**VIÊM TỤY MẠN TÍNH**

**I.    ĐẠI CƯƠNG**

Viêm tụy mạn tính là tình trạng chức năng tụy bị suy giảm kéo dài do tổn thương nhu mô tụy hay ống tụy.

**II.    CHẨN ĐOÁN**

**1.    Lâm sàng**

Đau bụng vùng thượng vị lan ra sau lưng là triệu chứng thường gặp. Đau ở các mức độ. Thường đau nhiều, đau tăng lên khi ăn do vậy phần nào làm bệnh nhân sợ không dám ăn nhiều làm bệnh cảnh suy kiệt nặng lên. Rối loạn tiêu hóa thường gặp: phân lỏng có váng mỡ, số lượng nhiều. Suy kiệt: gầy sút cân nhanh giai đoạn muộn có thể xuất hiện phù chi, tràn dịch các màng do hội chứng kém hấp thu. Dấu hiệu xâm lấn đè đẩy vào tá tràng và các tạng lân cận dẫn đến các triệu chứng: nôn và buồn nôn, hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, vàng da tắc mật.

**2.    Cận lâm sàng**

Thăm dò chức năng tụy ngoại tiết bị rối loạn, một số trường hợp có cả rối loạn chức năng nội tiết. Xét nghiệm đánh giá tình trạng dinh dưỡng; protid huyết thanh thường giảm, đặc biệt albumin huyết thanh.

Phân mỡ: lượng mỡ trong phân chiếm > 10% trọng lượng phân. Đo lượng nitơ trong phân.

Làm nghiệm pháp pancreozymin.

Xét nghiệm calci máu thường giảm.

Bilan mỡ máu thường biến loạn tăng cholesterol và triglycerid.

Amylase và lipase thường bình thường ít khi tăng.

Đường máu tăng, HbA1c tăng thường kèm với tiểu đường typ 1.

Chẩn đoán hình ảnh:

–    Chụp bụng không chuẩn bị tìm hình ảnh cản quang vùng tụy.

–    Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính xác định hình thái tụy co nhỏ, nhu mô tụy không đồng nhất, ống tụy hẹp hay giãn, nhiều nốt calci hóa tụy, nang giả tụy.

–    Siêu âm nội soi: xác định hình thái nhu mô tụy thường không đều có các tổn thương ổ hoại tử, ống tụy hẹp giãn xen kẽ nhau, bờ tụy mấp mô không đều.

–    Chụp MRI xác định tổn thương nhu mô tụy và ống tụy.

**3.    Chẩn đoán nguyên nhân**

–    Rượu.

–    Sau [viêm tụy cấp](http://benhnoikhoa.com/viem-tuy-cap/).

–    Sỏi tụy.

–    Tụy phân đôi.

–    Rối loạn chuyền hóa thiếu hụt a1 antitrypsin.

–    Suy dinh dưỡng.

–    Bệnh nhầy nhớt.

–    Cắt đoạn dạ dày.

–    Viêm tụy mạn tính tự miễn.

**4. Chẩn đoán phân biệt**

–    Hội chứng kém hấp thu: phân lỏng, váng mỡ, gầy sút cân. Bệnh lý của hội chứng kém hấp thu: cắt đoạn ống tiêu hóa, bệnh viêm ruột, coliac, viêm loét đại – trực tràng chảy máu, …

–    Ung thư tụy: đau nhiều vùng tụy, gầy sút cân nhanh, siêu âm CT phát hiện khối    u tụy,    CA19.9    tăng

cao. Chọc hút tế bào u tụy cho chẩn đoán xác định.

–    Bệnh nhầy nhớt: bệnh ảnh hưởng đến nhiều hệ cơ quan: phổi, tụy, hạch, … Hay    gặp ờ    trẻ    em:    chẩn

đoán xác định bằng test mồ hôi.

**III. ĐIỀU TRỊ**

**1.    Điều trị nội khoa**

–    Khi có đợt cấp của viêm tụy mạn tính: điều trị như [viêm tụy cấp](http://benhnoikhoa.com/viem-tuy-cap/).

–    Chế độ ăn uống:

+ Ngừng rượu là bắt buộc nếu bệnh nhân uống rượu.

+ Ăn nhiều bữa hạn chế mỡ và protein.

+ Khi bệnh nhân bị đái tháo đường: cần hạn chế đường.

+ Ăn thức ăn giàu vitamin tan trong dầu (A,D,K), sắt, vitamin B12, acid folic.

–    Chế độ dùng thuốc:

+ Điều trị giảm đau trong viêm tụy mạn.

