

BS. HOÀNG THỦY

CẨM NANG  
CHO NGƯỜI BỆNH

# Bệnh **TỤY** & CÁCH ĐIỀU TRỊ



NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG

# BỆNH TUY VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ

HOÀNG THUÝ

*bìen soạn*

BỆNH TUY  
VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ

## **Phần I**

# **NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ TỤY**

### **1. Khái quát về tụy**

Tụy là một cơ quan sau phúc mạc, nằm sau dạ dày, sát thành sau của ổ bụng. Tụy nặng khoảng 80 gram, có màu trắng nhạt, một số loài có tụy màu hồng nhạt và mỗi ngày, trung bình tụy có thể tiết ra 0,8 lít dịch tiết.

Ở các loài động vật khác nhau thì tụy có hình dạng khác nhau. Như ở cá, tụy không có hình dạng nhất định, chỉ là một khối nhão. Đến loài ếch nhái và bò sát thì tụy đã thành tuyến nằm ép sát bên thành tá tràng. Đến lớp chim thì tụy nằm ở phần giữa đoạn cong vòng của tá tràng chim. Ở người, tụy là một cơ quan nhỏ và hơi thuôn dài nằm trong ổ bụng.

Tụy gồm có ba phần: đầu tụy, đuôi tụy và thân tụy. Đầu tụy nằm sát đoạn tá tràng D2 và đuôi tụy kéo dài đến sát lách. ống tụy còn gọi là ống Wirsung là một ống nằm dọc suốt chiều dài của tụy và dẫn lưu dịch tụy đổ vào đoạn D2 của tá tràng. Chỗ ống tụy nối vào tá

với ống tụy tại hoặc gần bóng Vater. Theo một số tài liệu, nơi đó ra của ống tụy và ống túi mật là cùng một nơi nên vị trí đó gọi là cơ vòng Oddi.

Tụy được cung cấp máu bởi các động mạch tá tụy, các động mạch này là nhánh của động mạch mạc treo tràng trên. Máu tĩnh mạch đổ về các tĩnh mạch lách rồi đổ vào tĩnh mạch cửa. Tĩnh mạch lách chảy sát sau tuyến tụy nhưng không dẫn lưu máu của tụy. Tĩnh mạch cửa được hợp thành bởi hợp thành của hai tĩnh mạch là tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch lách. Ở một số người thì tĩnh mạch mạc treo tràng dưới cũng đổ vào tĩnh mạch lách ở phía sau tuyến tụy. Trong đa số trường hợp, tĩnh mạch này đổ vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

## 2. *Chức năng của tụy*

Tuyến tụy sản xuất các men tiêu hóa có khả năng tiêu hóa gần như tất cả các thành phần thức ăn.

### 2.1. *Tụy ngoại tiết*

Tụy được bao bọc bởi bao tụy. Bao tụy cũng có tác dụng phân chia tụy thành các tiểu thùy. Nhu mô của tụy được cấu tạo bởi các tế bào tụy ngoại tiết, các tế bào này chứa đựng rất nhiều các hạt nhỏ chứa enzyme tiêu hóa dưới dạng tiền chất (chủ yếu là trypsinogen, chymotrypsinogen lipase tụy và amylase).

Khi có kích thích thích hợp, các men tụy sẽ được tiết vào ống tụy và sau đó đổ vào ruột non ở đoạn D2

tràng sẽ xúc tác làm trypsinogen biến thành dạng hoạt động là trypsin. Trypsin là một endopeptidase lại cắt các amino acid của chymotrypsinogen thành dạng hoạt động chymotrypsin. Men này lại cắt các polypeptide trong thức ăn thành các đơn vị nhỏ có thể hấp thu được qua niêm mạc ruột. Việc tuy chỉ tiết các men dưới dạng tiền chất hay dạng không hoạt động có ý nghĩa hết sức quan trọng vì các men hoạt động có khả năng tiêu hủy protein của chính tuyến tụy.

Dịch tụy là nguồn chứa các men tiêu hóa mỡ và protein, còn niêm mạc ruột lại có các men tiêu hóa được đường. Dịch tụy cũng chứa các ion bicarbonate có tính kiềm để trung hòa lượng dịch lượng acid trong thức ăn từ dạ dày đi xuống. Việc kiểm soát chức năng ngoại tiết của tụy được thực hiện thông qua các men (enzyme) như gastrin, cholecystokinin và secretin. Các men này được các tế bào của dạ dày và tá tràng tiết ra dưới kích thích của thức ăn hiện diện trong ống tiêu hóa và bởi chính dịch tụy.

Thông thường để đảm bảo cấu trúc cũng như chức năng ngoại tiết bình thường của tụy thì các men được tiết ra dưới dạng tiền chất, nghĩa là chưa có khả năng tiêu hủy protein và mỡ. Tuy nhiên vì một lý do nào đó như sự ứ trệ, nhiễm trùng, chấn thương... các men này lại được hoạt hóa ngay trong lòng tụy gây nên sự tự tiêu hủy tụy. Trên lâm sàng có thể gặp tình trạng viêm tụy cấp do sỏi, do giun chui ống mật - tụy...

## 2.2. *Tụy nội tiết*

nhóm nhỏ tế bào gọi là tiểu đảo tụy hay tiểu đảo Langer-hans. Các tiểu đảo này là phần nội tiết của tuyến tụy có chức năng tiết các hormone quan trọng là insulin, glucagon và các hormone khác. Các tiểu đảo tụy chứa ba loại tế bào chính là: tế bào alpha, tế bào beta, và tế bào delta. Trong ba loại này thì tế bào beta chiếm số lượng nhiều nhất và sản xuất insulin. Các tế bào alpha sản xuất glucagon và tế bào delta sản xuất somatostatin. Somatostatin có tác dụng làm giảm nồng độ của glucagon và insulin trong máu.

#### \*Ảnh hưởng của insulin đến trao đổi carbohydrate

Insulin của người có khối lượng phân tử 5808. Cũng như các protein khác, insulin được tổng hợp trong tế bào beta ở đảo tụy bằng bộ máy tổng hợp protein tế bào (bắt đầu bằng quá trình tổng hợp RNA của insulin, dịch mã để tổng hợp các tiền-hormone (prohormone) tại hệ thống lưới nội nguyên sinh, tiếp theo là biến đổi prohormone hình thành các tiền-insulin (preinsulin) sau đó là quá trình hình thành insulin tại bộ máy golgi. Sau khi được tổng hợp, insulin được "gói" trong các hạt tiết để qua màng tế bào và vào máu. Khoảng 1/6 preinsulin không biến đổi thành insulin. Ở những bệnh nhân tiểu đường do thiếu insulin vẫn có sự hiện diện của preinsulin nhưng không may, nó không thực hiện bù đắp được chức năng của insulin.

Sau khi vào máu, insulin ở dạng tự do và có thời gian bán phân huỷ trong huyết tương khoảng 6

insulin sẽ không còn hiện diện trong máu nữa. Nếu không kết hợp được với các thụ quan (insulin receptor), insulin sẽ bị phân huỷ tại gan và một phần nhỏ tại thận.

Để phát huy được tác dụng với các tế bào đích (target cells), insulin kết hợp với protein receptor trên màng tế bào (có khối lượng phân tử khoảng 300.000), sự kết hợp này dẫn đến hoạt hoá hệ thống AMP vòng (cAMP). Ngoài ra insulin còn phát huy tác dụng qua hệ thống tín hiệu thứ hai.

Tác động của insulin đến chức năng dự trữ đường tại gan:

Sau một bữa ăn nhiều tinh bột và đường, hàm lượng glucose trong máu tăng sẽ kích thích tế bào beta của đảo tụy tiết insulin. Insulin sẽ tác động đến các quá trình giữ, dự trữ và sử dụng glucose bởi các loại mô trong cơ thể, đặc biệt là tại gan, cơ và mỡ mỡ.

#### \* Khi nồng độ glucose trong máu tăng cao

Sau khi ăn, uống đồ uống có nhiều đường, truyền glucose v.v... glucose sẽ được dự trữ trong gan dưới dạng glycogen. Khi hàm lượng đường trong máu giảm (khi đói, giữa hai bữa ăn...) glycogen sẽ biến đổi trở lại thành glucose để đi vào máu giữ cho lượng đường trong máu (gọi tắt là đường huyết) không hạ quá thấp.

Insulin tác động đến quá trình này như sau:

- Insulin ức chế phosphorylase, một enzyme biến đổi glycogen thành glucose

- Insulin làm tăng cường hấp thu glucose của các tế bào gan thông qua tác động của enzyme glucokinase (enzyme này tăng cường phosphoryl hoá giữ glucose không qua được màng tế bào để đi ra ngoài).

Tăng cường hoạt tính của enzyme tổng hợp glycogen bao gồm phosphofructokinase dẫn đến giai đoạn hai của quá trình phosphoryl hoá phân tử glucose và glucose synthetase có tác dụng tạo chuỗi từ các monosaccharide để hình thành phân tử glycogen.

Các tác động này làm tăng lượng glycogen dự trữ trong gan (có thể chiếm 5 - 6% khối lượng của gan hay khoảng 100 gram glycogen).

#### \* Khi đường huyết giảm

Tế bào beta giảm tiết insulin

Thiếu insulin sẽ dẫn đến diễn tiến ngược của quá trình trên, bao gồm giảm thu nhận glucose và giảm tổng hợp glycogen tại gan.

- Thiếu insulin (song song với tăng glucagon) hoạt hoá phosphorylase có tác dụng chuyển glycogen thành glucose phosphate.

- Enzyme glucose phosphatase xúc tác giải phóng gốc tự do phosphate khỏi glucose cho phép glucose quay trở lại hệ tuần hoàn (vào máu).

Như vậy, dưới tác động của insulin, gan “lấy” glucose từ máu và dự trữ dưới dạng glycogen. Khi cần thiết (hạ đường huyết), sẽ giải phóng glucose trở lại.

Insulin còn có khả năng biến đổi glucose thành các acid béo tại gan. Acid béo sau đó sẽ đến các mô mỡ. Insulin còn ức chế gluconeogenesis bằng cách giảm số lượng và hoạt tính các enzyme cần thiết cho quá trình này hoặc thông qua tác động làm giảm quá trình giải phóng amino acid từ các tế bào cơ và các mô khác ngoài gan dẫn đến giảm lượng tiền chất cho gluconeogenesis.

*Ảnh hưởng của insulin đến trao đổi glucose tại cơ:*

Thiếu insulin sẽ ảnh hưởng đến việc thu nhận và sử dụng glucose của não bộ.

## **Phần 2**

### **TỤY TẠNG**

#### **1. Một số đặc điểm giải phẫu sơ lược**

Tụy nằm sâu trong ổ bụng, nằm trước các đốt sống thắt lưng 1 - 2. Mặt trước của tụy sát với mặt sau của dạ dày, từ đoạn 2 của tá tràng đi chêch lên trên từ phải sang trái đến rốn lách.

- Phần đầu tụy và thân tụy được dính vào thành bụng sau bởi cản mạc Trddltt, chỉ có đuôi tụy di động trong mạc nối tụy - lách.

- Tụy nặng khoảng 70 - 80g/ màu hồng nhạt, chiều dài từ 15 - 20cm, chiều ngang từ 4 - 5cm, chiều dày 2 - 3cm.

Tụy chia thành: đầu tụy, thân tụy, đuôi tụy.

- Tụy có 2 ống bài xuất: ống Wirsung từ đuôi tụy đến đầu tụy, cùng với ống mật chủ đổ vào đoạn II của tá tràng. Chỗ đổ chung của ống mật chủ và ống Wirsung ở đoạn II tá tràng gọi là bóng Vater (núm ruột tá lớn). Ống Santorini ở đầu tụy phía trên ống Wirsung

thường ống Santorini là một nhánh của ống Wirsung (nhánh phụ) nếu bị tắc ở phần cuối của ống Wirsung thì ống này trở thành ống bài xuất chính.

- Các mối liên quan của tụy với các cơ quan lân cận

+ Bên phải: đầu tụy kết hợp chặt chẽ với khung tá tràng.

+ Bên trái: liên quan chặt với lách trong mạc nối tụy - lách.

+ Mặt sau tụy: liên quan chặt chẽ với tĩnh mạch lách, tĩnh mạch mạc treo tràng trên và thân tĩnh mạch cửa.

## 2. Một số đặc điểm sinh lý của tụy tạng

Tụy nội tiết: các tiểu đảo Langherhans nằm trong tiểu thùy, rải rác giữa các tuyến nang, bài tiết insulin và glucagon.

Tụy ngoại tiết: tuyến kiểu chùm nho được cấu tạo bởi tế bào hình tháp đinh qui tụ vào khoảng trung tâm, từ đây dịch tụy đổ vào các ống trong tiểu thùy, gian tiểu thùy vào ống tụy.

- Tụy ngoại tiết giữ vai trò quan trọng trong quá trình tiêu hóa protein, carbohydrate và lipid.

- Tiết nước và điện giải: dịch tụy được bài tiết ra khoảng 1 - 1,5 lít/24h. Dịch tụy trong suốt, quánh, phản ứng kiềm pH khoảng 8,4. Dịch tụy chứa nhiều chất khoáng như: clo, natri ... Tụy tiết các chất khoáng

cholecystokinin - pancreozymin tá tràng, acetylcholin và thần kinh phế vị.

- Tiết các enzym tụy:

+ Các enzym tiêu hoá protein được tổng hợp dưới dạng những tiền chất không có hoạt tính và trở thành hoạt hoá khi xuống tới ruột, các enzym đó là: endopeptidase (trypsin, chymotrypsin A.B, elastase; exopeptidase và endonuclease).

+ Các enzym tiêu hoá cacbohydrat chủ yếu là amylase biến đổi amidon thành dextrin và maltose.

Các enzym tiêu hoá lipid biến đổi mỡ trung tính thành glycerin và axit béo, ngoài ra còn có phospholipase và lecithinase, cholesterol - esterase.

### **3. Các triệu chứng của tụy tạng**

#### **a. Các triệu chứng cơ năng**

- *Đau bụng*: với các tính chất: Đau từng cơn xuất hiện sau khi ăn 3 - 4h nhất là sau ăn mỡ (giống cơn đau sỏi mật), đau thường khu trú ở vùng thượng vị và hạ sườn trái lan ra sau lưng. Đau dữ dội, chỉ có thể cắt cơn đau bằng thuốc giảm co thắt mạnh hoặc thuốc phiện, gấp trong cơn đau sỏi tụy.

- *Đau có cơn dữ dội* xuất hiện đột ngột kéo dài vài giờ đến vài ngày khu trú ở nửa bụng trên, gấp trong viêm tụy cấp. Đau được giải thích do tắc đột ngột ống tụy chính, co thắt phù nề, viêm nhiễm, kích thích thần kinh đám rối dương.

trú hạ sườn phải lan ra sau lưng, u đuôi tụy đau vùng mũi ức và hạ sườn trái. Đau tăng lên khi nằm ngửa, người bệnh phải gập thân lại mới đỡ đau.

- Đau ê ẩm thường gặp ở viêm tụy mạn tính.

- Buồn nôn và nôn: nôn nhiều mang tính chất phản ứng gấp trong viêm tụy cấp.

- Rối loạn tiêu hoá: ăn mất cảm giác ngon, sợ thức ăn mỡ, hay trướng hơi đầy bụng, phân lỏng, phân nhão, phân bóng mỡ có mùi khǎn. Các triệu chứng này gắn liền với sự thiếu hụt các enzym tiêu hoá của tụy.

- Toàn thân: gây sút nhanh kèm theo trạng thái suy nhược toàn thân rõ rệt.

- Tìm hiểu các nhân tố liên quan đến viêm như: lạm dụng uống rượu, ăn quá nhiều mỡ, có bệnh lý bộ máy tiêu hoá như viêm túi mật, viêm ruột thừa.

- Vàng da, tắc mật: tiến triển tăng dần, vàng da như nghệ có thể kèm theo ngứa, có thể xuất huyết gấp trong u đầu tụy.

### **b. Các triệu chứng thực thể**

- Vàng da với vết gai xước trên da, xuất huyết dưới da trong u đầu tụy.

- Viêm tụy cấp: da nhợt nhạt tím tái, rối loạn hô hấp, tuần hoàn do trạng thái nhiễm độc nặng.

Viêm tụy mạn tính rối loạn tiêu hoá kéo dài đưa đến tình trạng toàn thân: da khô, nhăn nheo, gầy, suy kiệt toàn thân.

- Trong u nang nước tụy quá lớn có thể thấy vùng thương vị gồ cao.

- Viêm tụy cấp: sờ vùng thương vị đau, co cứng cơ bụng vùng hạ sườn trái. Co cứng thành bụng phía trước trên hình chiếu của tụy. Sờ tụy nên sờ vào lúc đói, sáng sớm, lúc dạ dày rỗng. Ở những bệnh nhân gây có thể sờ theo phương pháp sờ sâu trượt, đè cơ quan được sờ vào phía sau của ổ bụng, đẩy dạ dày lên phía trên khi bệnh nhân thở ra ấn tay sâu vào ổ bụng tới thành sau, trượt từ trên xuống dưới. Bình thường tụy nằm ngang sờ vào không đau.

- Viêm tụy mạn: u thận, đuôi tụy có thể sờ thấy khối cứng, mấp mô ấn vào hơi đau. Vì tụy ở rất sâu nên khi sờ rất dễ nhầm với các khối u của dạ dày, khối hạch lympho, u đại tràng ngang.

- Điểm tá - tụy, vùng tam giác tá - tụy - ống mật (tam giác Chauffard) đau trong viêm tụy cấp.

- Điểm Mayo - Robson (điểm sườn sống lưng bên trái) đau...

- Gõ: bụng trưởng hơi, gõ trong toàn bộ bụng thường gấp trong viêm tụy cấp hoặc đợt tiến triển của viêm tụy mạn.

Với bệnh lý viêm tự cấp, mạn dấu hiệu cơ năng rầm rộ nhưng ngược lại dấu hiệu thực thể nghèo nàn.

### c. Thăm khám cận lâm sàng tụy tạng

\* Xét nghiệm dịch tụy

thông 2 cần một ỏ trong dạ dày, một ỏ tá tràng giúp cho lấy dịch tuy tinh khiết, chất kích thích tiết dịch tuy là secretin hoặc pancreozymin. Trong các enzym dịch tuy chủ trọng nhất là: amylaza, lipase và trypsin.

+ Amylase: ít dùng xét nghiệm vì có nhiều nguyên nhân làm sai lệch kết quả.

+ Lipase: theo phương pháp Bondi, bình thường khả năng tiêu mỡ của lipase là 30 - 60 đơn vị.

+ Tripsin: theo phương pháp Ganllier bình thường khả năng tiêu hoá gelatin của tripsin là 7,5 - 12,5 đơn vị.

- Lấy dịch tuy: nghiệm pháp secretin: sáng sớm đặt sonde Einhorn vào tá tràng hút hết dịch (kiểm tra pH khoảng 8) thì tiêm secretin 3 đơn vị/kg cân nặng, tiêm tĩnh mạch trong 2 phút. Sau đó cứ 10 phút lấy một mẫu. Trong 1 giờ ghi số lượng và cung lượng bicacbonat của mỗi mẫu.

### Kết quả Bình thường

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| Số lượng dịch         | 36,2 '0,2ml/10 phút |
| Nồng độ bicacbonat    | 98,1 11mEq/l        |
| Cung lượng bicacbonat | 3,13 '1,91 mEq/l    |

### - Bệnh lý tuy tăng:

+ Số lượng dịch giảm, nồng độ bicacbonat bình thường, cung lượng bicacbonat giảm, gấp trong u đầu tuy, sỏi ống tuy.

+ Số lượng dịch giảm, nồng độ và cung lượng bicacbonat giảm gấp trong viêm tuy mạn tính.

\* Xét nghiệm máu

- Amylase huyết thanh:

+ Bình thường hoạt độ amylase máu bằng  $32 + 4$  đơn vị Wohlgemuth/1ml,  $130 + 4$  đơn vị Somogyi/100ml huyết thanh, Amylase  $< 220$  U/l ( $37^\circ\text{C}$ ).

+ Tăng cao trong viêm tụy cấp tính, nhất là trong những ngày đầu, ngoài ra còn tăng trong viêm tụy mạn, ung thư tụy.

- Lipase huyết thanh:

Phương pháp Comfort M. hoạt độ tiêu mỡ theo ml NaOH, bình thường  $0,2 - 1,5$  ml NaOH N/20 ( $< 277$  UI/l).

Hoạt độ tăng trong viêm tụy và trong ung thư tụy, loét dạ dày - tá tràng thủng vào tụy, tăng chậm hơn amylase nhưng giữ lại ở huyết thanh lâu hơn.

- Nghiệm pháp glucose - amylase.

Chức năng ngoại tiết của tụy kích thích khi nồng độ glucose máu tăng. Cho bệnh nhân uống glucose  $0,7\text{g/kg}$  cân nặng, sau đó cứ 30 phút định lượng glucose máu và amylase huyết thanh trong 2h, vẽ đường biểu diễn.

