT nang 6-6 cm

9/12 (75%) BN được chụp CLVT. 3 BN khác sốc mất máu do hoại tử tụy vào động mạch được chuyển thẳng phòng mổ cấp cứu (không chụp CLVT)



Ảnh 1: CLVT nang đầu tụy gây hẹp tá tràng (Ngô Quang Th)



Ảnh 2: CLVT nang thân tụy (Phạm Văn T, 54T)

Bảng 4: Kết quả xét nghiệm

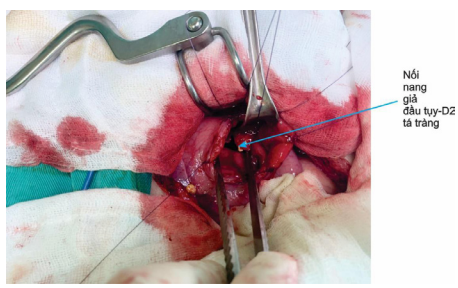
Các chỉ số	N	%
Thiếu máu nặng	4/12	33,3
Thiếu máu trung bình (TB)	1/12	8,3
Thiếu máu nhẹ	7/12	58,5
Bạch cầu (BC) >16.000	4/12	33,3
BC 10-16.000	2/12	16,6
BC < 10.000	6/12	50,0
Tiểu cầu giảm < 100 (G/L)	1/12	8,3
Tiểu cầu 100-150 G/L	1/12	8,3
Đường máu bình thường	2/12	16,6
Đường máu tăng < 10 mmol/L	9/12	75,0
Đường máu tăng > 10mmol/L	1/12	8,3
Urê máu tăng (<16 mmol/L)	2/12	16,6
Urê máu tăng (>16 mmol/L)	1/12	8,3
Creatinin máu tăng	2/12	16
Bilirubile tăng	1	8,3
Men gan GOT tăng	1/12	8,3
GPT tăng	3/12	25,0
Amylase máu tăng	7/12	58,3
Lipase tăng	4/12	33,3

Phẫu thuật: Mổ cấp cứu 4/12 BN; Mổ phiên: 7/12 BN; Can thiệp dẫn lưu tổ chức hoại tử: 1/12 BN

Bảng 5: Phương pháp phẫu thuật

Tính chất mổ	Hoại tử tụy vào mạch máu, sốc mất máu (n)	Nang giả tụy gây hẹp tá tràng (n)	Viêm tụy hoại tử, rò tụy nhiễm trùng (n)	Rò tụy nhiễm trùng (n)	Nang thân tụy (n)
1. Mổ cấp cứu	3		1		
Phương pháp mổ	*Khâu cầm máu, làm sạch, dẫn lưu tổ chức hoại tử		Cắt thân đuôi tụy, làm sạch, DL tổ chức hoại tử		
2. Mổ phiên		3		1	3
Phương pháp mổ		Nối nang tụy - D2 tá tràng, nối vị tràng		Làm sạch, dẫn lưu tụy hoại tử, apxe	Nối nang tụy-dạ dày
3. Can thiệp				1	
Phương pháp				Luồn sonde DL tổ chức hoại tử	

2 BN được dẫn lưu Volker, mở thông hỗng tràng.



Ảnh 3: Mổ nối D2 - nang đầu tụy

Cấy mủ: 3 BN (+): 1 E coli; 1 trực khuẩn mủ xanh, 1 Klebsiella

III. KẾT QUẢ

Tử vong và biến chứng:

TV 1 BN (8,3: Do hoại tử rộng, nhiễm trùng, có dấu hiệu suy đa tạng, từ chối điều trị tiếp.

Biến chứng 3/12 BN (25%): 2 BN rò tụy (16,6 %), 1 BN rò tiêu hóa (8,3%)

Rò tiêu hóa: Rò miệng nối vị tràng sau VTC hoại tử (VTC hoại tử ngày 6 sau mổ cắt GTBDD), BN được đặt hệ thống hút rửa liên tục, đặt rau thai chữa rò (Rò > 500ml/ngày), hết rò sau 35 ngày.