Tùy theo mức độ đau để dùng các thuốc theo từng mức độ: đầu tiên dùng nhóm: acetaminophen hoặc Ibuprofen, Efferalgan hoặc [paracetamol](http://benhnoikhoa.com/ngo-doc-cap-paracetamol/), Mobic hay Feldene dạng tiêm. Nếu không hiệu quả có thể dùng nhóm narcotic meperidin (Demerol) hoặc morphine (nên hạn chế chỉ định).

–    Điều trị bổ sung men tụy: một số chế phẩm: panthicon F 3 – 6 viên/ngày hoặc pancrease 25mg: 1-2 viên/ngày hoặc Creon 20 dùng 3 viên/ngày.

–    Bổ sung thêm các vitamin tan trong dầu (A, D, E, K).

–    Bổ sung thêm các yếu tố vi lượng: sắt (Siderfol), calci (calci Sandoz).

–    Dùng insulin khi bệnh nhân bị đái tháo đường: điều trị dò liều theo nồng độ đường huyết.

–    Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch khi toàn trạng suy kiệt: đạm toàn phần, dung dịch acid béo, cung cấp nhiều calo.

–    Điều trị rối loạn phân bằng Actapulgit, Smecta có tác dụng bảo vệ niêm mạc đường tiêu hóa.

**2.    Điều trị can thiệp**

–    Giảm đau: diệt hạch giao cảm qua nội soi.

–    Nang giả tụy: chỉ địr.n chọc hút, dẫn lưu qua da hay dẫn lưu qua dạ dày. Phẫu thuật khi điều trị nội khoa thất bại.

–    Trong những trường hợp tắc nghẽn ống tụy

+ Nội soi mật tụy ngược dòng: đặt stent khi ống tụy hẹp, lấy sỏi tụy.

+ Phẫu thuật: khi không có điều kiện nội soi mật tụy ngược dòng, hay thất bại: chỉ định: nối thông ống tụy – hỗng tràng, lấy sỏi tụy. Những trường hợp bệnh tiến triển cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ tụy có thể được cân nhắc như là phương pháp điều trị cuối cùng. Chi định khi có sỏi tụy, hẹp ống tụy.

**VIÊM ĐẠI TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU**

**I.    ĐẠI CƯƠNG**

Viêm loét đại – trực tràng chảy máu (VLĐTTCM) là bệnh viêm mạn tính, có tính chất tự miễn, gây loét và chảy máu đại – trực tràng, gây tổn thương lan tỏa lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, vị trí chù yếu ở trực tràng và giảm dần cho đến đại tràng phải.

Tỉ lệ nam/nữ khoảng 1.

Tuổi khởi phát: 15 – 40.

**II.    CHẨN ĐOÁN**

**1. Chẩn đoán xác định**

Dựa vào các triệu chứng lâm sàng, nội soi đại tràng và mô bệnh học. Trong đó, nội soi đóng vai trò chù yếu.

**a.    Lâm sàng**

–    Đau bụng.

–    Rối loạn phân: đại tiện phân lỏng hoặc có nháy máu nhiều lần trong ngày, phân máu đỏ.

–    Sốt hiếm khi thường ở thể tiến triển nặng, thể có biến chứng.

–    Triệu chứng ngoài tiêu hóa: đau khớp, viêm màng bồ đào, viêm xơ hóa đường mật.

–    Toàn thân: gầy sút cân, thiếu máu, đôi khi phù do suy dinh dưỡng.

**b.    Cận lâm sàng**

**Nội soi trực tràng hoặc đại tràng toàn bộ:** phân loại giai đoạn bệnh trên hình ảnh nội soi theo Baron.

–    Giai đoạn 0: niêm mạc nhạt màu, các mạch máu dưới niêm mạc mỏng mảnh, thưa thớt, thậm chí hình ảnh nội soi bình thường.

–    Giai đoạn 1: niêm mạc lần sần, sung huyết đỏ, các mạch máu chỉ nhìn thấy một phần.

–    Giai đoạn 2: niêm mạc mất nếp ngang, có những ổ loét đặc trưng, không nhìn thấy mạch máu dưới niêm mạc, dễ chảy máu khi đèn chạm phải.

–    Giai đoạn 3: niêm mạc phù nề, sung huyết, mủn, có những ổ loét lớn, chảy máu niêm mạc tự phát là đặc điểm quan trọng trong giai đoạn này.

**Chẩn đoán thể dựa vào phạm vị tổn thương trên nội soi đại tràng:**

–    Viêm loét trực tràng: tổn thương chỉ ở trực tràng.