Bình thường nồng độ glucose máu và amylase huyết tương đều tăng. Nếu amylase huyết tương không tăng, không giảm trong khi glucose vẫn tăng, thường gặp trong ung thư tụy, viêm tụy mạn.

\* Xét nghiệm nước tiểu

theo phương pháp Wohlgemuth nhỏ hơn 1310U/1.

- Amylase tăng cao trong viêm tụy cấp và kéo dài trong viêm tụy mạn hoặc u tụy có tăng nhưng ít hơn. Trong bệnh lý của tụy do ứ đọng của dịch tụy, men tụy đi vào máu rồi thải qua nước tiểu. Xét nghiệm men tụy ở trong máu và ở nước tiểu cùng thời gian nếu chúng tăng song song thì rất có giá trị trong chẩn đoán.

#### \* *Xét nghiệm phân*

Rối loạn chức năng ngoại tiết liên quan tới hấp thu hợp phần thức ăn trong đó chủ yếu là protid và lipid.

Khối lượng phân nhiều, có màu nâu xám, mùi khǎn, bóng mỡ:

- Nếu lipase ít: cho phân vào nước thấy váng mỡ nổi lên trên mặt nước, xem trên kính hiển vi thấy rõ các hạt mỡ. Do thiếu lipase nên mỡ chưa tiêu hoá thành glycerol và axid béo để hấp thu.

- Nếu tripsin ít: xem trên kính hiển vi thấy các sợi cơ chưa được tiêu hoá hết.

#### \* *X-quang*

- Chụp bụng không chuẩn bị: chỉ phát hiện sỏi trong ống tụy hoặc các hình vôi hoá tổ chức tụy thường tương ứng với vị trí đoạn cột sống thắt lưng 2 và 3 gấp ở bệnh nhân viêm tụy mạn.

- Chụp dạ dày - tá tràng:

Tụy to đẩy dạ dày lệch về phía trước và sang trái.

Khung tá tràng bị giãn rộng hoặc các măt của tá tràng thấy những vết ấn khuyết do bị ép trước sau: bờ trong của đoạn II tá tràng cứng và thắt. Vết ấn hình số 3 ngược ở đoạn II tá tràng gấp trong ung thư bóng Vater (dấu hiệu Prostberg).

Trong u đầu tụy chụp X-quang thấy khung tá tràng giãn rộng; u nang tụy ở thân hoặc đuôi tụy thì vòng cung lớn của dạ dày bị kéo giãn ra.

- Chụp các đường dẫn mật:

+ Phát hiện sỏi túi mật.

+ Ống mật chủ đoạn sau tụy hép kiểu đồng hồ cát gấp trong viêm tụy mạn tính.

+ Hẹp ống mật chủ ở đoạn sát bóng Vater, đoạn trên giãn gấp trong viêm cơ tròn Oddi hoặc ung thư bóng Vater.

- Chụp mật - tụy ngược dòng: qua máy nội soi.

Phương pháp này sử dụng tốt cho chẩn đoán bệnh lý gan - mật - tụy.

- Chụp *X-quang* các mạch máu:

Chụp động mạch siêu chọn lọc bằng cách thông các động mạch vị - tràng, lưng tụy hoặc cung tụy tràng.

Giúp đánh giá viêm tụy mạn hoặc các khối u tụy, đặc biệt ung thư tụy, xem xét sự xâm lấn đến các mạch máu lớn, di căn đến cơ quan lân cận như gan, dạ dày.

- Chụp cắt lớp vi tính (CT):

Là phương pháp thăm dò hình thái học tụy tạng, nhu mô tụy, ống tụy, phát hiện các biến chứng của

### \* Đồng vị phóng xạ

Dùng đồng vị phóng xạ  $^{75}\text{Se}$  gắn methionin.

Dung dịch phóng xạ tiêm vào tĩnh mạch bệnh nhân, sau 30 phút kiểm tra nháy phóng xạ xem xét mức độ tích tụ nhanh và thời gian lưu giữ ở tuy cùng với thành phần chất đồng vị phóng xạ bài tiết theo dịch tụy xuống ruột.

Trong trường hợp viêm nhiễm, xơ teo lan rộng nhu mô tuy thì sự hấp thu chất đồng vị phóng xạ giảm đi rõ rệt trên nháy nháy đồ. Nếu có khối u hoặc nang tuy thể hiện khoảng thiếu hụt của vùng không có nhu mô tuy.

### \* Nội soi

- Soi ổ bụng:

+ Do tuy nằm sâu trong ổ bụng nên hạn chế quan sát trực tiếp tuy. Nếu cho bệnh nhân nằm nghiêng có thể quan sát tuy qua mạch nối nhỏ cùng với sinh thiết tuy qua soi ổ bụng.

+ Người ta nhìn thấy những dấu hiệu gián tiếp của viêm tuy cấp, do những vết hoại tử mỡ màu trắng xám, to nhỏ không đều trên mạch nối và màng bụng.

+ Trong ung thư tuy có thể nhìn thấy di căn của ung thư vào màng bụng hoặc vào gan, thanh mạc của dạ dày...

Hình ảnh gan ứ mật màu xanh, túi mật căng to là trên lâm sàng khi thấy túi mật to, phải nghĩ tới u tuy.

Luôn cathether qua núm ruột tá tràng để chụp ống mật chủ và ống Wirsung. Đây là phương pháp giúp quan sát trực tiếp hình ảnh của ống tuy qua vò tuyến X-quang trong khi soi.

Ống Wirsung khúc khuỷu, bị hẹp nhiều tầng, hình chuỗi hạt gấp trong viêm tuy mạn.

+ Khối u của tuy làm ống tuy bị hẹp, bị gãm nhám hoặc bị cắt cụt do khối u đè ép.

#### \* Siêu âm

Do vị trí giải phẫu của tuy nằm sâu trong ổ bụng nên các phương pháp thăm khám lâm sàng bị hạn chế. Trước khi có sự phát triển của chụp cắt lớp vi tính (CT) thì siêu âm là phương pháp duy nhất cho hình ảnh tuy một cách trực tiếp.

Để thăm dò tuyến tuy người ta dùng siêu âm 2 chiều có thể xác định vị trí của tuy, đo kích thước của đầu tuy, thân tuy, đuôi tuy, xem xét nhu mô tuy.

Theo Francio S. Weill (1989): nhờ có siêu âm đã phát hiện được u nang nước ở tuy có kích thước từ 1 - 2cm.

Tuy nhiên siêu âm tuy cũng bị hạn chế khi bụng trương hơi, sẹo mổ lớn ở bụng hoặc bệnh nhân quá béo làm cản trở tia siêu âm.

## **Phân 3**

# **CHUẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH TUY THƯỜNG GẶP**

### **U TỤY**

#### **1. Đại cương**

U tuy được chia làm 2 loại: u lành tính và u ác tính.

*U lành tính:* hiếm gặp, phát triển chậm, không di căn. Được phân loại:

- U biểu mô (papilom, papilomatoza, adelom).
- U tổ chức liên kết (lymphangiom, hemangiom).
- U hõn hợp (dermiod).

*U ác tính (carcinom).*

Ung thư tuy chiếm 2-4% trong các loại ung thư, bệnh gia tăng trong những năm gần đây; đứng thứ 2 trong các nguyên nhân gây tử vong của ung thư đường tiêu hóa sau ung thư đại trực tràng; đứng hàng thứ 4 gây tử vong trong các loại carcinom. Gặp ở nam hơn ở nữ (1,5/1) thường ở tuổi trung niên, hiếm gặp ở < 45 tuổi.

## 2. Giải phẫu bệnh lý

Ung thư thường gặp ở đầu tụy (70%), ít hơn ở thận và hiếm gặp hơn ở đuôi tụy. Ung thư thường gặp nhất là Adeno carcinoma (90%) có cấu trúc tuyến của tụy nhưng đôi khi những tế bào được sắp xếp hoàn toàn không đều nhau. Việc phân loại và xác định giai đoạn còn trong giai đoạn nghiên cứu. Các tác giả Mỹ đề xuất bảng phân loại (T, N, M).

T: Ung nguyên phát.

T<sub>x</sub>: Không xác định được u.

T<sub>1</sub>: U < 2cm đường kính.

T<sub>2</sub>: U từ 2-6cm.

T<sub>3</sub>: > 6cm

T<sub>4</sub>: U xâm lấn sang các tổ chức xung quanh.

N: Hạch

N<sub>x</sub>: Không xác định được hạch.

N<sub>0</sub>: Không có di căn đến hạch bạch huyết.

N<sub>1</sub>: Một nhóm hạch khu vực thấy được khi mổ.

N<sub>2</sub>: Hai nhóm hạch khu vực thấy được khi mổ.

N<sub>3</sub>: Sờ thấy trên lâm sàng hạch bạch huyết (không phải mổ bụng).

N<sub>4</sub>: Hạch bạch huyết ngoại biên to ra.

M: Di căn xa.

M<sub>x</sub>: Không đánh giá được.

M<sub>0</sub>: Không có di căn xa.

### **3. Bệnh sinh**

Còn chưa rõ, tuy nhiên có 3 yếu tố nguy hiểm có vai trò (đái đường, nghiện thuốc lá, uống rượu).

### **4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng**

#### ***Triệu trứng lâm sàng***

Chẩn đoán có thể dễ dàng nhưng có thể khó và rất khó, do vậy cần phải khám tỷ mỷ và toàn diện.

#### ***Đau***

Chiếm tỷ lệ 80-90% trong số các ung thư tụy và hay gặp hơn ở các ung thư thận và đuôi tụy.

Đau thường gặp nhất ở vùng thượng vị (46%), nửa bụng trên (18%) và ở vùng 1/4 bụng bên trái (13%) (theo A.R. Mossa - 1980).

15-30% số bệnh nhân đau khu trú tăng lên khi nằm và giảm xuống khi ngồi. Đau ở 1/4 trên bụng trái, thường gặp ung thư ở thận và đuôi tụy.

Đau ở bụng dưới trong thời gian dài trước khi biểu hiện các triệu chứng khác gợi ý cho ta phải chú ý tới ung thư tụy. 2/3 số bệnh nhân đau bụng 3 tháng trước khi có vàng da. Bệnh nhân có u bóng Vater thường không đau.

#### ***Vàng da***

Gặp 7 - 30% số bệnh nhân có có ung thư tụy (J.Berk và E.Gamble, A.R. Mosa - 1980). Vàng da thường là hậu quả và kèm theo ngứa.

80 - 90% bệnh nhân u đầu tụy có vàng da (H.D. Gullick - 1959), chỉ 6% số bệnh có nhân u ở thân và đuôi tụy.

Vàng da, tắc mật tiến triển từ từ, ngày càng tăng dần, nếu vàng da có tính chất đậm mà không có đau là triệu chứng có giá trị (khác với vàng da tắc mật do sỏi). Có một số trường hợp kèm lách to do ung thư thân và đuôi tụy chèn vào tĩnh mạch lách.

### *Sốt*

Nhiệt độ tăng kèm rét run như triệu chứng của áp xe đường mật gấp ở 10% bệnh nhân có ung thư đầu tụy, nhưng không thường xuyên thấy nhiễm trùng đường mật.

### *Triệu chứng khác*

Hay gặp sút cân, thường là 2 tháng trước khi đến gặp thầy thuốc.

Đầy hơi, nôn, chướng bụng, thiếu máu, ỉa chảy, táo bón, mệt mỏi (ít có giá trị bệnh lý).

### *Triệu chứng cận lâm sàng*

#### *Xét nghiệm hóa sinh*

Bạch cầu tăng, amylaza máu tăng.

Hút dịch tá tràng xét nghiệm có thể thấy tế bào ung thư.

Bilirubin máu tăng, nhất là bilirubin tự do.

Nước tiểu có muối mêt và sắc tố mêt.

Nếu ung thư thân tụy có kèm theo đái đường.

### X-quang

Chụp khung tá tràng thấy khung tá tràng giãn rộng.

Chụp dạ dày có thay đổi ở các nếp niêm mạc, hình ảnh dạ dày bị đẩy sang vị trí khác, các bờ cong dạ dày thay đổi do bị u chèn ép, hoặc có giãn rộng khoảng trống trước dạ dày, hoặc có hình ảnh giãn dạ dày khi có nhồi máu tĩnh mạch lách.

Chụp tĩnh mạch lách - cửa có hình ảnh chèn ép của u vào tĩnh mạch cửa.

Chụp mật qua da có ý nghĩa rất đặc biệt ở bệnh nhân tắc mật, có hình ảnh tắc mật do u chèn vào đường mật, không có hình sỏi.

Chụp đường mật, tuy qua nội soi: phương pháp cho phép phát hiện ung thư tuy kích thước 2cm đường kính vì nó đi con đường trực tiếp, kết hợp với sinh thiết hút giúp cho chẩn đoán phân biệt ung thư tuy và viêm tuy mãn.

Chụp động mạch tuy là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán trên bệnh nhân nghi ngờ có u tuy.

### Siêu âm

Kết quả lâm sàng của siêu âm có quan hệ trực tiếp tới kỹ thuật và loại máy. Kết quả cho thấy:

- Vị trí hoặc sự lan tỏa của u.
- Bờ tuy không đều.
- Giãn ống mật chủ đoán trong tuy.

- Giãn ống tụy (wirsung).
- Vùng loang siêu âm.
- Giãn đường mật.
- Hình ảnh các động mạch bị đẩy.

U có kích thước 1,5cm có thể phát hiện được trên siêu âm (88%) phụ thuộc vào kỹ thuật thăm dò và kinh nghiệm của bác sĩ.

### *Chụp CT*

Thông tin của phương pháp này ít hơn so với siêu âm, độ chính xác trung bình (85%).

### *Chẩn đoán trong khi mổ*

Quan sát đại thể.

Sinh thiết trong khi mổ.

Nhiều tác giả cho rằng, quan sát đại thể trong khi mổ cũng đủ để chẩn đoán ung thư tụy, không cần phải dùng đến sinh thiết.

### *5. Chẩn đoán phân biệt*

Trước hết phải chẩn đoán phân biệt u tụy với các loại u khác của các tạng lân cận như u gan, u đường mật.

Chẩn đoán giữa vàng da do u tụy với vàng da tắc mật do sỏi: u đầu tụy cần theo dõi tính chất đau. Nếu u chèn ép đường mật, thì vàng da có tính chất liên tục, cố định và ngày càng tăng. Nếu giai đoạn

năng tuyển tụy.

Ung thư bóng Vater: triệu chứng vàng da không liên tục, giống tắc mật do sỏi và thường có sốt do nhiễm khuẩn đường mật, hay gặp có xuất huyết đường tiêu hóa.

## 6. Điều trị

Ngày nay ung thư tụy vẫn còn là vấn đề khó khăn trong chẩn đoán cũng như trong điều trị. Vì tụy là cơ quan nằm sâu trong phúc mạc được bao bọc bởi nhiều cơ quan và mạch máu quan trọng ( tá tràng, gan, lách, động mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch gánh) nên rất khó khăn trong xử trí ngoại khoa.

### *Phẫu thuật triệt để*

Có 3 phẫu thuật có khả năng lựa chọn cho các trường hợp:

- Phẫu thuật của Whipple: cắt 2/3 dạ dày, tá tràng, ống mật chủ (đoạn ngoại vi), túi mật, đầu tụy, đoạn đầu trung tâm của hông tràng và các hạch lymphô lân cận. Nối lại dạ dày với hông tràng và nối ống mật chủ, mỏm tụy với hông tràng.

- Phẫu thuật cắt toàn bộ tụy: bao gồm cắt cả lách, thận và đuôi tụy, cắt hạch bạch huyết rộng hơn cùng với nội dung của phẫu thuật Whipple.

- Phẫu thuật Fortner: cắt toàn bộ tụy, phần trước tụy của tĩnh mạch gánh, động mạch thận tạng, động mạch mạc treo tràng trên, động mạch đại tràng giữa.

## *Phẫu thuật tối thiểu*

Những ung thư tuy không có khả năng phẫu thuật có thể chỉ định phẫu thuật tối thiểu, nhằm mục đích sau:

- Làm nhẹ bớt vàng da, ngứa, tắc mật.
- Làm giảm bớt cản trở dạ dày.

Tiến hành nối đường mật với đường tiêu hóa để giải quyết lưu thông đường mật. Thông thường nối túi mật với h้อง tràng, hoặc nối ống mật chủ với h้อง tràng theo kiểu chữ Y hoặc Omega.

## U ÁC TÍNH KHÔNG BÀI TIẾT CỦA TUY

Có thể tiên phát hay hậu phát. U thứ phát ở tuy rất ít triệu chứng lâm sàng cũng như cận lâm sàng, mà triệu chứng ung thư gốc ngoài tuy là chính, do đó, chẩn đoán ung thư thứ phát ở tuy rất khó.

Ung thư tuy tiên phát là loại ung thư ít gặp, chiếm 2% trong tổng số các loại ung thư, chiếm 10% ung thư tiêu hoá, sau ung thư gan, dạ dày và đại tràng. Người ta thấy ung thư tuy tiên phát có chiều hướng ngày càng tăng, ví dụ ở Mỹ, ung thư tuy hiện nay tăng 3 lần so với năm 1930.

Bệnh nam gặp bệnh này nhiều hơn nữ 2 - 3 lần, tuổi từ 40 - 60 hay bị nhất. Viêm tuy mạn thường bị coi là yếu tố tiên ung thư tuy, còn vai trò của đái tháo đường không rõ ràng, có người thấy 10% đái

cũng có thể gây rối loạn chuyển hóa hydratcarbon.

- **Vi thể:** thường là epitheliome xuất phát từ ống tụy

- **Đại thể:** khối u cứng, có khi rất cứng nhưng cũng có trường hợp mềm như não, có trường hợp là một u nang.

Khối lượng u tuỳ từng trường hợp, khối u nhỏ rất ít triệu chứng, khi khối u to xâm lấn vào các tổ chức và cơ quan xung quanh mới có triệu chứng. Do đó chẩn đoán sớm ung thư tụy nguyên phát rất khó, thường là chẩn đoán ở giai đoạn muộn.

Vị trí của khối ung thư hay gặp nhất là ở đầu tụy (70%) rồi đến thân tụy (20%) và cuối cùng là đuôi tụy (10%).

### **1. Triệu chứng lâm sàng**

- **Cơ nǎng:** tuỳ theo vị trí khối u mà triệu chứng cơ nǎng khác nhau. Nói chung, các triệu chứng cơ nǎng thường gặp.

Đau vùng thượng vị: âm ỉ hoặc dữ dội, tăng lên sau khi ăn, lan ra sau lưng, ấn điểm sườn lưng hai bên bệnh nhân thường kêu đau.

Kém ăn, ỉa lỏng, có trường hợp ỉa lỏng rất nặng, nói chung ỉa chảy vừa phải ngày 2 - 3 lần phân nát hoặc sền sệt, sống phân.

Gây sút, có trường hợp gây sút rất nhanh.

Sát, ít khi gặp

Tuỳ theo vị trí của khối u có triệu chứng cơ năng khác nhau:

+ U đầu tụy: Triệu chứng nổi bật là tắc mật, rất ít đau, gây sút ít. Tắc mật ngày càng tăng dần.

+ U thân tụy: Đau thượng vị nổi bật nhất, đau dữ dội, gây sút nhanh. Rối loạn tiêu hoá cũng thường gặp.

+ U đuôi tụy: Rất ít triệu chứng cơ năng, nếu có thì đau bụng là chủ yếu nhưng không đau dữ dội.

- Triệu chứng thực thể:

Tại tụy: Khi khối u to, có thể sờ thấy trên lâm sàng, khối u thường đập theo nhịp đập của động mạch chủ vị trí sờ thấy trên lâm sàng tuỳ vị trí khối u ở tụy ở vùng thượng vị dễ nhầm với khối u dạ dày, hạch hoặc gan, ở vùng hạ sườn trái dễ lầm với lách hoặc thận hoặc đại tràng trái. Nghe ở khối u có thể thấy tiếng thổi tâm thu.

Ngoài tụy:

+ Thường gặp nhất là triệu chứng tắc mật, hoàng đản, gan to, túi mật to.

+ Lách to: hiếm gặp, khối u tụy có thể gây tăng áp lực tĩnh mạch cửa, do đó lách có thể to và nôn ra máu.

+ Hạch di căn.

+ Gây, phù và thiếu máu.

## 2. Chẩn đoán bệnh

Chủ yếu dựa vào các xét nghiệm cận lâm sàng:

- Siêu âm tụy, chụp cắt lớp quét (scanner).
- Ghi hình bằng phóng xạ.
- Chụp đường tụy ngược dòng.

Các xét nghiệm thăm dò tụy ngoại ít có giá trị.

Tuỳ theo vị trí khối u mà làm xét nghiệm bổ sung.

Đối với u đầu tụy: thăm dò hội chứng tắc mật, chụp khung tá tràng.

Đối với u thân tụy: chụp dạ dày nghiêng, soi ổ bụng, thử đường huyết.