Rò tụy sau mổ: 2 BN; 1 BN rò miệng nối tụy ruột / VTC hoại tử, sốc mất máu/ đã mổ DPC (Nguyễn Ngọc B.). 1 BN khác rò tụy sau mổ cắt thân đuôi tụy làm sạch, dẫn lưu tổ chức hoại tử. 2 BN này điều trị nội khoa.



Ảnh 4: (Vy Văn Y), rò tụy sau VTC hoại tử

IV. BÀN LUẬN

Hàng năm tại Mỹ có khoảng 200.000 ca viêm tụy cấp nhập viện, phần lớn trong số này là thể nhẹ và trung bình, có thể tự khỏi tuy nhiên có khoảng 15%-25% là viêm tụy cấp thể nặng với biểu hiện hoại tử nhu mô tụy và hoại tử tổ chức quanh tụy. Hoại tử tụy nhiễm trùng là nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ biến chứng và tử vong cao lên tới 10%-20% mặc dù được điều trị tích cực [1].

Các biến chứng toàn thân thường do quá trình viêm cấp giải phóng các chất có tính chất vận mạch (vaso active) và các chất độc sinh ra do quá trình hoại tử. Các biến chứng xảy ra ở tuần thứ 2 hay tuần thứ 3 của bệnh do hoại tử lan rộng và hoại tử nhiễm trùng [2].

Về lâm sàng viêm tụy cấp thể nặng chia làm 2 giai đoạn. Giai đoạn 1 diễn ra trong 2 tuần đầu. Giai đoạn 2 diễn ra trong 2 tuần tiếp theo được đặc trưng bởi các biến chứng của hoại tử nhiễm trùng. Tỷ lệ tử vong của hoại tử nhiễm trùng lên tới 30% khi điều trị phẫu thuật [1].

Nếu mổ mở trong giai đoạn đầu tỷ lệ tử vong (TV) có thể lên tới 65%. Nếu phẫu thuật sau ngày thứ 12, tỷ lệ TV giảm xuống còn 27%, đối với những trung tâm chuyên khoa sâu, tỷ lệ TV giảm xuống còn 10%-20% [3].

Cho tới nay điều trị viêm tụy cấp hoại tử (VTCHT) và hoại tử nhiễm trùng được tóm tắt theo nguyên tắc 3D: *Delay - Drain - Debride - Mổ muộn, Dẫn lưu, Lấy bỏ tổ chức hoại tử*. Trong giai đoạn sớm của bệnh, can thiệp đầu tiên là dẫn lưu qua da, tiếp đến là dẫn lưu qua nội soi dạ dày hay phẫu thuật nội soi (PTNS) dẫn lưu sau phúc mạc. Mổ mở lấy tổ chức hoại tử được chỉ định trong trường hợp khó điều trị. Như vậy điều trị viêm tụy cấp hoại tử hiện nay theo nguyên tắc phối hợp nhiều phương pháp hơn là phẫu thuật đơn thuần.

Phối hợp nhiều phương pháp điều trị VTCHT nhiễm trùng (Step up approaches) được nghiên cứu Panter báo cáo của Santvoort và CS [4]: Có 88 BN trong nghiên cứu trong đó 44 BN được mổ mở lấy tổ chức hoại tử; 1 BN phẫu thuật nội soi (PTNS) lấy tổ chức tụy hoại tử sau phúc mạc; 43 BN được chỉ định theo protocol can thiệp qua nội soi xâm lấn tối thiểu (minimally invasive approach). Đầu tiên phần lớn các BN được dẫn lưu qua da. Sau > 72 h nếu lâm sàng không cải thiện, can thiệp thứ 2 dẫn lưu qua nội soi dạ dày (NSDD) hay PTNS dẫn lưu sau phúc mạc được chỉ định. Kết quả cho thấy 35% số này chỉ cần dẫn lưu qua da. So với mổ mở, tỷ lệ xuất hiện đợt suy đa tạng mới của phương pháp xâm lấn tối thiểu là 12% vs 40% của mổ mở. Tỷ lệ xuất hiện đợt đái tháo đường (ĐTĐ) mới là 16% vs 38% (mổ mở); sa lồi thành bụng 7% vs 24% mổ mở; tỷ lệ cần sử dụng enzyme tụy là 7% vs 33% (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tất cả các thông số).