–    Viêm loét trực tràng và đại tràng sigma: tổn thương từ trực tràng đến giữa đại trảng sigma.

–    Viêm loét đại tràng trái: tổn thương từ trực tràng lên đến đại tràng góc lách.

–    Viêm loét đại tràng phải: tổn thương từ trực tràng lên tới đại tràng góc gan.

–    Viêm loét đại tràng toàn bộ.

VLĐTTCM ít khi có tổn thương ở hậu môn và không có tổn thương ở ruột non, trừ trường hợp viêm đoạn cuối hồi tràng (viêm hồi tràng xoáy ngược) trong bệnh cảnh viêm loét đại tràng toàn bộ.

**Mô bệnh học là tiêu chuẩn chẩn đoán quan trọng.**

–    Tổn thương chỉ ở lớp niêm mạc, dưới niêm mạc, không tổn thương đến lớp cơ.

–    Biểu mô phủ bong tróc, mất bằng phẳng.

–    Cấu trúc khe tuyến bất thường: ngắn lại, mất song song, chia nhánh, giảm số lượng tế bào hình đài hoặc tế bào hình đài cạn kiệt chất nhày.

–    Tương bào thâm nhập xuống lớp mô đệm.

–    Áp xe khe hốc.

–    Xuất huyết niêm mạc, các mạch máu sung huyết.

Không có dấu hiệu gợi ý đến các bệnh khác như: bệnh Crohn, lao, ung thư, viêm đại tràng do vi khuẩn, amip.

**Chụp khung đại tràng:** đại tràng dạng ống chì, hình ảnh giả polyp, hẹp đại tràng, phình giãn đại tràng. Hình ảnh chỉ gặp ở giai đoạn bệnh tiến triển nặng.

**Chụp bụng không chuẩn bị:** các quai ruột giãn.

**CT scan ổ bụng:** thành đại tràng dày liên tục nhưng không quá 1,5cm, không có dày thành ở ruột non mà tập trung quanh trực tràng và đại tràng sigma.

**Xét nghiệm:**

+ Thiếu máu ở các mức độ tùy vào tinh trạng [xuất huyết tiêu hóa](http://benhnoikhoa.com/cap-cuu-xuat-huyet-tieu-hoa-cao/) kéo dài hay không.

+ Hematocrit thường giảm.

+ Hội chứng viêm: máu lắng tăng, protein phản ứng c (CRP) tăng.

+ Đánh giá mức độ nặng: chia ra 3 mức độ: nhẹ, vừa, nặng (xem bảng).

**Bảng. Phân độ Viêm loét đại – trực tràng chảy máu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Đặc điểm | Nhẹ | Vừa | Nặng |
| Số lần đại tiện/ngày | <4 | 4-6 | >6 |
| Nhiệt độ (độC) | <37,2 | 37,2-37,8 | >37,8 |
| Mạch (lần/phút) | <90 | 90-100 | >100 |
| Máu lắng 1 giờ (mm/giờ) | <20 | 20-30 | >30 |
| Albumin máu (g/l) | >35 | 30-35 | <30 |
| Hematocrit (%) | Bình thường | 30-40 | <30 |
| Sút cân (%) | Không | 1-10 | >10 |

**2.    Biến chứng**

–    Phình giãn đại tràng: thường gặp ở thể viêm loét đại tràng nặng, viêm toàn bộ đại tràng. Đại tràng giãn to chù yếu giãn đại tràng ngang, đường kính > 6cm. Đây là một cấp cứu nội khoa vì có nguy cơ thùng đại tràng.

–    Thủng đại tràng: bệnh cảnh viêm phúc mạc. Là cấp cứu ngoại khoa.

–    [Xuất huyết tiêu hóa](http://benhnoikhoa.com/cap-cuu-xuat-huyet-tieu-hoa-cao/): [xuất huyết tiêu hóa](http://benhnoikhoa.com/cap-cuu-xuat-huyet-tieu-hoa-cao/) là triệu chứng của bệnh nhưng trong các đợt tiến triển dấu hiệu [xuất huyết tiêu hóa](http://benhnoikhoa.com/cap-cuu-xuat-huyet-tieu-hoa-cao/) nặng lên. Khi dấu hiệu phân máu đỏ tươi số lượng nhiều kèm tinh trạng mất máu cần có chỉ định ngoại khoa.