- U đuôi tụy: chụp dạ dày thẳng, nghiêng.

Chẩn đoán phân biệt: ngoài chẩn đoán phân biệt trên đây, cần lưu ý:

U đầu tụy với viêm tụy mạn thể u;

U thân tụy với viêm tụy mạn thể tắc ống dẫn tụy.

#### \* *Chụp X-quang thông thường*

Không thấy hình tụy, trừ khi có sỏi tụy, nếu có sỏi tụy sẽ thấy hình một chuỗi hạt dọc theo đường đi của ống dẫn tụy.

#### \* *Chụp dạ dày, tá tràng*

Khi có khối u đầu tụy, khung tá tràng bị giãn rộng, u ở thân hoặc đuôi tụy có thể chèn ép vào thân dạ dày.

#### \* *Chụp tụy có bơm hơi*

Bơm hơi sau phúc mạc, kết hợp bơm hơi dạ dày, có thể thấy hình thái tụy hoặc hình dạ dày bị chèn ép.

Phương pháp này gây đau đớn cho người bệnh, kết quả không rõ, do đó rất ít áp dụng so với phương pháp chụp khác. Khối u tuy phải rất to mới thấy được

\* *Chụp động mạch tuy*

Rất tốt để chẩn đoán các khối u tuy, dù u còn nhỏ.

Hình ảnh: một vùng giàu mạch máu. Khó thực hiện vì tuy có ít nhất hai động mạch nuôi tuy.

\* *Chụp đường tuy ngược dòng*

Bằng nội soi tá tràng, đưa một ống thông vào bóng Water và bơm thuốc cản quang. Phương pháp này cho thấy đường dẫn tuy rất rõ.

Chỉ định viêm tuy mạn tính: đường dẫn tuy sẽ trở nên khúc khuỷu.

U tuy: đường dẫn tuy bị đẩy lệch hoặc bị chèn ép.

\* *Ghi hình tuy bằng phóng xạ*

Dùng chất sélénométhionin đánh dấu, tuỳ theo tổn thương tuy mà có hình ảnh khác nhau. U tuy: hình khuyết, viêm tuy mạn: xung động không đều hoặc thưa thớt. Nhược điểm: hình tuy dễ chồng lên hình gan.

\* *Siêu âm*

Rất tốt, có thể cho biết khối u tuy, nó còn cho biết khối u đặc hay u nang. Tuy nhiên, nó phụ thuộc nhiều vào người đọc kết quả.

\* *Chụp cắt lớp quét (scanner) và cộng hưởng từ*

khối u, sau đó là để chẩn đoán viêm tụy mạn hoặc cấp tính. Phương pháp này rất tốn kém, nên không áp dụng rộng rãi được.

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 và định lượng N, chymotrypsin. Viêm tụy mạn sẽ thấy các sợi cơ, hạt mỡ, N tăng và chymotrypsin giảm.

#### \* *Định lượng men*

Amylase, lipase máu và amylase nước tiểu. Trong viêm tụy (mạn, cấp) các men này đều tăng (bình thường: 40 - 80 đơn vị % somogy, 8 - 16 đơn vị Wohlgemuth đối với amylase) Tỉ lệ lipase máu cũng gần bằng amylase máu.

#### \* *Nghiệm pháp acid trioléine và oléic*

Suy tụy ngoại, ruột không hấp thụ được acid trioléin.

#### \* *Nghiệm pháp secretin và pancreozymin*

Sécrétin kích thích tụy bài tiết nước và điện giải, Pancréozymin kích thích tụy bài tiết men: do đó trong viêm tụy mạn tính sau khi kích thích bằng các chất trên tụy cũng không tăng bài tiết. Nghiệm pháp này còn có giá trị để phân biệt tăng amylase máu do viêm tụy mạn hay do các nguyên nhân khác.

\* Tỉ số

Clérance amylase Amylase niệu creatinin máu:

$$\text{-----} = \text{-----} X \text{-----} = X 100$$

Clearance crétimin Amylase máu creatinin niệu bình thường tỉ số này = 1 - 5% trong viêm tụy cấp tỉ số này trên 5%. Tỉ số này khá đặc hiệu trong viêm tụy cấp.

\* Test peptid tổng hợp

(Axit benzoyl tyrosyl-p-aminobenzoic viết tắt là BztypABA. Sau khi uống chất này đến ruột, nó bị thuỷ phân bởi chymotrypsin và tạo nên PABA, chất này nhanh chóng được hấp thu vào máu và đào thải qua nước tiểu.

## UNG THƯ TUY

Hầu hết (95%) ung thư tuy xuất phát từ phần ngoại tiết của tuy. 80% ung thư tuy là adenocarcinoma. Các bệnh lý ác tính khác của tuy bao gồm: ung thư nang tuyến (acinar cell carcinomas), ung thư mô liên kết của tuy (sarcomas), ung thư mô bạch huyết của tuy (lymphomas) và ung thư tế bào đảo tuy.

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân bị ung thư tuy là 70. Nam giới có tần suất mắc bệnh cao hơn nữ giới (tỉ lệ nam / nữ = 1,5/1).

Nguyên nhân: 40% do tự phát, 30% có liên quan

(nhiều năng lượng, ít rau quả tươi), 5% liên quan đến bệnh viêm tụy mãn, 5 - 10% liên quan đến di truyền.

Tuổi tác là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất. Tuổi càng cao nguy cơ mắc bệnh càng lớn.

Vị trí của khối u trong ung thư tụy: 75% đầu và cổ; 15 - 20% ở thân; 5 - 10% ở đuôi tụy. Ung thư đầu tụy thường có triệu chứng xuất hiện sớm hơn ung thư thân và đuôi tụy (triệu chứng của bệnh chèn ép đường mật), do có tỉ lệ được phẫu thuật cắt bỏ cao hơn và có tiên lượng tốt hơn.

Ung thư tụy trước tiên di căn đến các hạch bạch huyết quanh tụy (hình 1, 2). Tụng bị di căn xa thường nhất là gan, kế đến là phổi. Khối u cũng có thể xâm lấn vào các tạng lân cận. Chỉ 20% bệnh nhân bị ung thư tụy có thể được phẫu thuật trị liệu.

Nói chung, tiên lượng của ung thư tụy nghèo nàn. Bệnh khó được chẩn đoán sớm. Đa số bệnh nhân đến với khối u không thể phẫu thuật được.

Tiên lượng của ung thư tụy sẽ tốt hơn nếu khối u nhỏ hơn 3cm và không có di căn hạch.

## 1. Chẩn đoán

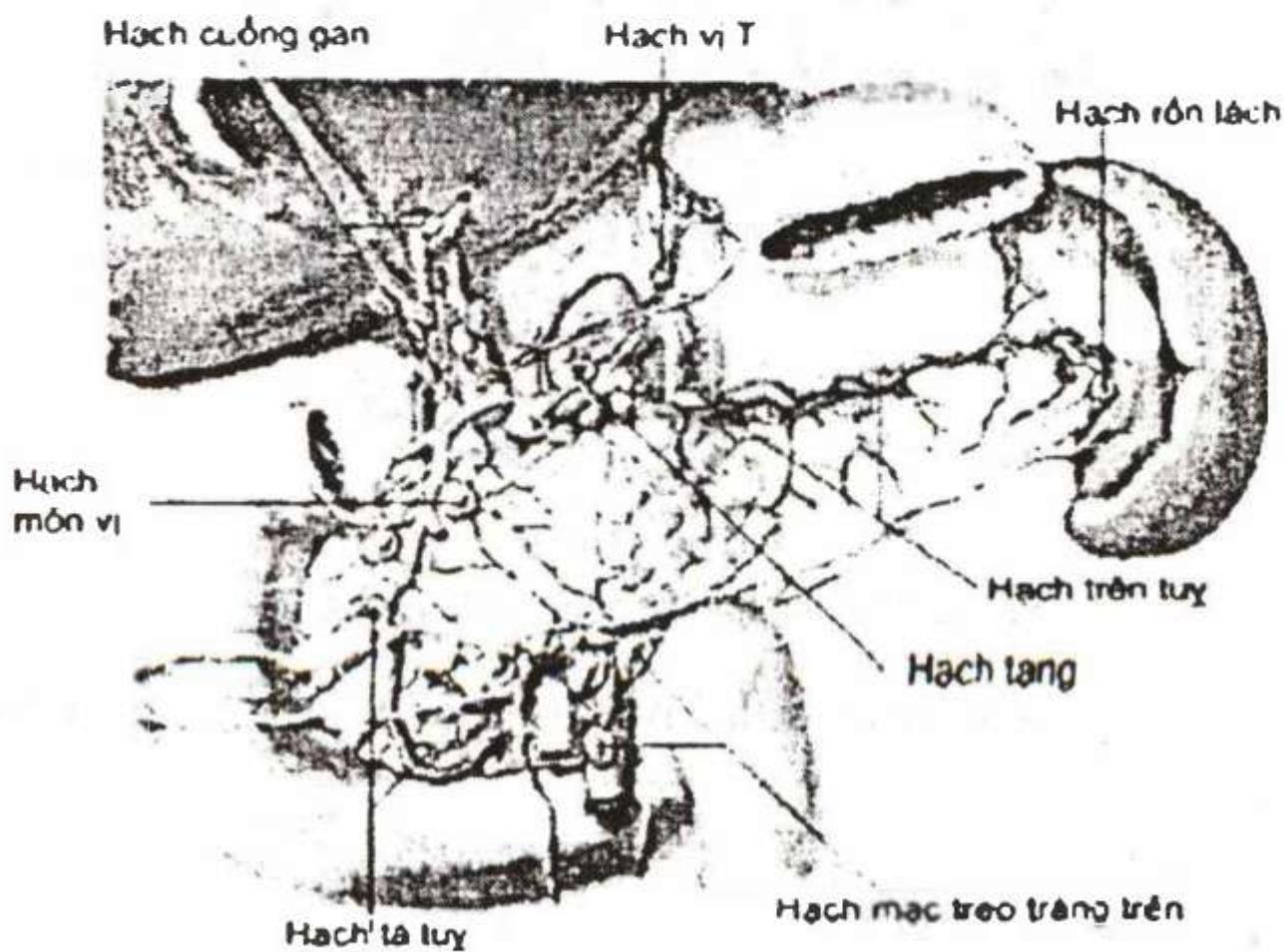
### a. Chẩn đoán lâm sàng

Hai nhóm triệu chứng thường gặp nhất nhưng lại khó phân biệt với các bệnh lý khác:

- Chán ăn, mệt mỏi, đau mơ hồ vùng thượng vị. Đôi khi buồn nôn, nôn ói.

### - Sút cân nhiều.

Nếu khối u ở đầu tuy chèn ép vào đường mật, vàng da tăng dần (kèm ngứa và phân bạc màu) là triệu chứng nổi bật. Vàng da thường không kèm theo đau và sốt, một dấu hiệu để phân biệt tắc mật do khối u chèn ép đường mật và tắc mật do sỏi mật. Khối u đầu tuy chèn vào ống tuy có thể gây triệu chứng tiêu chảy, tiêu phân mỡ. Tuy nhiên, tiêu chảy, tiêu phân mỡ thường ít được để ý cho đến khi vàng da xuất hiện. Đặc biệt, khối u ở mỏm móc tuy có thể chèn vào ống tuy mà không chèn vào đường mật.

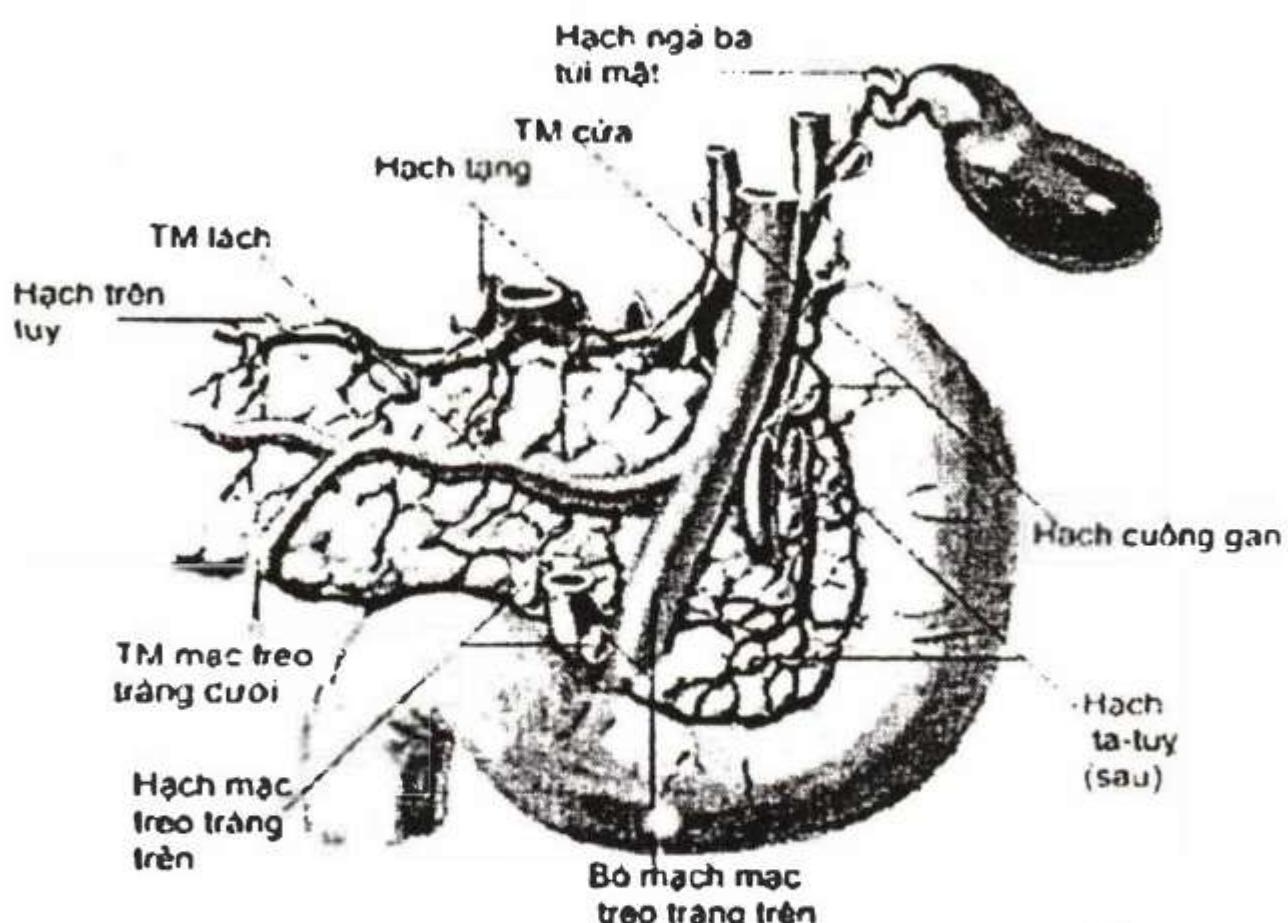


Hình 1: Dẫn lưu hạch mạch của tuy (mặt trước)

vào đám rồi tạng sau phúc mạc.

Các triệu chứng khác, ít gặp hơn:

- Chèn ép, xâm lấn tá tràng: nôn ói, chảy máu tiêu hóa trên.
- Viêm tĩnh mạch huyết khối di trú (dấu hiệu Troussseau)<sup>(1)</sup>.



Hình 2 - Dẫn lưu hạch mạch của tụy (mặt sau)

Tuỳ theo vị trí của khối u, khám lâm sàng có thể thấy:

- Da vàng sậm. Có vết gai ở vùng cẳng tay hay cẳng chân.

(<sup>1</sup>): Tình trạng huyết khối tĩnh mạch nông xảy ra ở nhiều vị trí thay đổi (thường ở thân mình và chi dưới) và lặp đi lặp lại nhiều lần. 50% các trường hợp viêm tĩnh mạch huyết khối di trú được phát hiện có bệnh lý ác tính của lớp biểu mô (carcinomas), đặc biệt là

- Túi mật căng to (định luật Courvoisier)
- Gan to và chắc (xơ gan ứ mật)
- Lách to (huyết khối tĩnh mạch lách)
- Khối u thượng vị.

### *b. Chẩn đoán cận lâm sàng*

#### \* CA 19 - 9

- Tăng trong 75 - 85% bệnh nhân bị ung thư tụy. Tăng CA 19 - 9 trên 100 IU/mL (bình thường 33 - 37 IU/mL), nhất là khi không có vàng da và bệnh lý tụy lành tính khác có độ đặc hiệu cao cho các bệnh lý ác tính, nhất là ung thư tụy.

- CA 19 - 9 không tăng vẫn không loại trừ được ung thư tụy.

- Ít nhạy trong ung thư tụy giai đoạn sớm và cũng không thể dùng để tầm soát ung thư tụy.

#### \* CEA

Tăng trong 40 - 45% bệnh nhân bị ung thư tụy. Ở nhiều bệnh lý khác cũng có tăng CEA. Do đó CEA không đặc hiệu cho ung thư tụy.

#### \* Chụp điện toán cắt lớp (CT):

CT scan thế hệ mới (xoắn ốc) là chọn lựa trước tiên trong chẩn đoán ung thư tụy. Độ chính xác của việc đánh giá khả năng phẫu thuật trên CT xoắn ốc là 80%. Hình ảnh adenocarcinoma ống tụy: khối u giảm đậm độ và kém tăng quang hơn so với mô tụy chung

mật hay cả hai. Dấu hiệu của khối u quá khả năng phẫu thuật: xâm lấn ra ngoài tụy, vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

\* *X-quang động mạch*

Các mạch máu trong tụy và quanh tụy bị tắc hay bó hẹp. Không có hình ảnh tăng sinh mạch máu hay các thông nối động - tĩnh mạch.

\* *Siêu âm qua nội soi*

Được xem là phương tiện chẩn đoán ung thư tụy có độ nhạy và đặc hiệu cao nhất. Với đầu dò 7,5 - 12 MHz cho hình ảnh có độ phân giải cao, siêu âm qua nội soi có thể phát hiện 99 - 100% ung thư tụy.

Sinh thiết tụy qua siêu âm cũng là một lợi thế lớn của siêu âm qua nội soi.

Đánh giá khả năng phẫu thuật tương đương CT xoắn ốc.

\* *Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi (EBCP):*

95% adenocarcinoma có biểu hiện bất thường trên ERCP: óng tụy bị bó hẹp hay bị tắc. Nếu khối u ở đầu tụy: óng mật chủ cũng cho hình ảnh tương tự (hình ảnh “óng đôi”). Các dấu hiệu bất thường trên, tuy nhiên, không đặc hiệu cho adenocarcinoma.

\* *Chụp cộng hưởng từ (MRI)*

MRI không ưu việt hơn so với CT xoắn ốc. Tuy nhiên, MRCP là phương tiện khảo sát đường mật và tụy không xâm lấn.

### \* PET

Phương pháp PET dùng chất  $^{18}\text{F}$  - fluorodeoxy glucose (FDG) để khảo sát hình ảnh của khối u nguyên phát và các di căn.

Mục đích PET: phát hiện các di căn tiềm ẩn. PET có thể cho dương tính giả trong viêm tuy cấp.

### \* Sinh thiết

Sinh thiết trước phẫu thuật là vấn đề còn đang bàn cãi. Tuy nhiên, việc xác định bản chất mô học trước hoá trị hay xạ trị (trường hợp không phẫu thuật) là điều bắt buộc.

Sinh thiết có thể được thực hiện dưới sự hướng dẫn của: CT, siêu âm qua nội soi, ERCP...

### \* Nội soi ổ bụng

Nhiều bệnh viện đánh giá giai đoạn qua nội soi ổ bụng trước khi cố gắng thực hiện một cuộc phẫu thuật trị liệu.

### \* Các xét nghiệm khác

Không đặc hiệu, tùy theo thể lâm sàng:

- Vàng da: tăng bilirubin (chủ yếu trực tiếp), tăng phosphatase kiềm, AST, ALT, ax-GT...

- Suy dinh dưỡng: giảm albumin, giảm cholesterol...

### \* Chẩn đoán phân biệt

Tùy thuộc vào triệu chứng của bệnh nhân khi

biệt với ung thư tụy:

- Viêm tụy mãn
- Viêm loét dạ dày - tá tràng
- Ung thư dạ dày
- Ung thư gan thùy trái
- Ung thư vùng quanh bóng Vater
- Ung thư đường mật
- Sỏi đường mật
- Xơ hẹp đường mật
- Nang đường mật

#### \* *Thái độ chẩn đoán*

Trước một bệnh nhân lớn tuổi, nhập viện với triệu chứng sụt cân, mệt mỏi, chán ăn, đau mơ hồ vùng thượng vị, chẩn đoán ung thư tụy thường không được đặt ra trước tiên và bệnh nhân thường được chỉ định siêu âm và nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng. Khi nội soi đã loại trừ bệnh lý của dạ dày - tá tràng và siêu âm không cho thấy bất thường của gan mật, CT là phương tiện chẩn đoán được chỉ định tiếp theo.

