

VIÊM TUY MẠN

Ban hành kèm theo Quyết định số 31/QĐ-BV .ngày 22/01/2014

I Đại cương:

1.1) Định nghĩa:

- Viêm tụy mạn tính là 1 quá trình bệnh lý có tính liên tục, kéo dài dẫn đến phá hủy mô tụy nội và ngoại tiết và được thay bằng mô xơ, ở giai đoạn sớm của bệnh, không thấy rõ dấu hiệu của suy tụy, cả trên lâm sàng lẫn xét nghiệm sinh hóa. Qua quá trình tiến triển, các triệu chứng và dấu hiệu suy tụy mới dần dần xuất hiện và được xác nhận nhờ các xét nghiệm chức năng tụy.

- Trên nền của bệnh cảnh lâm sàng mãn tính, ở nhiều bệnh nhân thấy xuất hiện các đợt viêm cấp tái diễn. Người ta gọi đó là viêm tụy mạn tính tái phát, mỗi đợt tái phát bệnh thể hiện trên lâm sàng như một đợt viêm cấp.

1.2) Phân loại: có 3 thể chính sau:

1.2.1 VTM tiên phát: Thể vôi hoá & Thể không vôi hoá.

1.2.2 VTM thứ phát:

- Sau nghẽn tắc ống tụy (hẹp bóng Vater).
- Dính, sẹo trên ống tụy (chấn thương, phẫu thuật, u chèn ép).

1.2.3 VTM thể đặc biệt (do di truyền, rối loạn chuyển hoá, nội tiết)

1.3) Nguyên nhân:

1.3.1 Viêm tụy mạn tiên phát:

- Rối loạn chuyển hóa: thiếu đạm thừa mỡ kéo dài
- Nhiễm độc: rượu, chì, Hg, phospho,..
- VTM tiên phát có vôi hóa hay gặp ở nam (35 - 50 tuổi) nghiện rượu xảy ra trung bình sau 9 năm uống rượu

- VTM không vôi hóa, thường có tăng gammaglobulin.
- VTM tự miễn với sự hiện diện những kháng thể kháng tụy.
- VTM tiên phát đặc biệt có tính di truyền gia đình.

1.3.2 Viêm tụy mạn thứ phát:

- Tắc nghẽn ống tụy hoặc bóng Vater.
- Chấn thương hoặc phẫu thuật.
- Do u chèn ép ống tụy.
- Giãn các ống tụy, xơ hóa quanh các ống tụy.

1.3.3 Viêm tụy mạn đặc biệt:

- Di truyền.
- Rối loạn chuyển hóa, nội tiết

II Đánh giá bệnh nhân:

2.1) Bệnh sử:

- Đau bụng: 95% trường hợp và là triệu chứng chính của viêm tụy mạn (cường độ: đau âm ỉ đến đau dữ dội và có thể giảm đau khi bệnh nhân gặp người lạ, tăng lên sau bữa ăn, vị trí đau vùng thượng vị xuyên ra sau lưng)
- Tiêu phân mỡ: phân có chất nhầy mỡ (như chất nhầy mũi có mùi hôi tanh và bóng mỡ)
- Sụt cân: do bệnh nhân không dám ăn vì sợ đau, hoặc ăn không tiêu.
- Buồn nôn và nôn
- Vàng mắt vàng da: ít gặp
- Đái tháo đường: gặp khi viêm tụy mạn với xơ hóa tụy và mất hơn 85% chức năng tụy

2.2) Khám lâm sàng:

2.2.1 Đau bụng

- Đau bụng vùng thượng vị lan sau lưng, tái phát từng đợt, về sau đau liên tục sâu trong ổ bụng.
- Đau tức từ nhẹ cho đến/ thành cơn dữ dội giống như viêm tụy cấp .
- Bệnh nhân ăn nhiều mỡ hoặc uống rượu vào đau tăng.
- Mallet- Guy+; Mayor- Robson + trong cơn đau; Ngoài cơn bụng mềm, ấn không đau
- Có thể sờ thấy khối vùng thượng vị (nang giả tụy)
- Hoặc bệnh cảnh đợt cấp của viêm tụy mạn

2.2.2 Rối loạn tiêu hoá

- Trong cơn đau buồn nôn, nôn dịch thức ăn, đầy bụng chướng hơi, bí trung đại tiện do liệt ruột cơ năng.
- Về sau bệnh nhân sợ ăn, tiêu chảy; phân số lượng nhiều, màu xám nhạt, mùi hôi thối, có thể thấy các sợi cơ và mỡ .