–    Ung thư: hóa viêm loét đại – trực tràng chảy máu có tỉ lệ ung thư hóa cao. Tỉ lệ ung thư chiếm 10-15% sau 10 năm. Nguy cơ ung thư tăng cao trong trường hợp viêm loét toàn bộ đại tràng. Theo dõi bằng nội soi định kì và sinh thiết vị trí nghi ngờ. Đồng thời theo dõi các dấu ấn khối u như CEA, CA19.9.

**3.    Chẩn đoán phân biệt**

a.    Hội chứng ruột kích thích: triệu chứng lâm sàng cũng tương tự đau bụng rối loạn phân có nhầy, không có máu, không gầy sút cân, không thiếu máu. Nội soi đại tràng bình thường.

b.    Lao ruột: vị tri tổn thương thường ở phần cuối hồi trảng, cũng có thể ở manh tràng và đại tràng lên. Nội soi đại tràng: có loét lớn, hẹp, rò. Mô bệnh học: hình ảnh nang lao điển hình với chất hoại tử bã đậu và tế bào bán liên, nuôi cấy tìm thấy vi khuẩn lao), hay kèm theo Xquang phổi có hình ảnh nghi ngờ lao.

c.    Bệnh Crohn: 10 – 20% không phân biệt được giữa VLĐTTCM và Crohn. Tổn thương trong bệnh Crohn thường sâu đến tận lớp cơ, tổn thương có thể từ miệng tới dạ dày, ruột non, đại tràng và hậu môn. Loét không liên tục, loét sâu nham nhở như hình bản đồ hoặc loét vòng ranh giới rõ ràng, xen kẽ là niêm mạc lành. Có thể có hình ảnh hẹp hoặc rò, hình ảnh sỏi cuội khỉ bệnh kéo dài. Bệnh lí quanh hậu môn rất có giá trị để phân biệt bệnh Crohn vả VLĐTTCM: tổn thương da, hậu môn, ống hậu môn và rò hậu môn. Mô bệnh học: tổn thương sâu đến lớp cơ, hình ảnh u hạt rất đặc hiệu cho bệnh Crohn nhưng chỉ gặp ở 5 – 24% trường hợp.

d.    Ung thư đại tràng: hình ảnh nội soi tổn thương dạng sùi loét, hẹp lòng đại tràng, mô bệnh học có hình ảnh tế bào ác tính. Dấu ấn khối u CEA, CA19.9 tăng.

e.    Viêm đại tràng cấp do vi khuẩn: thường khởi phát đột ngột. Chẩn đoán phân biệt bằng cấy phân. Sinh thiết trực trảng: thâm nhiễm nhiều bạch cầu đa nhân trung tính ở niêm mạc mô đệm, các khe tuyến vẫn giữ cấu trúc bình thường.

**III.ĐIỀU TRỊ**

**1.    Nguyên tắc điều trị**

–    Đối với trường hợp chưa được điều trị. Điều trị khởi đầu một loại thuốc. Đánh giá đáp ứng dựa vào triệu chứng lâm sàng sau 10-15 ngày.

–    Đối với trường hợp đả hay đang điều trị có đợt tiến triển nặng. Bẳt đầu lại điều trị bằng 2 loại thuốc đang điều trị và kết hợp thêm một loại thuốc khác.

–    Trường hợp đã được điều trị và ngừng điều trị lâu. Điều trị khởi đầu như trường hợp chưa được điều trị, nên bắt đầu điều trị bằng thuốc khác.

–    Trường hợp thể nhẹ tổn thương tối thiểu ở trực tràng và đại tràng sigma nên kết hợp thêm thuốc điều trị tại chỗ viên đặt hậu môn và thuốc thụt.

–    Điều trị gồm có điều trị tấn công và điều trị duy trì.

**2.    Điều trị tấn công**

**a.    Điều trị viêm loét đại – trực tràng chày máu mức độ nhẹ (tổn thương ở trực tràng)**

–    5 – ASA đường uống: pentasa 0,5g X 8 viên/ngày, chia 4 lần.

–    5 – ASA tại chỗ: nang đạn đặt hậu môn: 1 g X 1 lần (tối trước đi ngủ) X 3 tuần.

–    Có thể kết hợp steroid tại chỗ: nang đạn đặt hoặc dung dịch thụt hoặc dạng bột: 100mg X 1 – 2 lần/ngày.

–    Kháng sinh uống: ciprofloxacin 1g/ngày hoặc metronidazol 1g/ngày X 7 ngày.

**b.    Điều trị viêm loét đại – trực tràng chảy máu mức độ vừa (tổn thương đại tràng trái)**

–    5 – ASA đường uống: pentasa 0,5g X 8 viên/ngày chia 4 lần.