Nếu bệnh nhân nhập viện vì triệu chứng vàng da, có nhiều bệnh lý cần được loại trừ. Trước tiên, cần loại trừ vàng da trước gan và tại gan, chủ yếu dựa vào các kết quả xét nghiệm. Kế tiếp, cần loại trừ sỏi mật bằng siêu âm hay ERCP. ERCP có thể chẩn đoán xác định ung thư vùng quanh bóng Vater cũng như ung thư đường mật. Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, chẩn đoán ung thư tụy thường được đặt ra sau

khi đã có kết quả CT.

CT có thể đánh giá giai đoạn ung thư tuy với độ chính xác cao. Siêu âm qua nội soi là phương tiện chẩn đoán xác định và đánh giá giai đoạn ung thư tuy với độ chính xác cao nhất. Nội soi xoang bụng và mở bụng thám sát là hai phương tiện đánh giá giai đoạn được chọn lựa sau cùng.

### c. Đánh giá giai đoạn (theo AJCC)

#### *Khối u:*

- Tis: carcinoma in situ
- T1: khối u còn khu trú trong tuy và có đường kính lớn nhất không quá 2cm.
- T2: khối u còn khu trú trong tuy và có đường kính lớn nhất hơn 2cm.
- T3: khối u xâm lấn ra ngoài tuy nhưng chưa xâm lấn vào bó mạch thân tạng hay mạc treo tràng trên.
- T4: khối u xâm lấn ra ngoài tuy và xâm lấn vào bó mạch thân tạng hay mạc treo tràng trên.

#### *Hạch:*

- N0: chưa di căn hạch vùng.
- N1: có di căn hạch vùng.

#### *Di căn xa:*

- M0: Chưa di căn xa
- M1: có di căn xa

Đánh giá giai đoạn ung thư tuy (theo AJCC)

| Giai đoạn | T      | N      | M |
|-----------|--------|--------|---|
| 0         | Is     | 0      | 0 |
| IA        | 1      | 0      | 0 |
| IB        | 2      | 0      | 0 |
| IIA       | 3      | 0      | 0 |
| IIB       | 1      | 1      | 0 |
|           | 2      | 1      | 0 |
|           | 3      | 1      | 0 |
| III       | 4      | Bất kỳ | 0 |
| IV        | Bất kỳ | Bất kỳ | 1 |

## 2. Phương pháp điều trị

### a. Phẫu thuật triệt căn

#### \* Phẫu thuật Whipple

Phẫu thuật cắt khối tá tụy (phẫu thuật Whipple) được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn đối với ung thư đầu tụy. Nội dung của phẫu thuật Whipple bao gồm cắt bỏ đầu tụy, tá tràng D1 - D4, hang vị, đoạn cuối ống mật chủ, các hạch lân cận. Sự tái lập đường tiêu hóa được thực hiện bằng cách nối vị - h้อง tràng.

Phần thân đuôi tụy còn lại và ống mật chủ được nối với một đoạn h้อง tràng. Sự cắt rộng hơn thường không được các phẫu thuật viên chấp nhận, mặc dù, ở một số trung tâm phẫu thuật tụy, một đoạn tĩnh mạch cửa hay tĩnh mạch mạc treo tràng trên có thể được cắt ghép nếu khối u xâm lấn vào chúng.

Một biến thể của phẫu thuật Whipple là phẫu thuật cắt khối tá tuy bảo tồn môn vị. Trong phẫu thuật này, phần hang và ống môn vị được chữa lại. Cả hai loại phẫu thuật cho kết quả sống còn ngang nhau, nhưng bệnh nhân được bảo tồn môn vị ít có triệu chứng rối loạn tiêu hoá xảy ra sau mổ hơn.

Để đánh giá khả năng khôi u có thể cắt bỏ được hay không, quan trọng nhất là xác định xem khối u có xâm lấn vào động mạch thân tạng, động - tĩnh mạch mạc treo tràng trên hay tĩnh mạch cửa hay không. Nếu có xâm lấn, hầu hết phẫu thuật viên không phẫu thuật. Có di căn hạch quanh tuy cũng là chổng chỉ định tương đối cho phẫu thuật.

Công việc chuẩn bị trước mổ bao gồm:

- Việc giải áp đường mật (dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da, mở túi mật ra da hay đặt stent đường mật tạm thời) không làm thay đổi kết quả phẫu thuật. Chỉ nên đặt vấn đề giải đáp đường mật trước mổ nếu bệnh nhân bị tắc mật trong thời gian dài, hay cuộc mổ bị hoãn lại vì một lý do nào đó, thí dụ như phải điều trị các bệnh lý nội khoa về tim mạch.

- Nâng cao thể trạng (truyền đạm, truyền máu...).

- Điều chỉnh rối loạn cầm máu đông máu với vitamin K.

- Kháng sinh dự phòng.

Chăm sóc sau mổ:

hiệu quả nhất là không ăn uống qua đường miệng. Các loại thuốc (ức chế bơm proton, somatostatin...) có thể được cân nhắc đến.

- Dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch.
- Sau 5 - 7 ngày, nếu không có dấu hiệu xì dò miệng nối, bắt đầu cho bệnh nhân ăn uống qua đường miệng.

Biến chứng và di chứng phẫu thuật:

- Hội chứng dạ dày chậm tiêu thoát (25%).
- Dò tiêu hoá (dò tụy, dò mật) (5%).
- Chảy máu.
- Tụ dịch sau mổ hay áp - xe tồn lưu.

Đây là phẫu thuật lớn, biến chứng phẫu thuật cao (30%). Ở các trung tâm chuyên khoa, tử vong phẫu thuật dưới 5%.

#### \* *Cắt bỏ toàn bộ tụy*

Mục đích tránh mô ung thư còn sót ở bờ cắt. Bệnh nhân phải được trị liệu bổ sung bằng insulin ngoại sinh suốt đời. Vì lý do này, phẫu thuật cắt toàn bộ tụy ít khi được chọn lựa.

#### \* *Cắt thân và đuôi tụy*

U thân và đuôi tụy thường được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn muộn. Việc cắt bỏ thân và đuôi tụy không cho tỉ lệ sống cao hơn so với không phẫu thuật.

#### \* *Phẫu thuật thuyên giảm*

Dựa trên định nghĩa khái niệm thường ở đầu tuy

không thể cắt bỏ được, gây tắc mật, tắc tá tràng/ hang vị.

Mục đích phẫu thuật là nhằm giải áp đường mật hay tái tạo sự lưu thông ống tiêu hoá.

Phương pháp phẫu thuật:

- Nối vị tràng: nếu tắc tá tràng, tắc hang vị.
- Nối túi mật - hông tràng: nếu tắc mật.

Thường phẫu thuật viên thực hiện cả hai phương pháp phẫu thuật trên.

\* *Hoá trị*

Ung thư tuy ít nhạy với hoá chất. Hai hoá chất được sử dụng phổ biến nhất là 5 - FU và gembitacine.

\* *Xạ trị*

Cho đáp ứng chậm. 5 - FU và gembitacine làm tăng độ nhạy của tế bào ung thư với tia xạ.

\* *Chỉ định*

Giai đoạn 1.

Phẫu thuật cắt tuy triệt căn:

- Phẫu thuật cắt khói tá tuy (phẫu thuật Whipple).

- Phẫu thuật cắt toàn bộ tuy nếu cần thiết để cho bờ cắt âm tính.

- Phẫu thuật cắt thân và đuôi tuy khi khói u ở thân và đuôi tuy.

Có thể hoá trị 5 - FU và xạ trị sau mổ.

- Cố gắng cắt tụy nếu có thể, kết hợp hay không với hoá trị 5 - FU và xạ trị sau mổ.

- Hoá - xạ phối hợp cho các khối u không cắt bỏ được.

- Phẫu thuật nối tắt (nối vị tràng, nối túi mật - hông tràng).

- Đặt stent đường mật qua da hay qua nội soi.

### Giai đoạn 3

- Các liệu pháp giảm đau: xạ trị thuyên giảm hay huỷ thần kinh bằng hoá chất (alcohol 50%).

- Hoá trị thuyên giảm với gemcitabine cải thiện tiên lượng sống rõ rệt hơn so với 5 - FU (tỉ lệ sống 1 năm 18% của gemcitabine so với 2% của 5 - FU).

- Phẫu thuật thuyên giảm.

- Đặt stent đường mật qua da hay qua nội soi.

### Giai đoạn 4

- Hoá trị với gemcitabine hoặc 5 – FU.

- Các liệu pháp giảm đau.

- Phẫu thuật thuyên giảm.

- Đặt stent đường mật qua da hay qua nội soi.

### \* Kết quả và tiên lượng

Đối với khối u không thể cắt bỏ được:

- Tỉ lệ sống 5 năm: 5%.

- Thời gian sống TB: 4 - 6 tháng.

Đối với khối u đã được phẫu thuật cắt bỏ:

- Tỉ lệ sống 5 năm: 15 - 20%

- Thời gian sống TB: 12 - 19 tháng.

Phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn mâm vị:

Phẫu thuật cắt khối tá tụy bao gồm hai giai đoạn chính: giai đoạn một là giai đoạn thám sát khả năng có thể cắt được khối u. Giai đoạn hai là giai đoạn cắt khối u và tái lập lại sự lưu thông của ống tiêu hoá, ống tụy và đường mật.

Nội soi ổ bụng có thể được thực hiện trước, để đánh giá giai đoạn. Chỉ định của nội soi ổ bụng trong ung thư tụy bao gồm:

- Dấu hiệu của căn bệnh đã ở giai đoạn muộn: bệnh nhân suy kiệt nặng, bệnh nhân có triệu chứng đau lưng.

- Khối u có kích thước lớn.

- Khối u ở vùng cổ, thân hay đuôi tụy.

- CA 19 - 9 tăng rất cao.

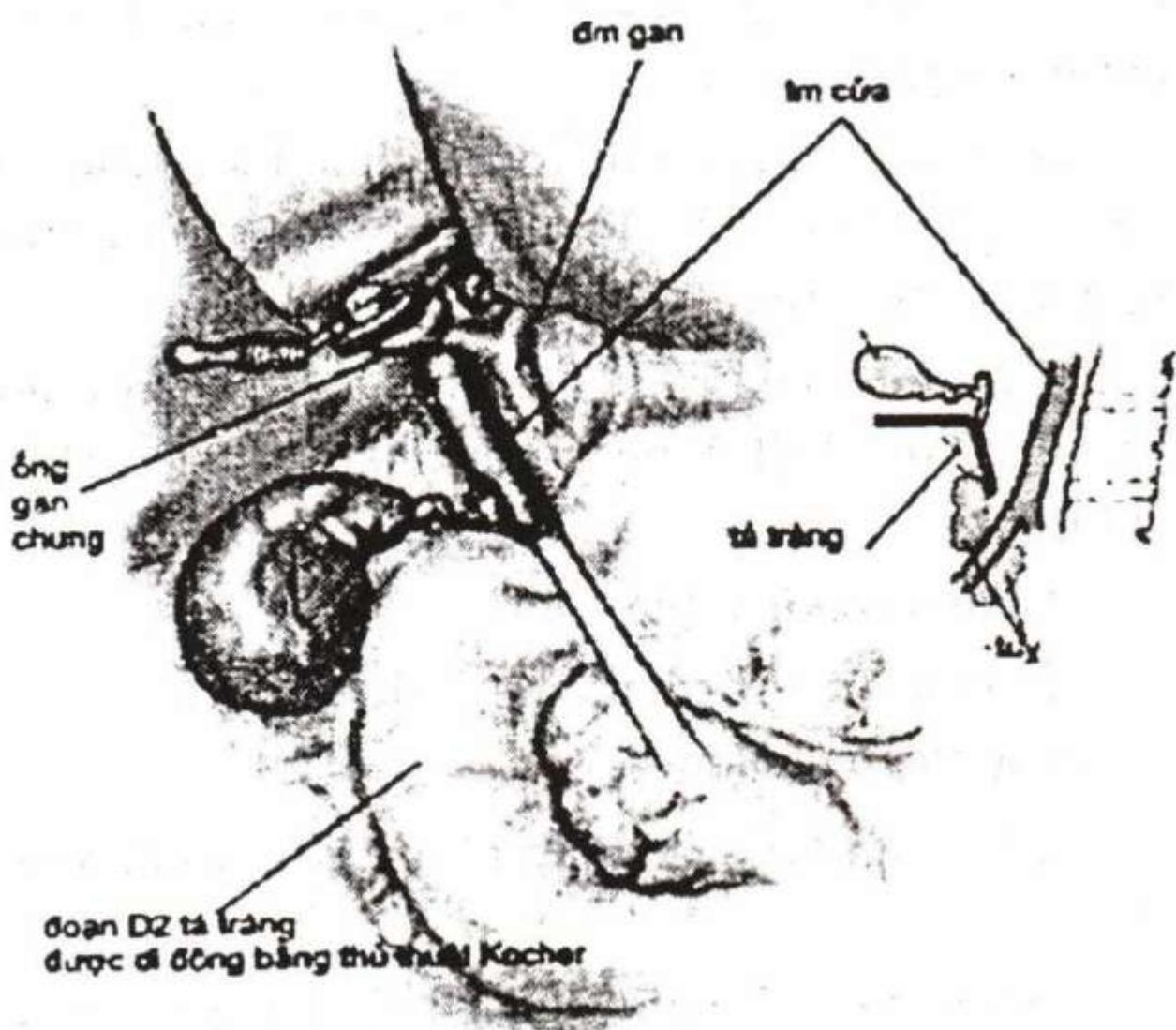
- Siêu âm, CT cho thấy có ít dịch trong xoang bụng.

- Siêu âm, CT nghi ngờ có di căn gan nhưng không thể sinh thiết các sang thương này qua da.

Vào bụng đường giữa trên rốn hay đường dưới sườn hai bên. Trước tiên tìm kiếm các di căn trong xoang phúc mạc. Xem có hạch di căn quanh động mạch chủ bụng. Các sang thương nghi ngờ di căn đều được sinh thiết lạnh.

(1) Bước kế tiếp là đánh giá khả năng có thể cắt được của khối u. Làm thủ thuật Kocher di động D2 tá

tràng và đầu tuy ra khỏi tĩnh mạch chủ dưới và động mạch chủ bụng. Đưa bàn tay ra sau đầu tuy sờ nắn khối u. Nếu còn một ít mô tuy bình thường giữa khối u và mạch đập của động mạch mạc treo tràng trên thì khối u có thể cắt được.

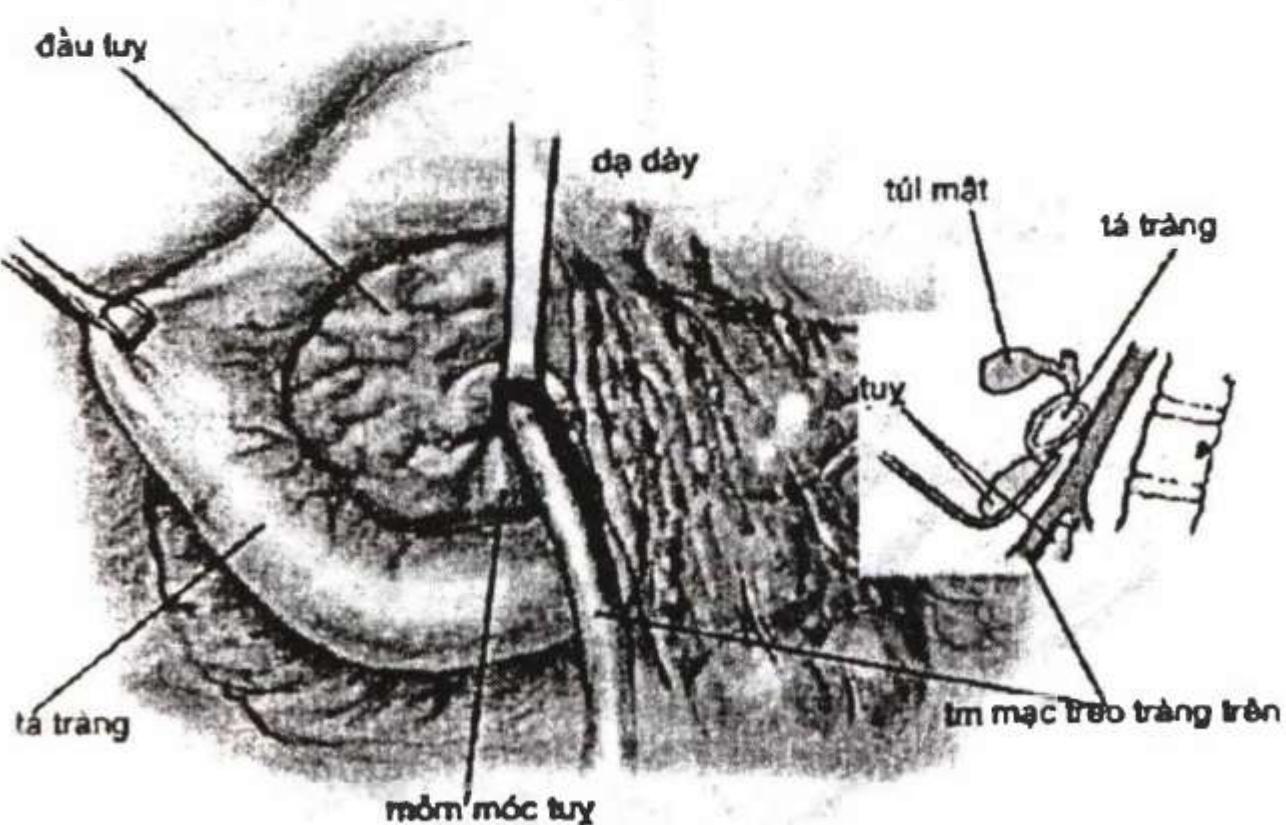


Nếu thủ thuật Kocher chưa đủ để di động tốt tá tràng đầu tuy ra khỏi tĩnh mạch chủ dưới và động mạch chủ bụng, cắt túi mật, cắt ngang ống gan chung, tách ống mật chủ ra khỏi mặt trước tĩnh mạch cửa (lấy luôn các hạch di căn hai bên cuống gan). Nếu đi đúng mặt phẳng giữa ống mật chủ và tĩnh mạch cửa, ngón tay trỏ có thể lách dễ dàng giữa tĩnh mạch cửa và D1

tá tràng. Có thể kẹp cắt động mạch vị tá để cho thao tác này được thực hiện dễ dàng hơn.

Khi kẹp cắt động mạch vị tá, chú ý đến các bất thường về giải phẫu của động mạch gan riêng. Tốt nhất là dùng clamp mạch máu kẹp động mạch vị tá trước khi cắt. Nếu sau khi kẹp, kiểm tra thấy động mạch gan riêng vẫn còn mạch đập thì điều này chứng tỏ động mạch vị tá có thể được kẹp cắt an toàn.

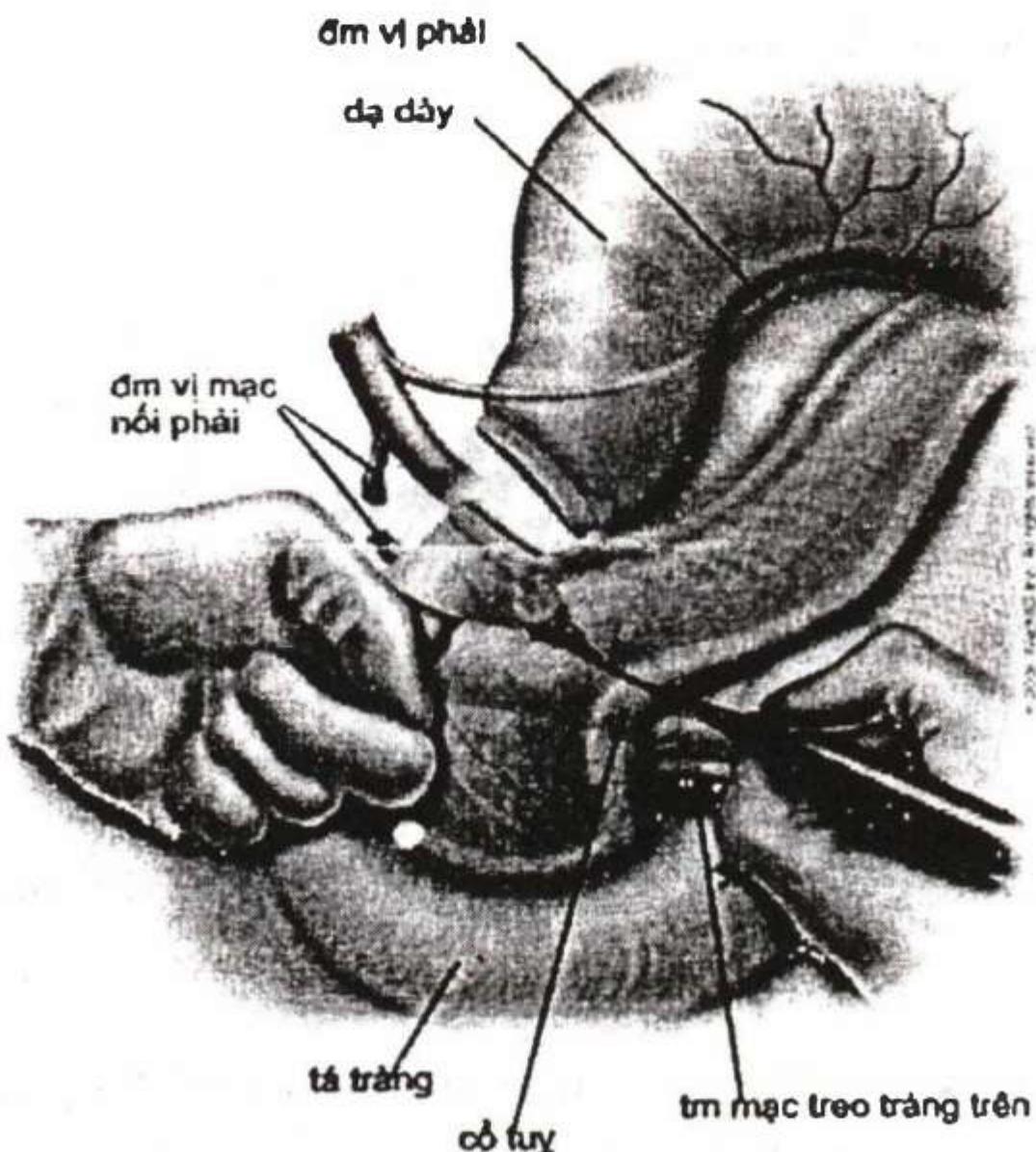
Sau khi kẹp cắt động mạch vị tá, tiếp tục dùng ngón tay bóc tách giữa mặt trước tinh mạch cửa và đầu tuy cho đến cổ tuy.