2.2.3 Toàn thân: mệt mỏi, trí nhớ giảm, gầy sút nhiều, da xanh và khô, lông tóc móng rụng và gãy, phù nhẹ hai chi dưới do thiếu dưỡng .

2.3) Cận lâm sàng:

2.3.1) Xét nghiệm thường qui: CTM, Đường huyết, chức năng gan, chức năng thận,..

2.3.2) Thăm dò chức năng tụy

Tụy phải tổn thương ít nhất 75% trở lên mới có biểu hiện rối loạn chức năng.

Xét nghiệm phân

- Tìm sợi cơ chưa tiêu, hạt mỡ, định lượng chymotrypsin.

(Nếu viêm tụy mạn: trong phân thấy sợi cơ, mỡ, chymotrypsin giảm).

Định lượng men: Amylaza, lipaza máu, amylaza nước tiểu.

Trong viêm tụy mạn, cấp các men tụy đều tăng

Nghiệm pháp Secretine & Pancreozymine

Secretine kích thích tụy bài tiết nước & điện giải,

Pancreozymine kích thích tụy tiết men, do đó trong viêm tụy mạn sau khi kích thích bằng các chất trên tụy cũng không tăng tiết.

Nghiệm pháp này còn có giá trị phân biệt tăng amylaza máu do viêm tụy mạn hay do nguyên nhân khác.

Tỷ số

$$\frac{\text{Clearance amylase}}{\text{Clearance creatinin}} = \frac{\text{Amylase nước tiểu}}{\text{Amylase máu}} \times \frac{\text{Creatinin máu}}{\text{Creatinin nước tiểu}} \times 100$$

Bình thường: 1 - 5%

Viêm tụy cấp tỷ lệ trên 5 % (đặc hiệu hơn trong viêm tụy cấp)

2.3.3) Hình ảnh học:

X quang thông thường: (chụp bụng không chuẩn bị): Nếu có sỏi tụy cản quang (thấy 1 chuỗi “hạt cản quang” nằm ngang sống lưng).

Chụp dạ dày tá tràng:

- Có u đầu tụy (hình khung tá tràng giãn rộng).
- Có u ở thân & đuôi tụy (hình chèn ép dạ dày)

Chụp tụy có bơm hơi: bơm hơi sau phúc mạc kết hợp với bơm hơi dạ dày, thấy hình thái tụy hoặc hình thái dạ dày chèn ép (vì gây đau cho bệnh nhân, hơn nữa phải u to mới thấy, nên ít thực hiện).

Chụp động mạch tụy:

- Để chẩn đoán u tụy, kể cả u nhỏ (hình ảnh một vùng giàu mạch máu). Khó thực hiện vì tụy ít nhất có 2 mạch máu nuôi dưỡng.

Chụp tụy ngược dòng (kỹ thuật ERCP)

- Nếu viêm tụy mạn: đường dẫn tụy khúc khuỷu.
- Nếu u tụy: đường dẫn tụy bị đẩy lệch hoặc bị chèn ép.

Ghi hình tụy bằng phóng xạ: dùng Selenomethionin đánh dấu:

- U tụy: hình khuyết

- Viêm tụy mạn: xung đến không đều, thưa thớt.

Siêu âm:

- U nang (nang tụy): thấy hình ảnh khối loãng siêu âm nằm gần ngay tụy, thành nang có thể mỏng hoặc dày.

- Ung thư tụy: kích thước tụy to, bờ không đều, nhu mô giảm âm, ống mật chủ bị đẩy lệch.

- Viêm tụy cấp: tụy to, nhu mô giảm âm.

- Viêm tụy mạn: nhu mô đậm âm, ống Wirsung giãn rộng.

CT, MRI:

- Chẩn đoán u rất chính xác

- Chẩn đoán viêm tụy cấp, mạn

III Chẩn đoán:

3.1) Chẩn đoán có bệnh: nếu có những cơn đau bụng tái đi tái lại nhiều lần, có tiêu đường, tiêu phân mỡ, chán ăn sụt cân.

3.2) Chẩn đoán phân biệt:

3.2.1 Đợt tái phát của viêm tụy cấp

Lâm sàng và sinh hoá có thể giống nhau

Cần dựa vào chẩn đoán hình ảnh để phân biệt.