–    5 – ASA tại chỗ: dung dịch thụt hoặc bột.

–    Dung dịch hydrocortison 100mg thụt vào buổi sáng 1 lần/ngày.

–    Kháng sinh uống: ciprofloxacin 1g/ngày, chia 2 lần hoặc metronidazol 1g/ngày X 7 ngày.

–    Nếu không đáp ứng: kết hợp corticoid uống 40 – 60mg/ngày X 10 -14 ngày.

–    Nếu vẫn không đáp ứng: methylprednisolon 40 – 80mg/ngày X 7 -10 ngày.

**c.    Điều trị viêm loét đại – trực tràng chày máu mức độ vừa hoặc nặng (tổn thương đại tràng phải hoặc toàn bộ đại tràng)**

–    5 – ASA đường uống: pentasa 0,5g X 8 viên/ngày chia 4 lần.

–    Prednisolon uống 40 – 60mg/ngày X 7-10 ngày nếu lâm sàng cải thiện, giảm liều dần mỗi 5mg/tuần và cắt hẳn.

–    Nếu không đáp ứng: corticoid liều cao tiêm tĩnh mạch (TM) 7-10 ngày, methylprednisolon 16 -20mg/8 giờ, hydrocortison 100mg/8 giờ (TM). Nếu lâm sàng cải thiện sau 7-10 ngày giảm liều dần mỗi 5 mg/1 tuần và cắt hẳn. Nếu không đáp ứng kết hợp dùng thuốc ức chế miễn dịch:

+ Azathioprin (Imuren): liều 2 – 2,5mg/kg/ngày.

+ Cyclosprorin (Sandimun); truyền TM liều 2 – 4mg/kg/ngày.

+ Kháng thể đơn dòng infliximab (Remicade): là kháng thể kháng TNF: tiêm TM liều 5 – 10mg/kg/ tuần.

–    Kháng sinh: ciprofloxacin 1g/ngày hoặc metroni-dazol 1g/ngày X 7 ngày (uống hoặc truyền TM).

**3.    Điều trị duy trì**

–    Các triệu chứng lâm sàng có thể cải thiện sau 3-4 tuần giảm liều dần đến liều duy trì bằng 5 – ASA đường uống (1g/ngày chia 2 lần).

–    Thời gian duy trì:

+ Viêm loét trực trảng: ít nhất 2 năm.

+ Viêm loét trực tràng và đại tràng sigma: điều trị duy trì càng lâu càng tốt.

+ Viêm loét đại tràng phải hoặc toàn bộ đại tràng: duy trì suốt đời.

**4.    Điều trị phình giãn đại tràng nhiễm độc (hoặc thể tối cấp)**

–    Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

–    Corticoid tiêm TM: prednisolon 30mg/12 giờ, methylprednison 16 – 20mg/3 giờ, hydrocortisone 100mg/8 giờ.

–    5 – ASA đường uống: pentasa 0,5g X 8 viên/ngày, chia 4 lần.

–    Kháng sinh đường tĩnh mạch: ciprofloxacin 1g/ngày hoặc metronidazol 1 – 1,5g/ngày.

–    Theo dõi sát các dấu hiệu lâm sàng, bilan viêm và Xquang bụng không chuẩn bị.

–    Nếu không đáp ứng sau 7-10 ngày: dùng thuốc ức chế miễn dịch.

**5.    Chế độ dinh dưỡng và điều trị triệu chứng**

–    Mức độ nhẹ hoặc vừa: thức ăn mềm, hạn chế chất xơ tạm thời.

–    Mức độ nặng:

+ Nhịn ăn hoàn toàn.

+ Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch bằng đạm toàn phần, dung dịch acid béo (lipofundin), dung dịch đường: đảm bảo 2500Kcal/ngày.

+ Bổ sung sắt, acid folic 1mg/ngày nếu dùng thuốc 5 -ASA kéo dài.

+ Bồi phụ nước và điện giải.

–    Phân lỏng: dùng các thuốc bọc niêm mạc: Actapulgit, Smecta.

–    Đau bụng: dùng các thuốc giảm co thắt Visceralgin, Spasfon, Buscopan, Debridat (trimébutine).

**6.    Điều trị ngoại khoa**

Cắt đoạn đại tràng hay cắt toàn bộ đại tràng nối hồi tràng hậu môn. a. Chì định -Thủng đại tràng.

–    Phình giãn đại tràng nhiễm độc.

–    Chảy máu ồ ạt mà điều trị nội khoa thất bại.

–    Ung thư hóa hoặc dị sản mức độ nặng.