(2) Bước tiếp theo của việc đánh giá khả năng có thể cắt được khối u là tách được cổ tuy ra khỏi mặt trước của tinh mạch mạc treo tràng trên. Để làm được điều này, trước tiên tiến túc dùng thủ thuật Kocher để

di động tá tràng D3. Cấu trúc giải phẫu gấp trước tiên khi di động D3 là tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Từ vị trí này, mặt trước tĩnh mạch mạc treo tràng trên được bóc tách, bằng quan sát trực tiếp, ra khỏi cổ tuy, cho đến tĩnh mạch cửa.

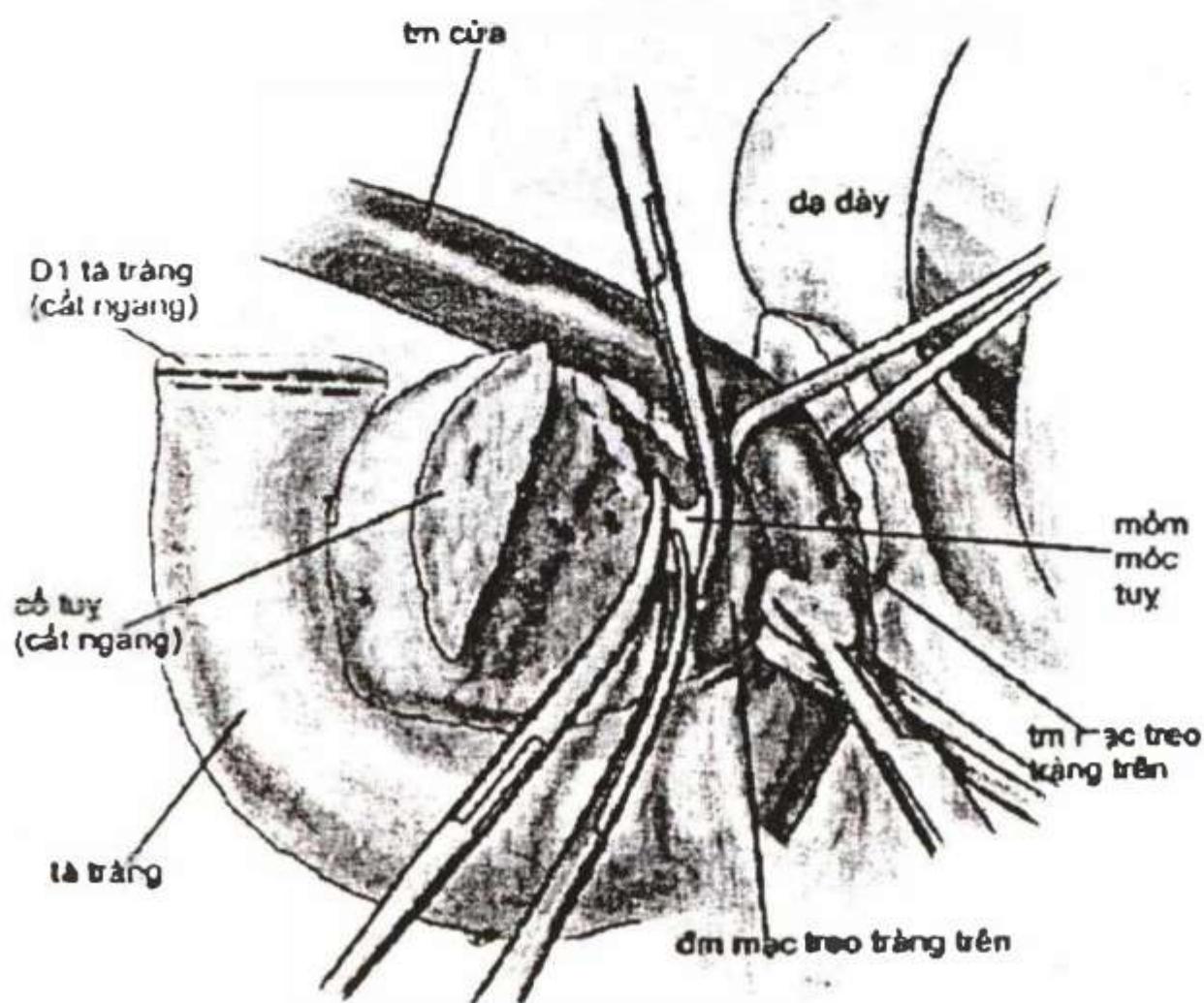
Sau khi đã tách được tuy ra khỏi mặt trước của tĩnh mạch mạc treo tràng trên, có thể kết luận rằng khối u có thể cắt được. Tuy nhiên cũng có một ngoại lệ: khối u ở mỏm móc tuy có thể dính vào mặt sau của tĩnh mạch mạc treo tràng trên.



(3) Cắt ngang tá tràng D1, cách môn vị 2cm. Bóc tách mặt sau tá tràng môn vị cho đến hông cung mạc

nối. Tách bờ dưới tá tràng mòn vị ra khỏi tụy. Kẹp cắt động mạch vị - mạc nối phải. Bảo tồn động mạch vị phải. Kẹp cắt ngang cổ tụy. Tách tá tràng đầu tụy ra khỏi tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch mạc treo tràng trên cho đến mỏm móc tụy.

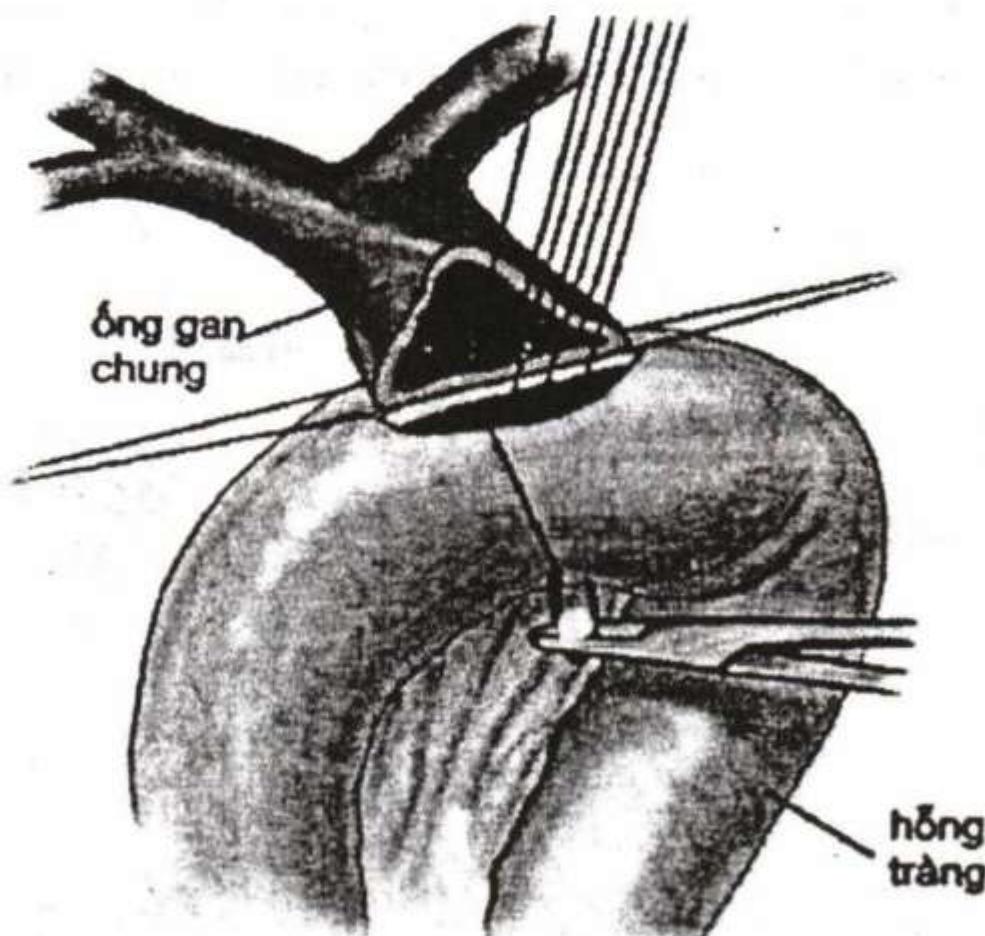
(4) Kẹp cắt mỏm móc tụy. Thông thường ở vị trí này có hai tĩnh mạch đổ về tĩnh mạch mạc treo tràng trên và chúng cũng được kẹp cắt. Tới giai đoạn này tĩnh mạch mạc treo tràng trên, đoạn có liên quan với tụy, đã được giải phóng hoàn toàn, và phầnẠtangđược cắt bỏ (khỏi tá đầu tụy) chỉ còn dính với cơ thể ở D3 tá tràng.



Đại tràng ngang được lật lên trên. Đoạn hồn tràng đầu, góc Treitz và tá tràng D4 được di động. Cắt

băng stapler. Đoạn hống tràng trên được kéo lên trên. Mạc treo của đoạn hống tràng này được cắt bỏ. Khối tá - tuy - đoạn đầu hống tràng giờ đây có thể được đem ra ngoài.

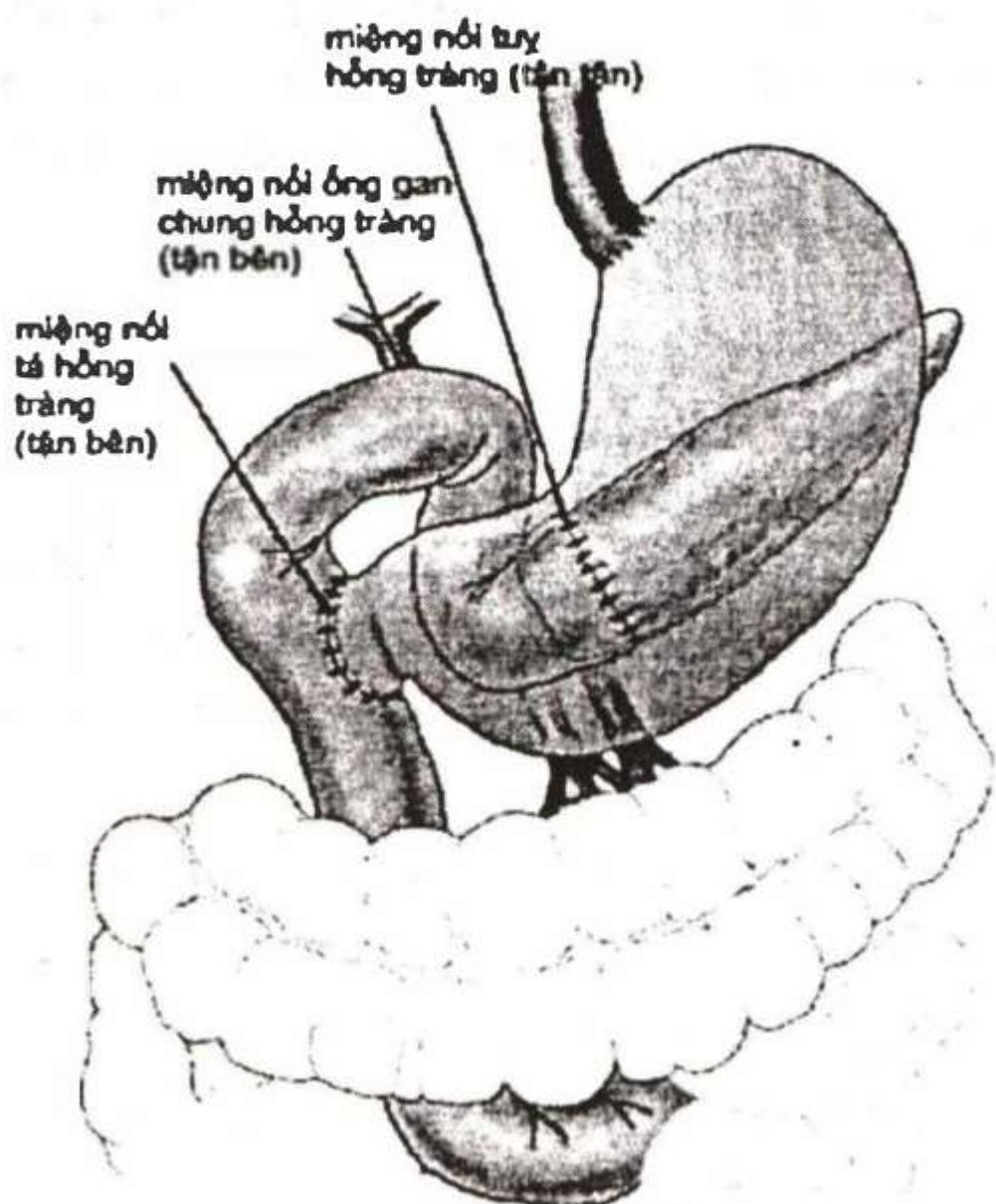
(5) Sau khi đã cắt bỏ khối tá tuy, giai đoạn tiếp theo là tái lập lại sự lưu thông của ống tiêu hoá, đường mật và đường tuy. Hống tràng được đưa lên qua mạc treo đại tràng ngang, phía bên phải của bó mạch đại tràng giữa.



Có nhiều kỹ thuật khâu nối mỏm tuy với hống tràng. Trong hình a, bao tuy ở bờ sau của mỏm tuy được khâu vào thành bên hống tràng bằng các mũi khâu Lambert chỉ không tan 3 - 0. Mở một lỗ trên thành hống tràng có kích thước tương tự kích thước ống tuy. Khâu nối ống tuy - niêm mạc hống tràng

bằng các mũi rời chỉ tan 5 - 0. Cuối cùng, khâu bờ trước của bao tụy vào thành bên h้อง tràng.

Trong kỹ thuật nối tụy h้อง tràng theo hình b, mỏm tụy được khâu nối với đầu tận h้อง tràng bằng mũi khâu liên tục chỉ tan 3 - 0. Lồng mỏm tụy vào h้อง tràng một đoạn 2cm. Khâu cố định thành h้อง tràng vào bao tụy bằng các mũi Lambert chỉ không tan 3 - 0.



(6) Miệng nối ống gan - h้อง tràng nằm cách miệng nối tụy - h้อง tràng khoảng 6cm phía hạ lưu.

chỉ tan 4 - 0. Thường không cần thiết phải đặt thông T hay stent đường mật.

(7) Miệng nối tá - h้อง tràng được thực hiện bên dưới miệng nối ống gan - h้อง tràng khoảng 15cm. Miệng nối được thực hiện bằng hai lớp khâu: lớp trong mũi liên tục chỉ tan 3 - 0, lớp ngoài mũi rời chỉ không tan 3 - 0. Khâu đóng các lỗ khiếm khuyết ở mạc treo đại tràng ngang (nơi h้อง tràng được đưa qua) và phúc mạc sau (vị trí của tá tràng D4) để tránh thoát vị nội. Đặt một hay hai ống dẫn lưu cạnh miệng nối tuy - h้อง tràng và ống gan - h้อง tràng. Rửa khu trú vùng mổ. Đóng bụng.

## NANG GIẢ TỤY

Nang giả tụy là sự tập trung khu trú chất dịch có nồng độ cao của amylase (và các men tụy khác) trong một cấu trúc dạng nang mà thành của nó không có lớp biểu mô.

Nang giả tụy chiếm phần lớn (75 - 80%) các tổn thương dạng nang của tụy.

Nang giả tụy có ba nguồn gốc hình thành:

- Vỡ ống tụy (2/3 các nang giả tụy có thông thương với ống tụy).

- Tụ dịch cấp tính quanh tụy trong và sau viêm tụy cấp.

- Sự khu trú và vách hoá của phần mô tụy bị hoại tử trong viêm tụy cấp.

**Nguyên nhân của nang giả tụy:**

- Viêm tụy cấp.
- Viêm tụy mãn (nguyên nhân thường gặp nhất).
- Chấn thương tụy (thường gặp ở trẻ em).

Sinh lý bệnh: xuất phát điểm của nang giả tụy là sự tụ dịch quanh tụy. Nguồn gốc của dịch tụ là sự vỡ của ống tụy (do hoại tử một phần thành các ống tụy nhỏ trong viêm tụy cấp hay tăng áp lực trong ống tụy do chít hẹp hay sỏi ống tụy trong viêm tụy mãn). Dịch tụ thường được hấp thu trong phần lớn các trường hợp. Những trường hợp dịch không thể hấp thu sẽ gây phản ứng xơ hoá với các cấu trúc chung quanh, tạo thành vỏ bao, hình thành nang giả tụy. Cần trung bình 4 đến 6 tuần để hình thành một nang giả tụy.

Trong hầu hết các trường hợp, nang giả tụy hình thành ở trong hậu cung mạc nối. Thành nang dính chặt với thành sau dạ dày, mạc nối vị tràng, tá tràng, mạc treo đại tràng ngang. Trong một số ít trường hợp, nang giả tụy có thể hình thành trong chủ mô tụy, do sự hoá lỏng của mô tụy hoại tử (vô trùng) trong viêm tụy cấp.

Nang giả tụy có thể hình thành ở các vị trí khác trong xoang bụng. Trong trường hợp rất hiếm, dịch tụy có thể phát triển lên trên lồng ngực và nang giả tụy có thể hình thành ở trung thất sau.

Kích thước nang giả tụy thay đổi từ 2 đến 30cm.

Dịch nang thường trong nhưng cũng có thể có

các trường hợp, dịch nang có nồng độ amylase cao, và đây là một trong những đặc điểm để chẩn đoán phân biệt giữa nang giả tụy và nang "thật" (bướu tân sinh) của tụy.

85- 90% nang giả tụy chỉ có một khoang. Nếu có nhiều khoang, các khoang thường thông thương với nhau qua các vách ngăn không hoàn toàn. Nang có nhiều vách ngăn cần chẩn đoán phân biệt với các bướu dạng nang của tụy (bảng 1).

| Loại  | Tỉ lệ (%) |
|---|-----------|
| U nang nhầy (MCN - mucinous cystic neoplasm)                              | 45        |
| U nang nhầy lành tính   | 29        |
| U nang nhầy ác tính   | 16        |
| U nang thanh dịch (serous cysadenomas)                                    | 32        |
| U nhú nhầy trong ống tụy<br>(IPMT - intraductal papillary mcinous tumors) | 18        |
| U nang tế bào đảo (cysticislet cell tumor)                                | 2         |
| 1 U nang nhú (papillary cystic tumor)                                     | 3         |
| Tổng cộng   | 100%      |

Bảng 1 - Các bướu dạng nang của tụy, chiếm 10% các tổn thương dạng nang và 1% bướu tân sinh (lành và ác tính) của tụy

Diễn tiến của một nang giả tụy:

- Thoái triển (25%).
- Phát triển tổng kích thước, thành nang dày lên).

Dẫn đến các biến chứng:

- Chảy máu: do vỡ một phình giả động mạch trên thành nang (thường là động mạch lách)
- Nhiễm trùng
- Vỡ nang: vào ống tiêu hoá hay vào xoang phúc mạc
  - Chèn ép: vào đường mật (gây tắc mật), vào ống tiêu hoá (gây tắc ruột).