3.2.2 Ung thư tụy

Thường ở người cao tuổi

Vàng da tăng dần, có thể sờ thấy túi mật

Sút cân

Siêu âm/ CT scan khối tăng âm hoặc tăng giảm âm hỗn hợp

Chắc chắn nhất chọc hút tế bào/ sinh thiết tụy.

- 3.2.3 Sỏi tụy(siêu âm/ CT)
- 3.2.4 Viêm dạ dày mạn/ loét dạ dày(soi dạ dày)
- 3.2.5 Hội chứng kém hấp thu, bệnh Crohn, U lympho ruột...
- 3.2.6 Lao ruột, viêm tiểu tràng...
- 3.3) Chẩn đoán nguyên nhân: dựa vào cận lâm sàng.
- 3.4) Chẩn đoán biến chứng:
 - Nghiện thuốc giảm đau á phiện.
 - RL dung nạp đường
 - Kém hấp thu cobalamin
 - Bệnh võng mạc không đái tháo đường
 - Trần dịch với nồng độ amylase cao
 - Chảy máu dạ dày ruột
 - Vàng da
 - Viêm đường mật +/- xơ hóa mật
 - Hoại tử mỡ dưới da
 - Đau xương
 - K tụy

IV Điều trị:

4.1) Mục tiêu điều trị:

- Điều trị giảm đau: trong giai đoạn đầu.
- Điều trị đợt cấp của viêm tụy mãn giống như điều trị viêm tụy cấp.
- Điều trị suy tụy ngoại tiết, nội tiết.
- Điều trị các biến chứng.

4.2) Điều trị giảm đau:

- Ngưng rượu, thuốc lá
- Chế độ ăn:
 - + Chia làm nhiều bữa nhỏ trong ngày để tránh tụy hoạt động nhiều.
 - + Đảm bảo 2.500-3.000 kcal/ngày
 - + Chất béo 60-70g/ngày(chủ yếu chất béo thực vật)
 - + Chất đạm 60-120g/ngày
 - + Chất bột đường 300-400g/ngày.
- Thuốc giảm đau:
 - + Dẫn xuất á phiện opiate và hoặc NSAIDS
 - + Pregabalin trong 1 số trường hợp không giảm với Opiolate hoặc NSAIDS

4.3) Điều trị suy tụy ngoại tiết:

- + Chế độ ăn giảm lipid.
- +Phối hợp thuốc kháng acid, chống tiết.
- +Tinh chất tụy: Pancreatine 1-2 viên uống trong bữa ăn.
- +Men tụy (Pancrease 1-3 viên uống trong bữa ăn) + thuốc chống tiết acid dạ dày(Anti H2 hoặc PPI)
- + Otreotide khi viêm tụy mạn có đau bụng không đáp ứng với thuốc trên
- +Tiêm ngầm đám rối mặt trời

+Điều trị nang giả tụy

4.4) Điều trị suy tụy nội tiết:

- Dựa theo kết quả xét nghiệm đường trong máu vì đảo Langerhans bị phá hủy không đủ tiết Insulin.

- Điều trị bằng Insulin.

4.5) Điều trị phẫu thuật:

- Có sỏi tụy, sỏi mật gây tắc mật, tắc ống tụy: Xem xét chỉ định lấy sỏi ống mật, ống tụy qua ERCP hoặc mổ hở lấy sỏi và dẫn lưu ống mật tụy.

- Nang tụy lớn có thể mổ mở, nội soi ổ bụng hoặc nội soi ống tiêu hóa đặt stent dẫn lưu vào dạ dày .

- Đau bụng nhiều đã điều trị nội khoa không đỡ, có thể phẫu thuật chống đau trên hạch và hệ thần kinh giao cảm, thần kinh tạng.

Tài liệu tham khảo:

1. Bệnh học tiêu hóa, Học viện Quân Y 2007, trang 145-155
2. Văn Tần, Lê Văn Cường, Cao Văn Thịnh. 2004. Viêm tụy mạn tính. Bài giảng bệnh học ngoại khoa, Trường ĐHY Phạm Ngọc Thạch. NXB y học. Trang 54-66
3. Dan L . Longo – Anthony S. Fauci. 2010. Chronic pancreatitis and pancreatic exocrine insufficiency. Harrison's gastroenterology and hepatology. MC Graw Hill Medical. P490-495.
4. Steven D Freedman, MD, PhD, David C Whitcomb , MD, PhD, Shilpa Grover, MD, MPH. Clinical manifestations and diagnosis of chronic pancreatitis in adults. Up to date 2012