Một nghiên cứu tiền cứu khác trên 639 VTCHT: 62 BN điều trị bảo tồn, 38% được can thiệp dẫn lưu qua da, dẫn lưu qua nội soi xuyên thành dạ dày, PTNS lấy tụy hoại tử sau phúc mạc, mổ mở. Tỷ lệ tử vong là 7% nhóm điều trị bảo tồn vs 27% nhóm can thiệp. Dẫn lưu qua da 63% trong đó 35% số ca này chỉ cần dẫn lưu qua da.

Các nghiên cứu cho thấy ý nghĩa lâm sàng của phẫu thuật lấy tổ chức hoại tử trì hoãn khoảng >

4 tuần sau nhập viện. Sử dụng các biện pháp can thiệp ít xâm lấn trước tiên cho phép trì hoãn hoặc tránh được phẫu thuật lấy tổ chức tụy hoại tử. [5]

Nghiên cứu của chúng tôi có 12 BN, 11 BN nam (91,7%), tuổi TB 54,33± 9,79 T. Lứa tuổi này tương đồng lứa tuổi trung bình của các nghiên cứu khác trên thế giới [6].

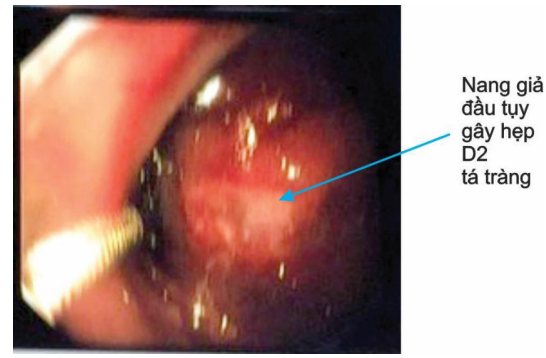
Tiền sử (TS) lạm dụng rượu 58,3%; Sỏi túi mật 8,3%. TS đã phẫu thuật (PT) 72,7% (Bảng 1). Có 2 BN được PT cắt GTBDD do UTDD. 2 BN sau mổ cắt khối tá tụy; 1 BN sau cắt lách thân đuôi tụy do ung thư đại tràng xâm lấn lách thân đuôi tụy. 1 BN U thân tụy/lạm dụng rượu, TS đã VTCHT, sau sinh thiết thân tụy xuất hiện đợt VTCHT nhiễm trùng. Các BN khác có 3 ca nang giả tụy vùng đầu tụy gây hẹp tá tràng; 3 ca khác nang giả thân tụy.

Triệu chứng lâm sàng (Bảng 2) cho thấy có 3 ca hoại tử tụy vào mạch máu có sốc mất máu (chảy máu trong ổ bụng), được mổ cấp cứu. 1 BN sau phẫu thuật cắt GTBDD, ca này tụy hoại tử vào một nhánh mạch đại tràng giữa ngày 6 sau mổ cắt GTBDD.

2 BN khác hoại tử tụy sau cắt khối tá tụy. BN có mạch nhanh nhỏ, HA dao động thấp được mổ cấp cứu. Tổn thương trong mổ cho thấy ổ bụng nhiều vết nến và tổ chức tụy hoại tử. Nguyên nhân chảy máu do hoại tử tụy vào nhánh động mạch tụy lớn.