### **1. Chẩn đoán bệnh**

#### **\* Chẩn đoán lâm sàng**

Chẩn đoán lâm sàng dựa vào:

- Tiền căn viêm tuy hay chấn thương vào vùng thương vị.
  - Đau thương vị dai dẳng sau chấn thương hay viêm tuy (triệu chứng thường gặp nhất).
  - Chán ăn, sụt cân.
  - Nôn ói.
  - Vàng da.
  - Sốt.
  - Khối u vùng thương vị (sờ được trong một số ít các trường hợp).

#### **Hội chứng xuất huyết trong nang giả tuy:**

- Đau đột dữ dội vùng thương vị.
- Dấu mất máu cấp: da tái niêm nhạt, tụt huyết áp Hct giảm.

## \* Chẩn đoán cận lâm sàng

### a) Xét nghiệm:

Kết quả xét nghiệm thường không đặc hiệu. Một tỉ lệ đáng kể bệnh nhân có nồng độ amylase huyết tương tăng.

### b) X-quang bụng

Trên X-quang bụng không sửa soạn, nang giả tụy có thể cho hiệu ứng khói, đó là hình ảnh một khối mờ đẩy lệch các tạng chung quanh như dạ dày, đại tràng ngang... Đôi khi, sự hiện diện của các đốm canxi ở vùng thương vị gợi ý bệnh lý nguyên nhân (viêm tụy mãn).

Trên X-quang dạ dày - khung tá tràng với Barium, nang giả tụy biểu hiện bằng hình ảnh dạ dày bị đẩy ra trước (phim chụp nghiêng) hay khung tá tràng bụng rộng.

Tương tự như các kết quả xét nghiệm, các dấu hiệu trên X-quang không đặc hiệu cho nang giả tụy. Chúng chỉ có tính chất gợi ý, yêu cầu những chẩn đoán cận lâm sàng khác có độ chính xác cao hơn.

### c) Siêu âm bụng

Khi đã "trưởng thành", hình ảnh điển hình của nang giả tụy trên siêu âm là một khối echo hình cầu hay bầu dục, có vách đều, chứa dịch phản âm kém và có tăng âm phía sau. Trong trường hợp không điển hình, độ phản âm của nang sẽ thay đổi, do thay đổi thành phần dịch chứa trong nang.

Giá trị chẩn đoán nang giả tụy của siêu âm thay đổi, tuỳ thuộc vào người đọc và nhất là có sự chướng hơi hay không của các tạng rỗng chung quanh.

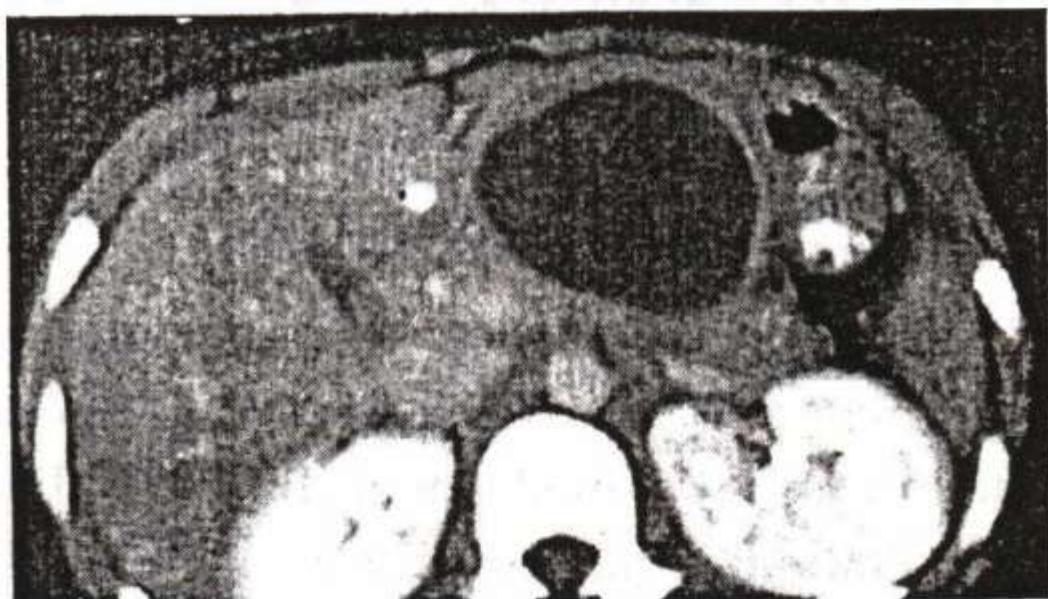
#### *d) X-quang điện toán cắt lớp (CT)*

CT là phương tiện chẩn đoán nang giả tụy được chọn lựa hiện nay. Ưu điểm của CT là ngoài giá trị chẩn đoán cao, CT còn cho biết được mối liên hệ về giải phẫu của nang giả tụy với các tạng chung quanh, để từ đó người thầy thuốc có biện pháp điều trị thích hợp.

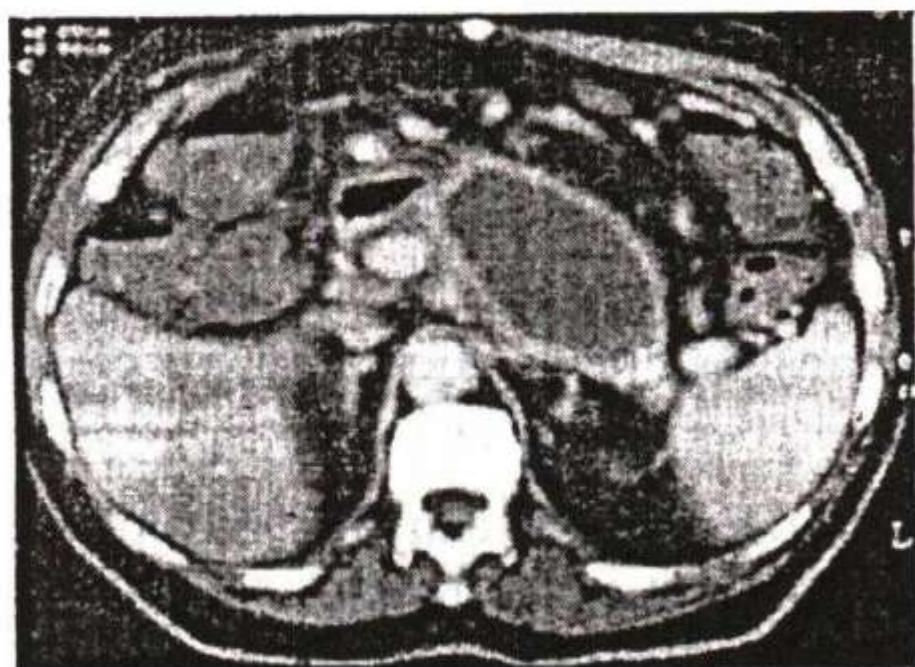
Hình ảnh của nang giả tụy trên CT (hình 1):

- Ở tụ dịch (độ đậm độ thấp) nằm ở trong hay lân cận tụ.
- Nang giả tụy đã định hình rõ có hình cầu và vách dày.
- Thường nang có cấu trúc một ổ, tuy nhiên có thể có nhiều ổ, phân cách bởi các vách ngăn không hoàn toàn do sự kết tụ thành mảnh của fibrin.
- Nang giả tụy lớn có thể quan sát thấy ở hốc chậu hay trong trung thất.
- Nang giả tụy chứa mô hoại tử, máu hay nang nhiễm trùng có đậm độ cao.
- Các mạch máu lớn có thể quan sát thấy ở cạnh nang. Trong 10% các trường hợp, có phình động mạch nằm trên thành nang, là nguồn gốc của biến chứng chảy máu.

A



B



Hình 1 - Hình ảnh của nang giả tụy trên CT

\* Chụp cộng hưởng từ (MRI) và chụp mật tụy cộng hưởng từ (MRCP):

MRI và MRCP cho hình ảnh nang, đặc biệt là hình ảnh dịch trong nang với các mảnh mô hoại tử rõ ràng hơn so với CT. MRCP có thể cho thấy hình ảnh chi tiết của ống tụy (và đường mật), nhưng khó có thể kết luận ống tụy có còn nguyên vẹn hay không trên MRCP.

Trong thực tế, vì giá thành của MRI và MRCP cao hơn CT, và vì bản thân CT có giá trị chẩn đoán cao, MRI và MRCP ít khi được chỉ định thay cho CT.

\* *Chụp mật tuy ngược dòng qua nội soi (ERCP)*

ERCP là phương tiện chẩn đoán được lựa chọn, khi cần xác định tính nguyên vẹn của ống tụy ở bệnh nhân có nang giả tụy.

Hình ảnh của nang giả tụy trên ERCP:

- Luôn có bất thường ở ống tụy.
- Dò ống tụy vào nang là dấu hiệu phổ biến.
- Các bất thường khác: ống tụy bị tắc một phần hay hoàn toàn, do xơ hoá (viêm tụy mãn) hay do bị chèn ép từ bên ngoài.

\* *Siêu âm qua nội soi*

- Cấu trúc echo trống (ở tụ dịch), giới hạn ngoài có echo dày (thành nang).

- Hình ảnh các mảnh vụn (mô hoại tử, máu, mủ) di chuyển theo trọng lực.

- Có thể xác định độ dày thành nang với độ chính xác cao.

\* *X-quang động mạch*

X-quang động mạch hiếm khi được chỉ định chỉ để chẩn đoán nang giả tụy. Trong trường hợp nghi ngờ có sự hình thành một phình giả động mạch do bào mòn thành mạch do viêm tụy cấp gây ra, X-quang

vừa có tác dụng can thiệp (gây tắc mạch).

#### \* *Chọc hút dịch nang chẩn đoán*

Được thực hiện dưới sự hướng dẫn của CT, siêu âm hay tốt nhất là siêu âm qua nội soi. Việc chọc hút dịch nang cũng có thể được thực hiện trong phẫu thuật.

#### \* *Chẩn đoán phân biệt*

Các chẩn đoán phân biệt sau có thể được đặt ra:

- Tụ dịch quanh tuy sau viêm tuy cấp.
- Viêm tuy mãn.
- Nang thận trái.
- Nang lách.
- U nang (bướu tân sinh) của tuy (quan trọng nhất).

#### \* *Thái độ chẩn đoán*

Tiêu chuẩn chẩn đoán nang giả tuy:

- Có tiền căn viêm tuy cấp, viêm tuy mãn hay chấn thương tuy.
- Đau bụng dai dẳng, âm ỉ.
- Chẩn đoán hình ảnh: khối chứa dịch đồng nhất, vỏ bao rõ, không có vách ngăn, không tăng quang khi bơm thuốc cản quang, không vôi hoá.

Nếu không có đủ cả ba tiêu chuẩn kể trên, phải loại trừ các tổn thương dạng nang khác không phải nang giả tuy, trong đó quan trọng nhất là bướu tân sinh dạng nang của tuy.

Chẩn đoán loại trừ bướu tân sinh dạng nang của

sàng và hình ảnh trên CT (bảng 2, hình 2).



Hình 2 - Hình ảnh serous cyst adenoma của tụy trên CT

|                    | Serous<br>cystadenomas | MCN                | IPMT           |
|--------------------|------------------------|--------------------|----------------|
| Giới tính          | Nữ (>80%)              | Nữ (>80%)          | Nam<br>(>50%)  |
| Biểu hiện          | Khối u bụng<br>đau     | Khối u bụng<br>đau | Viêm tụy       |
| Vị trí             | Thân và đuôi           | Thân               | và Đầu<br>đuôi |
| Dấu hiệu trên CT   |                        |                    |                |
| Vách               | (+)                    | (+)                | (-)            |
| Đóng vôi           | (+)                    | (+)                | (-)            |
| Dấu hiệu trên ERCP |                        |                    |                |
| Ống tụy bị đầy     | (+)                    | (+)                | (-)            |
| Ống tụy bị dãn     | (-)                    | (-)                | (+)            |

|                     |                          |       |
|---------------------|--------------------------|-------|
| Ông tuy không (-)   | (-)                      | (+)   |
| hiện hình hoàn toàn |                          |       |
| Ông tuy thông (-)   | (-)                      | (+)   |
| với nang            |                          |       |
| Dịch nhầy chảy (-)  | (-)                      | (+)   |
| ra từ nhú Vater     |                          |       |
| Nguy cơ ác tính (-) | (+)                      | (+)   |
| Điều trị            | Có thể theo Cắt u<br>dõi | Cắt u |

Bảng 2 - Tính chất một số bưới tân sinh dạng nang của tụy

Nếu CT vẫn chưa cho một kết luận đáng tin cậy, có thể chọc hút dịch nang xét nghiệm sinh hóa và tế bào (Bảng 3).

|            | Nang giả tụy | Serous cystadenomas | MCN lành tính | MCN ác tính |
|------------|--------------|---------------------|---------------|-------------|
| Độ nhầy    | Thấp         | Thấp                | Cao           | Cao         |
| Amylase    | Cao          | Thấp                | Thấp          | Thấp        |
| CEA        | Thấp         | Thấp                | Cao           | Cao         |
| CA 72-4    | Thấp         | Thấp                | Trung gian    | Cao         |
| Tế bào học | (-)          | (-)                 | (+)           | (+)         |

Bảng 3 - So sánh tính chất dịch nang giả tụy và u nang của tụy

Trong trường hợp nang nằm trong tụy (có vỏ bao tụy che phủ), cắt trọn nang (mà không làm rơi rớt dịch nang vào trong xoang bung) là chọn lựa cuối

cùng, khi không thể phân biệt được nang giả và bướu tân sinh dạng nang của tụy.

## 2. Phương pháp Điều trị

### a. Điều trị nội khoa

Mục đích: điều trị triệu chứng, nâng đỡ tổng trạng trong khi bệnh nhân chưa có chỉ định điều trị bằng thủ thuật hay phẫu thuật.

Được chỉ định khi nang có thể tự thoái triển mà không cần can thiệp, cụ thể:

- Nang không có biến chứng.
- Nang có thành mỏng.
- Ông tụy còn nguyên vẹn.

- Thời gian: trước 4 tuần sau viêm tụy hay chấn thương tụy.

Nội dung:

- Giảm đau (là biện pháp điều trị chính).
- Dinh dưỡng hỗ trợ qua đường tĩnh mạch (được chỉ định khi bệnh nhân không cung cấp đủ năng lượng qua đường miệng).

### b. Điều trị nang giả tụy chưa biến chứng:

#### \* *Dẫn lưu nang qua da:*

Kỹ thuật: Xác định vị trí nang nơi tiếp xúc với thành bụng (dưới sự hướng dẫn của siêu âm), chọc kim qua da vào nang, luồn catheter, lưu và cố định catheter.

vài tháng.

Ưu điểm: nhẹ nhàng

Hạn chế:

- Nhiễm trùng nang.
- Nghẹt catheter.
- Dò tụy.
- Thời gian dẫn lưu kéo dài.
- Tỉ lệ tái phát cao (63%).

Sau khi đặt catheter cần điều trị bổ túc với octreotide (Somatostatin 200 - g TDD x 3 lần/ngày x 1 tháng).

Chỉ định: nang giả tụy nhiễm trùng.

Chống chỉ định:

- Có nghẹt ống tụy.
- Nang có vách ngăn.
- Nang có mô hoại tử.

\* *Dẫn lưu nang qua nội soi dạ dày tá tràng*

Chỉ định:

- Dẫn lưu nang giả tụy xuyên thành (dạ dày hay tá tràng): nang giả tụy dính với thành dạ dày hay tá tràng.

- Dẫn lưu nang giả tụy qua ngả ống tụy: được chỉ định khi nang giả tụy có sự thông thương với ống tụy (có tắc nghẽn ống tụy trên dòng hay không).

Kỹ thuật: đưa ống soi tới tá tràng, đặt endoprosthesis xuyên nhú Vater, khi nang thoái triển

nội soi rút endoprothese.

Cần siêu âm qua nội soi hay ERCP trước khi tiến hành thủ thuật.

Biến chứng:

- Chảy máu (đặt xuyên thành).
- Viêm tụy cấp (đặt xuyên nhú Vater): 13%.
- Thủng thành dạ dày hay tá tràng.

Kết quả :

- Tỉ lệ thành công: 80%.
- Tỉ lệ tái phát: 10 - 14%.

#### \* *Phẫu thuật dẫn lưu trong*

Là phương pháp được lựa chọn trong đa số các trường hợp.

Chỉ định: nang có thành đủ dày (tối thiểu 5mm).

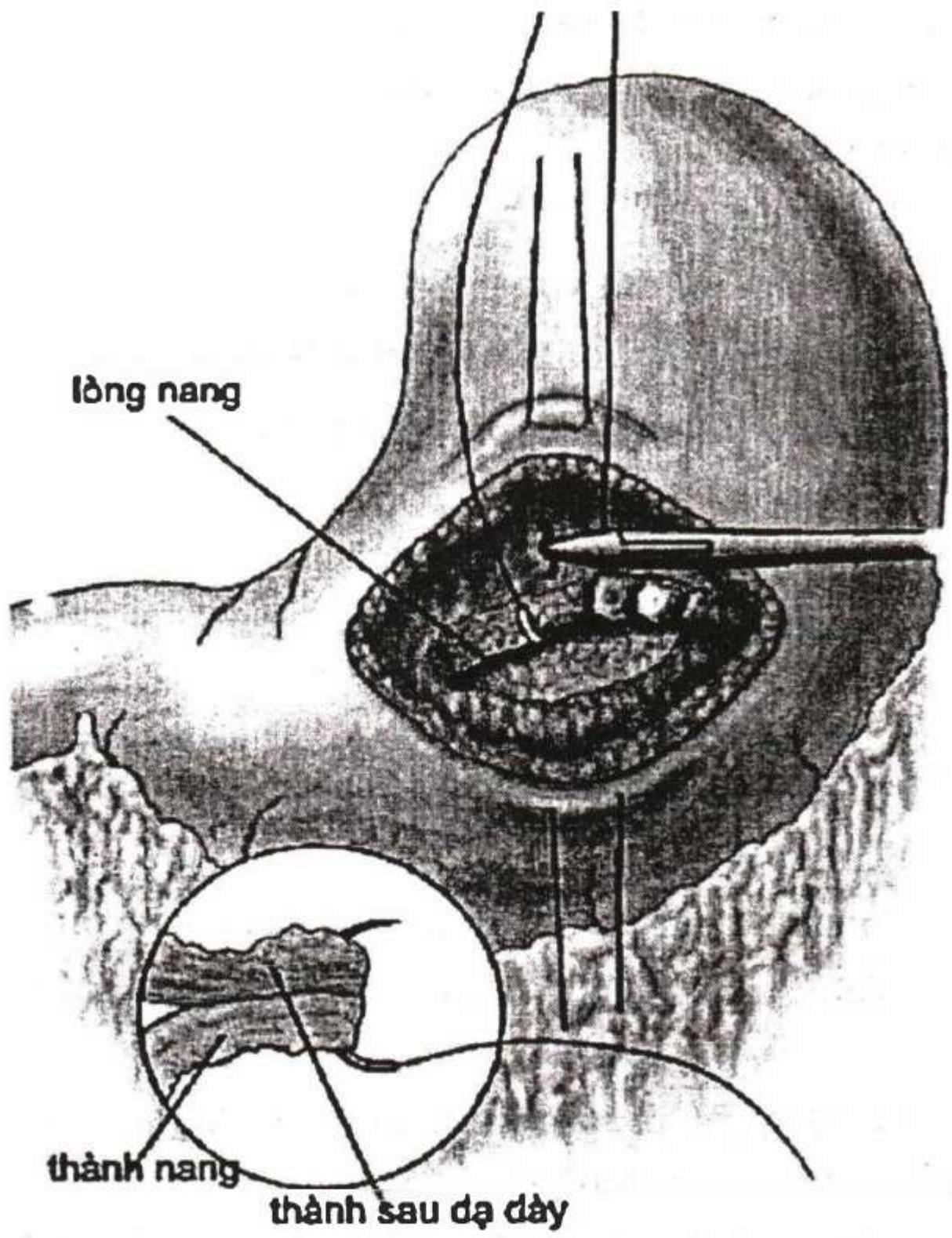
Có thể tiến hành qua mổ mở hay phẫu thuật nội soi.

Phương pháp: tuỳ thuộc vào mối liên quan của thành nang với các tạng lân cận:

- Nối nang với thành sau dạ dày (hình 3): nếu nang dính vào thành sau dạ dày.

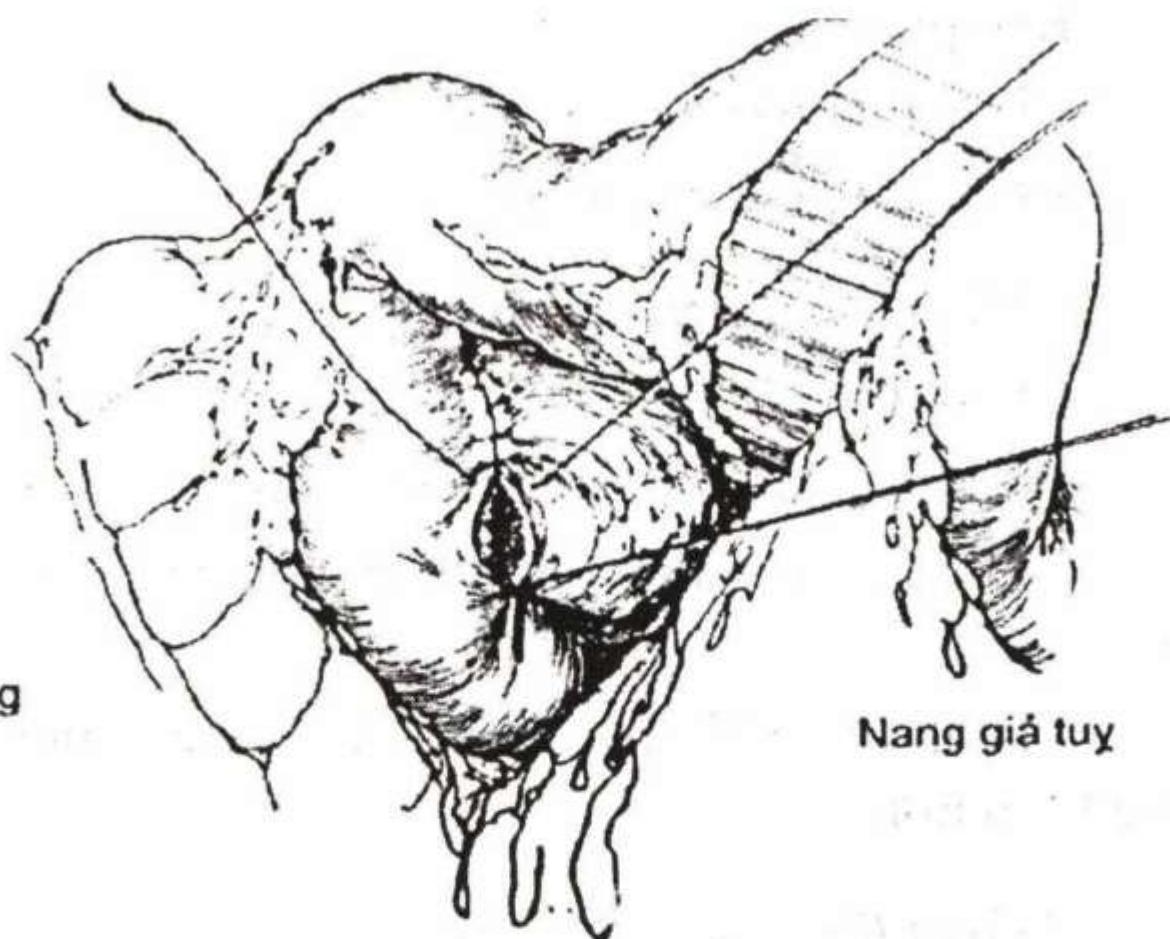
- Nối nang với thành bên tá tràng (hình 4): nếu nang dính vào thành bên tá tràng.

- Nối nang với hông tràng theo phương pháp Roux-en-y (hình 5): nếu nang dính vào mạc treo đại tràng ngang. Phương pháp này thường được thực

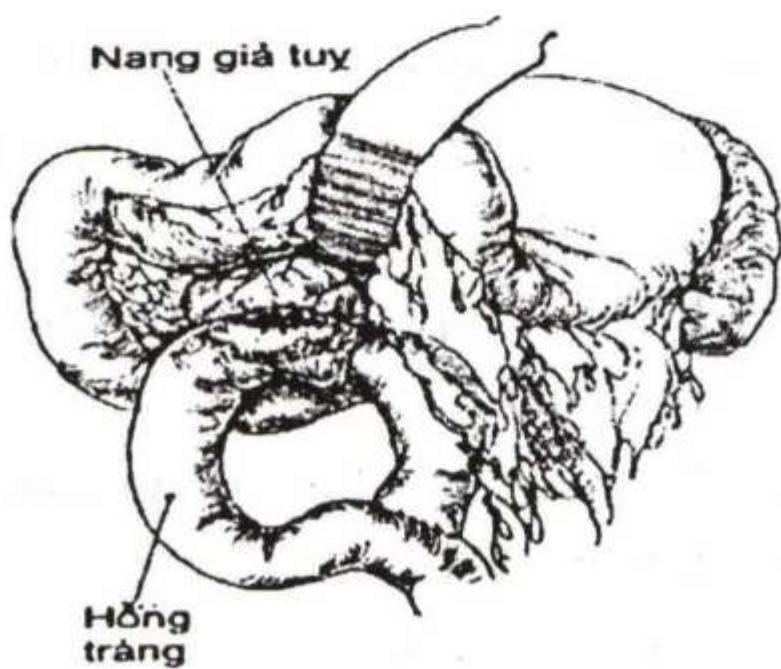


Hình 3 - Phẫu thuật nối nang giả tuy với thành sau dạ dày





Hình 4: Phẫu thuật nối nang giả tuy - tá tràng



Hình 5: Phẫu thuật nối nang giả tuy - hỗng tràng

Kết quả:

- Tỉ lệ thành công 85 - 90%.
- Tỉ lệ tái phát: rất thấp.

\* *Phẫu thuật dẫn lưu ngoài*

Chỉ định:

- Nang có biến chứng nhiễm trùng.
- Nang còn "non" (thành mỏng) có biến chứng chèn ép.
  - Bệnh nhân không đủ sức chịu đựng cuộc phẫu thuật lớn hơn.

\* *Phẫu thuật cắt nang*

Chỉ định: nang khu trú, thường ở vùng đuôi tuy.

Phương pháp: cắt đuôi tuy kèm nang.

Phương pháp này ít được thực hiện.

\* *Điều trị nang giả tuy có biến chứng*

Nang giả tuy nhiễm trùng: kháng sinh kết hợp dẫn lưu nang.

Nang giả tuy chèn ép: dẫn lưu nang.

Nang giả tuy xuất huyết:

- Thông động mạch, chụp động mạch, gây tắc động mạch chảy máu.

- Phẫu thuật cầm máu.

Nang giả tuy vỡ vào xoang phúc mạc: rửa bụng, dẫn lưu xoang bụng, dẫn lưu nang.

## CHÂN THƯƠNG TUY

### 1. Chấn thương bụng kín

Tai nạn lưu thông chiếm 50 - 75% các nguyên nhân của chấn thương bụng kín. Các nguyên nhân khác bao gồm: ẩu đả, rơi từ trên cao, tai nạn trong sinh hoạt...

Tạng thường bị tổn thương, theo thứ tự, là lách, gan, sau phúc mạc, ruột non, thận, bàng quang, ruột già, cơ hoành, tụy.

#### \* Cơ chế tổn thương:

- Sự giảm tốc đột ngột: làm các tạng khác nhau di chuyển với tốc độ khác nhau. Tổn thương thường là rách do bị chằng kéo, đặc biệt tại nơi tiếp giáp với các vị trí cố định.

- Sụt đè nghiến: các tạng bị ép giữa thành bụng và cột sống hay thành ngực sau. Tạng đặc (gan, lách, thận) thường bị tổn thương nhiều hơn cả.

- Sự tăng áp lực trong xoang bụng đột ngột: gây vỡ các tạng rỗng (tuân theo định luật Boyle).

#### \* Chẩn đoán chấn thương bụng kín thường khó khăn vì:

- Bị các tổn thương phổi hợp đánh lạc hướng.
- Tri giác bệnh nhân sút giảm do chấn thương sọ não, ngộ độc (rượu, heroin...).

Ảnh hưởng đến việc theo dõi tình trạng bụng ở bệnh nhân bị đa chấn thương.

### a. *Vết thương thấu bụng*

Vết thương thấu bụng được định nghĩa là vết thương thành bụng trước xâm nhập vào xoang bụng (thủng phúc mạc thành), vết thương ngực xâm nhập vào xoang bụng (thủng cơ hoành), vết thương vùng hông hay lưng xâm nhập vào khoang sau phúc mạc.

Vết thương thấu bụng thường gặp trong cả thời bình lẫn thời chiến.

Tác nhân gây vết thương thấu bụng:

- Thời bình: do các vật sắc nhọn (do bị đâm).
- Thời chiến: do hỏa khí.

Đối với vết thương thấu bụng do hỏa khí, tổn thương có năng lượng truyền dẫn cao, do đó khó tiên đoán được mức độ tổn thương các tạng trong xoang bụng (không thể dựa vào tổn thương bề mặt để đánh giá tổn thương nội tạng).

Đối với vết thương thấu bụng do bị đâm, có thể tiên đoán trước mức độ tổn thương cũng như tạng bị tổn thương.

Các tạng thường bị tổn thương: ruột non (29%), gan (28%), ruột già (23%), dạ dày (13%).

## 2. *Chẩn đoán*

### a. *Chẩn đoán lâm sàng:*

thương nội tạng là: đau bụng (đặc biệt đau ngày càng tăng), tụt huyết áp, các dấu hiệu của viêm phúc mạc, tiêu máu, xuất huyết tiêu hoá.

#### \* Chấn thương bụng kín

Khi thăm khám lâm sàng, cần thăm khám và xử trí theo thứ tự ưu tiên (hô hấp/ cột sống cổ - tuần hoàn - thần kinh trung ương - bụng - tứ chi).

Các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán:

- Gây các xương sườn cuồi: có thể vỡ gan hay vỡ lách.
- Bụng chướng hơi, nhu động ruột giảm: có thể viêm phúc mạc.
- Dấu bầm máu vùng hông lưng (dấu hiệu Gray Tumer): tụ máu sau phúc mạc.
- Âm ruột được nghe trên thành ngực: có thể vỡ cơ hoành.
- Tiểu máu: có thể chấn thương thận.
- Tiểu khó + tiểu máu hay bí tiểu: có thể vỡ bàng quang.
- Vỡ khung chậu: có thể chấn thương niệu đạo.

Cần chú ý là chấn thương các xương sườn cuồi, xương chậu, đụng dập thành bụng cũng gây ra các triệu chứng tương tự như viêm phúc mạc.

Chỉ 65% các trường hợp chảy máu trong xoang bụng được chẩn đoán trên lâm sàng.

#### \* Vết thương thấu bụng

Khi tiếp nhận bệnh nhân, cần chú ý các điểm sau:

- Tác nhân gây tổn thương (hình dáng, kích thước)
- Hướng tác động.
- Lực tác động.

- Tình trạng ban đầu của bệnh nhân (nếu bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốc, có chỉ định mở bụng thám sát mà không cần làm thêm các chẩn đoán cận lâm sàng).

Các vết thương nhỏ trên thành bụng thường dễ bị bỏ qua, tuy nhiên chúng có thể là đường vào của một tổn thương nội tạng.

Vết thương vùng rốn có thể là vết thương bụng - ngực. Do đó cần chú ý đến biểu hiện đau ngực hay khó thở, nghe phổi và chụp phim ngực thăng.

### *b. Chẩn đoán cận lâm sàng*

\* *Chọc rửa xoang phúc mạc chẩn đoán (DPL - Diagnostic peritoneal lavage)*

**Chỉ định:** Bệnh nhân nghi ngờ có chấn thương bụng kín và:

- Có chấn thương cột sống.
- Tụt HA mà không xác định rõ nguyên nhân.
- Lơ mơ (chấn thương sọ não, ngộ độc thuốc ...).
- Được phẫu thuật vì các chỉ định khác.

**Phương pháp:**

- Mở một lỗ nhỏ trên thành bụng vào xoang phúc mạc hay luồn catheter vào xoang phúc mạc.

- Truyền vào xoang phúc mạc 1000 ml NaCL 0,9%, cho dịch chảy ra theo cơ chế siphon, lấy dịch làm xét nghiệm.

DPL (+):

- Chấn thương bụng kín: > 10 ml/máu, HC > 100000, BC > 500, dịch mêt, mâu thức ăn.

- Vết thương thấu bụng: > 10 ml/máu, HC > 10000, BC > 500, dịch mêt, mâu thức ăn.

\* *FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma)*

FAST: một khám nghiệm về siêu âm giới hạn trong việc xác định có dịch trong chấn thương, đồng nghĩa với máu) hiện diện trong xoang phúc mạc hay xoang màng tim hay không.

FAST được tiến hành tại giường và được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân bị CTBK.

Lượng máu 30 - 70 ml đủ để có thể được phát hiện bởi FAST.

Độ chính xác của FAST phụ thuộc vào người làm siêu âm.

\* *CT*

CT là “tiêu chuẩn vàng” trong chẩn đoán tổn thương tạng đặc (gan, lách, thận).

CT có thể xác định có máu trong xoang phúc mạc. Nhưng FAST cũng có thể xác định được với thời gian nhanh hơn. Tuy nhiên, CT có thể xác định nguồn

điều mà siêu âm và DPL không làm được.

CT cũng có thể chẩn đoán các tổn thương sau phúc mạc.

Hạn chế của CT: khó chẩn đoán tổn thương tuy, cơ hoành và tạng rỗng.

#### \* *X-quang không chuẩn bị*

Đối với chấn thương bụng kín, X-quang có giá trị hạn chế. Các tổn thương có thể được phát hiện qua X-quang: vỡ cơ hoành (vòm hoành mất liên tục, tràn dịch màng phổi, dạ dày hay ruột nằm trong lồng ngực), vỡ ruột non (liềm hơi dưới hoành), vỡ tá tràng (hở sau phúc mạc), vỡ bàng quang (gãy xương chậu)...

Đối với vết thương thấu bụng, X-quang là chỉ định bắt buộc, nhất là khi vết thương bụng nằm ở vùng trên rốn. Các dấu hiệu bất thường có thể gặp: tràn máu/tràn khí màng phổi/bóng tim to, liềm hơi dưới hoành...

#### \* *Nội soi đại tràng xích-ma*

Nội soi đại tràng xích-ma được chỉ định khi nghi ngờ có tổn thương đại tràng xích-ma, cụ thể là:

- Thăm trực tràng có máu.
- Vết thương nằm dưới đường ngang qua hai gai chậu trước trên.

#### \* *Các xét nghiệm*

Các xét nghiệm sau đây bắt buộc phải được thực

hiện trước tất cả các bệnh nhân bị chấn thương bụng:

- Công thức máu;
- Glycemia, urê, creatinine huyết tương;
- Thời gian máu chảy, PT, a PTT;
- Nhóm máu
- Tổng phân tích nước tiểu;
- Test thai (QS);
- Đo nồng độ rượu và các chất khác.

### **3. Phương pháp điều trị**

#### **\* Chẩn đoán chấn thương tụy:**

- Trước tiên phải nghĩ đến khả năng có chấn thương tụy.

- Chấn thương bụng kín:

+ CT là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa trước tiên, tuy nhiên giá trị chẩn đoán của CT còn thấp.

+ Khi nghi ngờ có vỡ ống tụy, ERCP được chỉ định.

- Vết thương thấu bụng:

+ Luôn có tổn thương phổi hợp (tá tràng, dạ dày, đại tràng ngang...) và chỉ định phẫu thuật vì các tổn thương phổi hợp đó.

+ Chú ý thám sát tụy khi có các dấu hiệu nghi ngờ: tụ máu vùng tụy, chảy dịch trong hay dịch mêt...

+ Amylase tăng trong chấn thương bụng kín

Chỉ định điều trị nội khoa: bệnh nhân bị chấn thương bụng kín, trên CT không có các dấu hiệu sau: tụy bị đứt rời, tụ máu trong tụy, tụ máu sau phúc mạc, tụ dịch trong hậu cung mạc nối.

\* *Các phương pháp can thiệp phẫu thuật:*

- Rách bao tụy, dập nhu mô tụy, tụ máu nhu mô tụy: để nguyên tổn thương, dẫn lưu tốt vùng tụy bằng ống mềm.

- Tổn thương ống tụy trong chấn thương bụng kín:

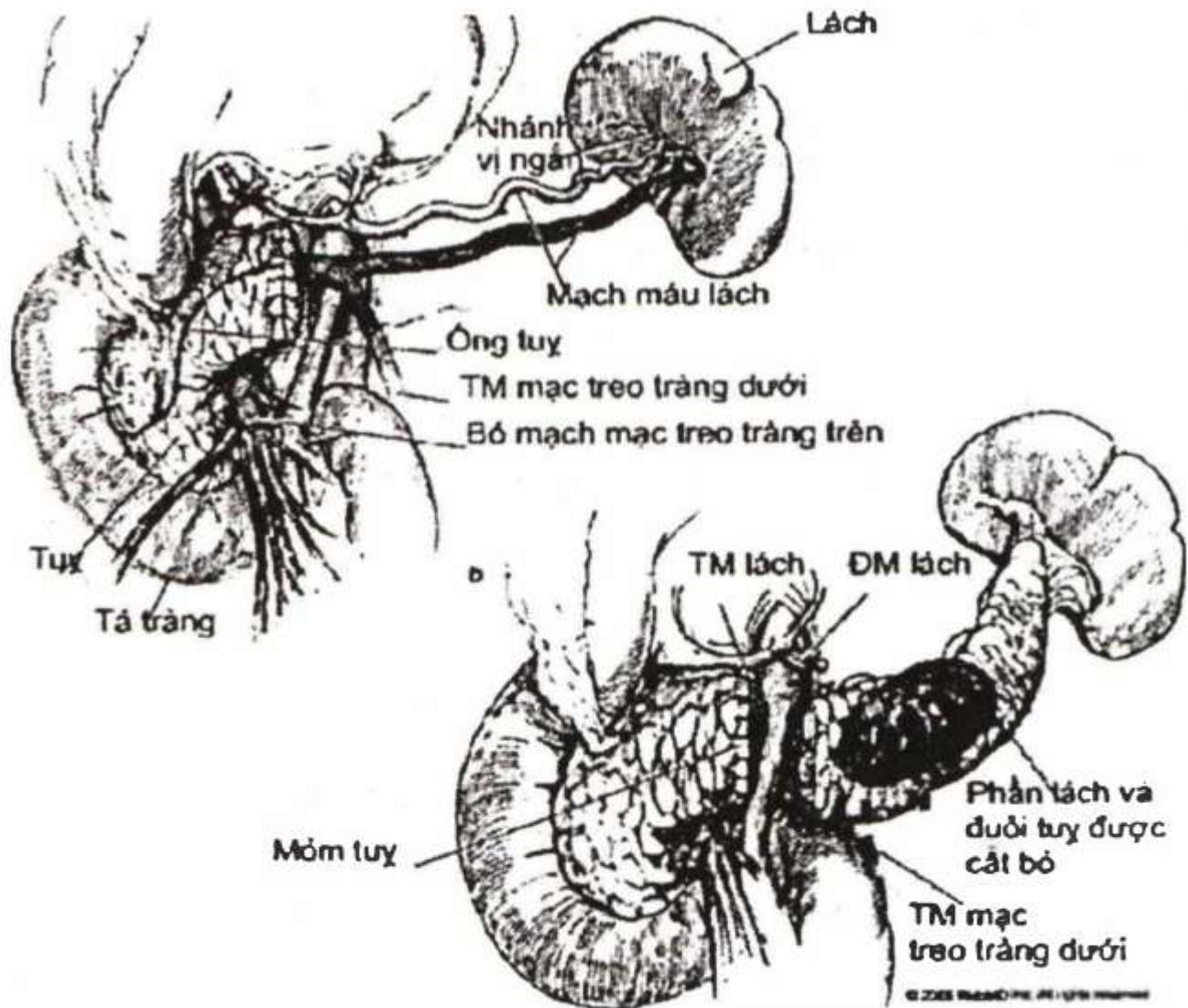
+ Thường vị trí tổn thương giữa cổ và thân tụy.

+ Cắt thân và đuôi tụy là phương pháp phẫu thuật được chọn lựa. Thường phải cắt lách kèm theo (hình 1). Khâu kín ống tụy bằng chỉ không tan (hoặc Vicryl). Mỏm của phần tụy còn lại có thể được khâu đóng bằng tay hay stapler hay để nguyên. Dẫn lưu tốt vùng tụy bằng ống mềm. Phần đầu và cổ tụy chiếm 40 - 50% khối lượng tụy nên ít có khả năng dẫn đến suy tụy sau cắt thân và đuôi tụy.

- Tổn thương ống tụy trong vết thương thấu bụng:

+ Thường kết hợp tổn thương các mạch máu lớn lân cận (tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch mạc treo tràng trên). Tỉ lệ tử vong cao (40 - 50%), chủ yếu do xuất huyết không cầm được hơn là do tổn thương ở tụy.

+ Xử trí các tổn thương mạch máu là chính. Nếu bệnh nhân ổn định: xử trí tổn thương tụy trong lần phẫu thuật kế tiếp.



**Hình 1 - Phẫu thuật cắt thân và đuôi tuy (a- bảo tồn lách, b- lách được cắt bỏ kèm thân và đuôi tuy)**

- Cắt bỏ vùng đầu tuy - tá tràng là phẫu thuật được chọn lựa cho tổn thương phức tạp vùng đầu tuy, hay tổn thương tá - tuy phối hợp.