Hoại tử tụy vào mạch máu là biến chứng nặng, thứ phát sau hoại tử tụy nhiễm trùng với tỷ lệ thấp. Các mạch máu quanh tụy và mạch máu tạng tiếp xúc với enzyme phân giải protein đã hoạt hóa và các chất hoại tử tụy nhiễm trùng thường gây viêm mạch máu và bong nội mạc gây tắc mạch và tạo thành giả phình mạch chiếm tỷ lệ 10%. Các khối này vỡ vào phúc mạc gây chảy máu nặng trong ổ bụng hoặc vỡ vào đường tiêu hóa gây xuất huyết tiêu hóa (XHTH) nhiều đợt trước khi XHTH nặng đe dọa tính mạng. Một số ca giả phình vỡ vào ống tụy gây chảy máu qua nhú tá lớn. Tam chứng: khối phồng tăng nhanh, đập theo nhịp mạch, có tiếng thổi là hình thái chảy máu trong nang giả tụy. Tỷ lệ tử vong của biến chứng mạch máu chiếm 25-53% [7].

Chúng tôi có 6 ca nang giả tụy, trong đó, có 3 ca nang giả ở đầu tụy gây hẹp tá tràng, BN vào viện vì đau bụng và nôn. 3 ca khác nang giả tụy ở thân tụy gây đau bụng.



Ảnh 5 : Nang giả đầu tụy gây hẹp D2 (NSDD).

Chụp CLVT cho thấy có 3 ca nang giả đầu tụy được chẩn đoán là khối U tá tràng. 3 ca này đối chiếu với PT là 3 ca nang giả đầu tụy gây hẹp D2 tá tràng, BN được mổ nối nang với mặt sau D2 tá tràng. 3 ca khác nang giả thân tụy được mổ nối với mặt sau dạ dày.

Chúng tôi có 3 ca viêm tụy hoại tử nhiễm trùng: Ca 1 (Vy Văn Y) nghiện rượu, tiền sử đã viêm tụy hoại tử, sau sinh thiết thân tụy (khối u thân tụy nghi ung thư thân tụy) xuất hiện hoại tử nhiễm trùng được mổ lấy tổ chức hoại tử, làm sạch, dẫn lưu, sau mổ xuất hiện rò tụy điều trị nội khoa. 1 BN khác hoại tử nhiễm trùng sau mổ cắt lách thân đuôi tụy do ung thư đại tràng trái vỡ vào thân tụy được mổ làm sạch, lấy tụy hoại tử. BN thứ 3 xuất hiện sốt 38,5 độ, đau bụng sau mổ cắt GTBDD do UTDD ngày 5 sau mổ / sỏi túi mật. CLVT cho thấy hoại tử tụy Balthazar D. BN này được luồn sonde qua vết mổ ra nhiều tổ chức hoại tử tụy nhiễm trùng.

Hoại tử tụy nhiễm trùng là nguyên nhân dẫn đến 80% số ca tử vong (TV) do hoại tử thứ phát xảy ra khi ống tụy tổn thương. Vi khuẩn xâm nhập qua xuyên thành từ đại tràng, chủ yếu là vi khuẩn Gram(-) nội sinh. Nghiên cứu trên 1200 BN hoại tử nhiễm trùng cho thấy tỷ lệ TV từ 30-60%.

Điều trị phẫu thuật viêm tụy cấp hoại tử căn cứ trên 2 mục tiêu chính: Lấy bỏ tổ chức hoại tử nhu mô tụy và ngoài tụy, làm sạch các ổ dịch ascites tụy trong hậu cung mạc nối (HCMN) và ổ phúc mạc nhằm ngăn chặn các biến chứng đe dọa tính mạng ở giai đoạn sớm và muộn. Ở giai đoạn sớm, làm ngừng quá trình viêm và hoại tử tụy nhằm ngăn chặn các vasoactive vận mạch và các chất độc hại của quá trình hoại tử tụy giải phóng vào máu là các yếu tố gây suy đa tạng.

Ở giai đoạn muộn, suy đa tạng thường do hoại tử nhiễm trùng hay apxe tụy sẽ được ngăn chặn nếu các ổ nhiễm trùng được làm sạch. Mục tiêu phẫu thuật thứ 2 của mổ lấy tổ chức hoại tử là để bảo tồn nhu mô tụy lành. Các báo cáo cho thấy quá trình hoại tử xảy ra xung quanh các tuyến tụy hay tổ chức mỡ. Tổ chức tụy lành còn lại có ảnh hưởng lớn đến chức năng lâu dài về nội tiết và ngoại tiết [8].

Chỉ định phẫu thuật viêm tụy hoại tử [8]

Các tiêu chuẩn lâm sàng:

Dấu hiệu ngoại khoa ổ bụng cấp tính

Hội chứng nhiễm trùng.

Hội chứng sốc.

Không đáp ứng với hồi sức tích cực > 3 ngày, các biến chứng tại chỗ hay toàn thân gia tăng (suy hô hấp, suy thận, suy tuần hoàn).

Các tiêu chuẩn về hình thái và nhiễm khuẩn:

Hoại tử nhiễm trùng.

Hoại tử lan rộng (> 50%).

Hoại tử lan rộng trong nhu mô tụy và hoại tử sau phúc mạc.

Hẹp ống mật chủ, tá tràng hay đại tràng.

Có 2 phương pháp mổ chính lấy tổ chức tụy hoại tử nhiễm trùng được đưa ra từ 1976: Phương pháp 1 là PT lấy tổ chức hoại tử sau đó mổ lại sau mỗi 2-3 ngày cho tới khi tổ chức hạt mọc tốt, tỷ lệ TV là 14%.

Phương pháp 2 là lấy tổ chức tụy hoại tử nhiễm trùng sau đó đặt hệ thống hút rửa liên tục trong hậu cung mạc nối (HCMN), tỷ lệ TV là 14-28% [7].

V. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp hoại tử và hoại tử tụy nhiễm trùng có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Điều trị chủ yếu tại khoa hồi sức tích cực theo nguyên tắc 3 D: Delay - Drain - Debride - Mổ muộn, Dẫn lưu, Lấy bỏ tổ chức hoại tử. Có thể dẫn lưu qua da, dẫn lưu qua nội soi dạ dày xuyên thành, phẫu thuật nội soi lấy tổ chức hoại tử, mổ mở lấy tổ chức hoại tử. Phẫu thuật được chỉ định khi có biến chứng chảy máu, hoại tử nhiễm trùng hay nang giả tụy hoặc một số biến chứng khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Werner J et al.** Surgery in the treatment of acute pancreatitis-open pancreatic necrosectomy. Scan J Surg. 2005;94: 130-134.
2. **Berger H G, Krautzberger W, Bittner G.** (1986). Bacterial contamination of pancreatic necrosis. A prospective clinical study.Gastroenterology 91:433.
3. **Mier J, Leon EL, Castilo A, Robledo F, Blanco R.** Early versus late necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis. Am J Sur,1997; 173: 71-75.
4. **An Santvoort HC, Besselink MG et al.** A step up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. N Engl J Med.2010;362: 1491-1502.
5. **Van Santvoort HC, Bakker OJ et al.** A conservative and minimally invasive approach Van Santvoort HC, to Van Santvoort HC, necrotizing pancreatitis Van Santvoort HC improves outcome. Gastroenterology. 2011; 141: 1254-1263.
6. **Ioana Dumitrascu et al.** Acute Necrotizing Pancreatitis-Advances and Challenges in Management for Optimal Clinical Outcomes.Medicina 2025, 61,1186
7. **E.L Bradley III.** Complications of acute pancreatitis and their management. Surgery of Pancreas. Second Edition Edited by Michel Trede, David C.Carter, (23): 275- 286.
8. **Beger HG, Buchler M** (1986). Decision making in surgical treatment of acute pancreatitis: operative or conservative management of necrotising pancreatitis? Theoretical Surgery 1: 61