**\* Biến chứng phẫu thuật:**

- Dò tuy;
- Nang giả tuy;
- Viêm tuy;
- Phình động mạch lách (nếu lách còn được giữ lại).

### **\* Chăm sóc sau mổ:**

Một số nguyên tắc chính của chăm sóc sau mổ bệnh nhân chấn thương bụng.

- Tiếp tục hồi sức bằng dịch truyền và máu.
- Chú ý phát hiện sớm các rối loạn đông máu.
- Truyền bổ sung 6 đơn vị tiểu cầu và 2 đơn vị huyết tương tươi cho mỗi 5 đơn vị máu toàn phần.
- Đánh giá số lượng và tính chất dịch qua các ống dẫn lưu.
  - X-quang ngực kiểm tra ngay sau mổ.
  - Siêu âm bụng kiểm tra 3-5 ngày sau mổ.

### **\* Các biến chứng có thể xảy ra sau mổ:**

- Chảy máu liên tục;
- Suy hô hấp;
- Rối loạn đông máu;
- Nhiễm trùng (áp-xe tồn lưu trong xoang bụng, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng tiểu...);
- Hội chứng ngăn bụng kín (abdominal compartment syndrome);
- Dò tiêu hóa.

## **VIÊM TUYẾN TỤY**

Viêm tuyến tụy là một bệnh lý rất thường gặp. Tuyến tụy nhỏ so với trọng lượng cơ thể nhưng lại đóng vai trò rất quan trọng trong việc tiêu hóa thức ăn.

và chuyển hóa chất đường glucose. Viêm tụy gây ra những ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt hàng ngày và chức năng chuyển hóa, tiêu hóa của cơ thể.

Tụy là một tuyến lớn nằm sau dạ dày và gần tá tràng. Tá tràng là phần trên của ruột non. Tụy tiết ra các men tiêu hóa chất mỡ, các protein, và chất đường bột trong thức ăn hàng ngày. Tụy còn tiết ra insulin và glucagon vào máu. Các hormone này giúp cơ thể sử dụng đường glucose từ thức ăn để làm năng lượng hoạt động.

Bình thường các men tiêu hóa không hoạt động cho tới khi chúng đến ruột non, nơi chúng bắt đầu tiêu hóa thức ăn. Nhưng nếu các men này bị kích hoạt khi còn ở trong tuyến tụy, chúng sẽ bắt đầu tiêu hóa ngay bên thân tuyến tụy.

## I. VIÊM TỤY CẤP

### \* *Nguyên nhân viêm tụy cấp*

Một số bệnh nhân có thể bị một hoặc nhiều đợt viêm tụy cấp sau đó phục hồi hoàn toàn, nhưng đôi khi viêm tụy cấp có thể trở nặng đe dọa tính mạng và gây nhiều biến chứng. Trong số hàng trăm ngàn trường hợp xảy ra mỗi năm ở Mỹ, khoảng 20% là những trường hợp nặng. Viêm tụy cấp thường xảy ra ở đàn ông nhiều hơn phụ nữ.

Viêm tụy cấp thường do sỏi mật, hoặc uống quá nhiều rượu nhưng đây không phải là những nguyên

cũng cần được xem xét kỹ để có điều trị thích hợp.

#### \* Các triệu chứng của viêm tụy cấp

Viêm tụy cấp thường khởi đầu bằng đau ở vùng thượng vị, có thể bớt sau vài ngày. Đau bụng nhiều và liên tục, hoặc lan ra sau lưng và những vị trí khác. Đau có thể xảy ra đột ngột và dữ dội, hoặc đau nhẹ lúc khởi đầu sau đó tăng dần sau khi ăn. Một số bệnh nhân viêm tụy cấp cảm thấy cơ thể rất mệt mỏi.

Các triệu chứng khác bao gồm: bụng sưng và đau tức, buồn nôn, nôn, sốt, mạch nhanh. Trong các trường hợp nặng, có thể bị mất nước và tụt huyết áp. Suy tim, suy hô hấp và suy thận có khả năng xảy ra. Nếu có xuất huyết ở tụy, sỏi, sẽ dẫn đến nguy cơ tử vong cao.

#### \* Chẩn đoán viêm tụy cấp

Ngoài việc hỏi tiền sử bệnh và thăm khám lâm sàng, bác sĩ còn chỉ định xét nghiệm máu để chẩn đoán viêm tụy cấp. Trong các đợt viêm cấp, trị số amylase và lipase trong máu tăng ít nhất gấp 3 lần so với bình thường. Amylase và lipase là các men tiêu hóa hình thành trong tuyến tụy. Các thay đổi về lượng glucose, calcium, magnesium, sodium, potassium và bicarbonate trong máu có thể xảy ra. Sau khi có cải thiện ở tuyến tụy, các trị số này thường trở về bình thường.

Bác sĩ có thể chỉ định làm siêu âm bụng để tìm sỏi mật và chụp cắt lớp CAT scan (computerized axial

tử ở tuyến tụy. CAT scan còn giúp phát hiện nang giả tụy.

### \* *Điều trị viêm tụy cấp ra sao?*

Điều trị tùy thuộc độ trầm trọng của bệnh. Nếu không có biến chứng ở thận hoặc phổi, viêm tụy cấp thường tự cải thiện. Điều trị thường nhằm mục đích hỗ trợ các chức năng quan trọng của cơ thể và phòng ngừa biến chứng. Cần nằm viện để truyền dịch thay thế bằng đường tĩnh mạch.

Nang giả tụy khá lớn có thể ảnh hưởng đến sự phục hồi của tuyến tụy. Bác sĩ có thể chọc dò để hút dịch hoặc phẫu thuật cắt nang. Trừ khi ống tụy hoặc ống mật chủ bị tắc do sỏi, đợt viêm tụy cấp thường chỉ kéo dài vài ngày. Trong những trường hợp nặng, bệnh nhân cần được nuôi bằng đường tĩnh mạch từ 3 đến 6 tuần cho đến khi tuyến tụy bình phục dần. Biện pháp này gọi là nuôi ăn hoàn toàn bằng đường tiêm truyền. Tuy nhiên trong những trường hợp nhẹ, nuôi ăn hoàn toàn bằng đường tiêm truyền thường không cần thiết.

Trước khi xuất viện, bệnh nhân sẽ được khuyên bỏ rượu và không nên ăn những bữa ăn thịnh soạn. Khi các dấu hiệu viêm tụy cấp đã hết, bác sĩ sẽ cố gắng tìm nguyên nhân chính xác của đợt viêm tụy lần này để đề phòng những đợt kế tiếp. Một số trường hợp có nguyên nhân thật rõ ràng nhưng đối với một số khác, để tìm chính xác nguyên nhân cần phải làm thêm kiểm tra.

### **\* Biến chứng**

Viêm tụy cấp có thể gây nên những biến chứng về hô hấp. Nhiều bệnh nhân bị thiếu oxy máu, do đó mô và các tế bào cũng sẽ thiếu oxy. Điều trị thiếu oxy máu bằng cách cho thở oxy qua mặt nạ. Dù đã được cung cấp đầy đủ lượng oxygen, một số bệnh nhân vẫn bị suy hô hấp và cần được thở máy.

Nếu nôn ói nhiều, bệnh nhân cần được đặt ống thông dạ dày. Những trường hợp nhẹ, bệnh nhân phải kiêng ăn trong 3 - 4 ngày và sẽ được truyền dịch và tiêm giảm đau qua đường tĩnh mạch.

Nếu nhiễm trùng, bác sĩ sẽ sử dụng thêm kháng sinh. Phẫu thuật là cần thiết nếu có nhiễm trùng nặng. Phẫu thuật giúp phát hiện chấn xuất huyết, chẩn đoán loại trừ với những nguyên nhân khác có triệu chứng giống viêm tụy cấp, hoặc để cắt lọc mô tụy bị hoại tử nặng.

Viêm tụy cấp đôi khi gây biến chứng suy thận cấp. Khi suy thận cấp, cần chạy thận nhân tạo để lọc các chất cặn bã trong máu.

### **\* Liên quan giữa sỏi mật và viêm tụy**

Sỏi mật có thể gây viêm tụy cấp và cần phẫu thuật để lấy sỏi. Siêu âm hoặc CAT scan có thể phát hiện sỏi mật và đánh giá về mức độ tổn thương ở tuyến tụy. Tùy theo độ trầm trọng của viêm tụy mà có kế hoạch phẫu thuật. Nếu viêm tụy nhẹ, có thể phẫu thuật sỏi túi mật trong vòng một tuần. Trường hợp viêm tụy dữ dội hơn, cần phẫu thuật sau 1-2 tháng.

mật chủ sẽ được giải quyết bằng phương pháp nội soi chụp mật tụy ngược dòng ERCP.

Sau khi cắt túi mật nội soi và lấy sỏi ống mật chủ, giải quyết tình trạng viêm nhiễm, tuyến tụy thường phục hồi lại trạng thái bình thường.

## II. VIÊM TỤY MẠN TÍNH

### 1. Khái quát chung

#### \* Định nghĩa

Viêm tụy mạn tính là sự xơ tụy từ các nhu mô, dẫn tới sự phá huỷ ngày càng nặng nhu mô tụy, hậu quả suy giảm hoặc làm mất chức năng tụy.

#### \* Phân loại

Có 3 thể chính:

- Viêm tụy mãn tiên phát:

+ Thể vôi hoá

+ Thể không vôi hoá

- Viêm tụy mãn thứ phát:

+ Sau tắc nghẽn ống tụy như hẹp bóng Vater.

+ Dính sẹo trên ống tụy, chấn thương phẫu thuật, u chèn ép.

- Viêm tụy mãn đặc biệt (do di truyền, rối loạn

### \* Giải phẫu bệnh lý

- Đại thể: Tổ chức tuy chắc (Tăng tổ chức liên kết, teo nhu mô). Mặt tuyến không đều, rải rác có các nang (kyste). Tổn thương toàn tuyến hay khu trú đầu, thân, đuôi tuy.

- Vi thể: Tăng sinh tổ chức liên kết ở gian hay trong tiểu thuỳ. Các mạch máu xơ hoá, một số sợi thần kinh tăng sản. Các lớp biểu mô của tuyến mất, các ổ tái sinh hình thành các xoang nhỏ đè ép vào ống dẫn, ống tuy giãn, có thể có sỏi. Các tiểu đảo, langerhans bị teo xơ, nhưng muộn hơn.

### \* Bệnh căn bệnh sinh

#### a. Nguyên nhân

- Viêm tuy mãn tiên phát:

+ Rối loạn chuyển hoá: Thiếu đậm, thừa mỡ kéo dài.

+ Nhiễm độc: Rượu, chì, photpho, coban mạn.

+ Vôi hoá: Hay gặp ở nam nghiện rượu, trung bình sau 9 năm mắc nghiện rượu.

+ Tự miễn: Thấy tăng gam globulin, có kháng thể kháng tuy.

+ Di truyền gia đình: Bệnh nhày nhớt tuy, hoặc chứng cường tuyến cận giáp, tăng lipit máu nội sinh.

- Viêm tuy mãn thứ phát: Do tắc nghẽn, do chấn thương phẫu thuật xơ hoá quanh ống tuy.

- Viêm tuy mãn đặc biệt: Do di truyền, do rối

## b. Bệnh sinh

Chưa biết rõ, rất ít gặp viêm tụy cấp chuyển thành viêm tụy mạn. Rượu làm tăng độ quánh và nồng độ proteine của dịch tụy dễ xảy ra sự kết tủa. Tình trạng thiếu đậm kéo dài gây tổn thương mạn tính ở nhu mô tụy, sau đó, gây giãn các nang tụy, sự kết tủa proteine tạo thành các thỏi đậm - canxi, sự xơ hoá quanh và giữa các chùm tuyến lan khắp tuyến tụy phá huỷ dần nhu mô tụy, thay thế dần bằng mô xơ có thâm nhiễm viêm. Sự giãn các tuyến nang và ống tụy dẫn tới hình thành u nang, lúc đầu bé, sau có thể to ra, vỡ vào các nhu mô quanh tụy, dịch tụy chảy vào tạo ra các u nang giả ngoài tụy.

## 2. Triệu chứng

### \* Lâm sàng

- Đau: thượng vị, xuyên ra sau lưng, đau lâm râm, kéo dài, có lúc thành cơn, đau sau uống rượu, ăn mỡ, giảm đau khi nằm nghiêng, ngồi cúi, úp lưng, có thể buồn nôn. Khoảng 20% không có đau bụng.

- Đi lỏng: nhiều lần trong ngày, phân lỏng như cháo, xám nhạt, phân láng mỡ, sợi cơ.

- Sờ nắn bụng: Không thấy gì đặc biệt, ấn vùng tá tụy đau, tam giác Chaufard đau, Điểm Mayorobson đau. Da, niêm mạc vàng nhạt (thường từ 2 - 10 ngày hết) thường vàng da sau đau nhưng không sốt như sỏi mật.

- Toàn thân: Gầy đét, da khô, tóc thưa, dễ rụng,

### \* Xét nghiệm

- Amylaza, lipaza máu không cao, tuy nhiên amylaza máu tăng cao sau cơn đau có ý nghĩa.

- Bilirubin, phosphattaza kiềm có thể tăng do viêm mạn quanh ống mật. Định lượng canxi, lipit, tryglycerit huyết để phát hiện VTM trong cường cản giáp và tăng lipit máu.

- Nghiệm pháp tăng đường máu, biểu hiện kiểu đái tháo đường. 3 xét nghiệm nước tiểu: Amylaza, glucoza, sắc tố mật, xét nghiệm D - xyloza giúp chẩn đoán chứng kém hấp thu.

- Xét nghiệm trực tiếp dịch tá tràng, dịch tụy, test secretin, test secretin - pancreozymin hoặc bữa ăn, định lượng lactofferin trong dịch tụy nếu tăng cao là có ý nghĩa chẩn đoán, khá tốt kém.

### \* X-quang:

Không chuẩn bị thấy có sỏi, điểm canxi D12 - L1, L2. Chụp khung tá tràng: Giãn khi có u đầu tụy, bờ cong lớn dạ dày co kéo, nham nhở.

+ Bơm hơi sau phúc mạc: Hình tụy thay đổi.

+ Chụp mật ngược dòng qua nội soi (ERCP) biết hình ảnh bóng Vater, ống tụy, u nang sỏi tụy.

+ Chụp Ct-can và chụp động mạch chọn lọc

### \* Siêu âm tụy

Biết kích thước tụy, ống tụy, tình trạng nhu mô, u nang. Kết hợp chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

### \* *Soi ổ bụng*

Quan sát tuy qua mạc nối nhỏ, bệnh nhân nằm đầu cao, nghiêng phải mắt, có khi bình thường.

## 3. *Chẩn đoán bệnh*

### \* *Chẩn đoán xác định*

Nói chung khó, chỉ nghĩ tới khi: lâm sàng gặp bệnh nhân gây còm, ỉa lỏng không rõ nguyên nhân, kết hợp thăm dò tuy.

Là chẩn đoán sau khi đã loại trừ các nguyên nhân: Lao, ung thư...

### \* *Chẩn đoán phân biệt*

#### a. *Bệnh lai tuy*

Ung thư tuy: (1 - 2% các loại k) 60% là k đầu tuy 15% là thân, đuôi tuy. Bệnh từ từ, đầy bụng, ỉa chảy, mất khẩu vị. Đau bụng âm ỉ, khi có tác mật thì u đã to.

Sỏi tuy: ít gặp, gồm canxicarbonat, phospho, chất hữu cơ.

+ Đau dữ dội thường, lan ra sau lưng, giống cơn đau quặn gan.

+ Rối loạn tiêu hoá: ỉa phân mỡ, có sợi cơ.

+ X-quang tuy có hình cản quang sỏi tuy.

- U nang tuy: (ít gặp) tiền sử có VTC.

+ Đau thượng vị lệch trái, tiêu hoá kém, nôn, mêt mỏi, gầy.

hội chứng TALC cục bộ do chèn ép.

+ Khám có khối u to vùng thượng vị, không di động, gõ đau giữa hai vùng trong là dạ dày và đại tràng ngang.

+ X-quang: Có thể thấy sỏi, dạ dày bị lõm bờ cong lớn (nang đuôi tụy), góc Treiz bị đẩy xuống, khung tá tràng bị giãn rộng (u đầu tụy). Chụp bơm hơi sau phúc mạc thấy nang tụy. Chụp tinh mạch lách - cửa: hình tinh mạch lách bị chèn ép.

### b. Loét dạ dày tá tràng.

- Viêm túi mật: Đau quặn gan, sốt nóng, rét, bạch cầu tăng cao, chẩn đoán nhờ soi ổ bụng, siêu âm.

- Bệnh khác: lao ruột, bệnh đại tràng

#### \* Chẩn đoán thể bệnh:

Thể tắc hẹp môn vị hoặc tá tràng: Nôn ra thức ăn cũ, ăn vào thấy đầy bụng, X-quang dạ dày thấy u ngoài chèn vào.

Thể phổi hợp với đái tháo đường: ỉa phân sống có mờ, đường máu tăng cao.

- Thể viêm tụy mạn tái phát: 60% các thể lâm sàng, xuất hiện sau viêm tụy cấp, nhất là thể hoại tử xuất huyết, đặc điểm tái đi tái lại nhiều lần, xơ hoá tụy.

- Thể đau bụng kéo dài: Chiếm 20%, sau các bệnh đường mật, loét thủng vào tụy, quai bị. Triệu chứng đau bụng kéo dài, ỉa phân mờ.

- Thể giả u chiếm 15%, triệu chứng tăng dần do vị trí u, chẩn đoán nhờ phẫu thuật.

- Thẻ ẩn của viêm tụy mạn 5%: Đau bụng vừa phải, rối loạn tiêu hoá.

Thẻ chảy máu: do loét dạ dày kèm theo, chảy máu do TALTMC cục bộ, chảy máu đơn thuần do viêm tụy mãn hiếm nhưng dai dẳng.

- Thẻ vàng da: do xơ chít hẹp bóng Vater.

- Thẻ sỏi tụy phát hiện nhờ siêu âm, X-quang.

- Thẻ phổi hợp với loét tiêu hoá (H/C Zollinger Elison) do tăng tiết Castrin.

17,34 gây tăng tiết HCL sinh loét.

#### **4. Tiến triển, biến chứng**

##### **\* Tiến triển**

Bệnh nặng dần, biến chứng trong vòng 10 năm đầu. Đáng chú ý sau 10 - 15 năm, 1/3 số ca sự phá hủy tuyến giảm đi và hết đau bụng, nổi lên kém hấp thu và tái đường.

##### **\* Biến chứng**

- U nang do giãn ống tụy hay u nang giả.

- Chảy máu tiêu hoá 10%.

- Vàng da, ứ mật do đầu tụy chèn ép ống mật chủ.

- Đái tháo đường

- Hội chứng kém hấp thu.

- Hẹp tá tràng, nôn mửa.

bụng, màng tim ít hơn, do u nang giả tuy dò vào, dịch có amylnaza cao, có thể có máu.

- Nghiện ma tuý.
- Ung thư hoá tuy 3% số ca viêm tuy mạn.

## 5. Điều trị

### \* Nguyên tắc điều trị

- Điều trị cơn cấp tính của viêm tuy mạn như viêm tuy cấp.
  - Dùng thuốc thay thế chức năng tuy bị suy giảm.
  - Điều trị triệu chứng.
  - Dùng các biện pháp can thiệp khi có tắc nghẽn đường mật tuy.

### \* Điều trị

- a. Điều trị cơn cấp tính của viêm tuy mạn (Xem bài điều trị viêm tuy cấp tính).
- b. Dùng các thuốc thay thế men tuy ngoại tiết
  - Cần dùng 30.000 đơn vị Lipase, 3000 đơn vị Putease, 10.000 đơn vị Amylase cho mỗi bữa ăn.

Các thuốc thay thế men tuy như: Eurobiol, Grean, Festal, Pancrealase, Panzyner, Panthicone -F. Liều dùng 2 - 3 viên/ lần x 3 lần/ ngày, uống trong khi ăn.

Trường hợp cho thuốc mà phân vẫn thấy mỡ cần khảo sát toàn bộ của dạ dày, vì các enzyme tuy chỉ có hiệu lực trong môi trường kiềm. Có thể phổi

hợp với Natri Bicarbonat 1 - 3g trong mỗi bữa ăn và có thể dùng phối hợp với thuốc giảm tiết acid như Cimetidin, Omeprazol.

### c. Điều trị giảm đau

Điều trị giảm đau thường là rất cần thiết, nhất là thể viêm tuy mạn đau nhiều, các thuốc giảm đau không Steroid là những thuốc sử dụng nhiều để cắt cơn đau trong viêm tuy mạn tính. Tùy theo mức độ đau mà có chỉ định cho liều thích hợp.

#### - Đau nhẹ:

Cho các thuốc giảm đau không Steroid thông thường: Efferalgan, Derfagen...

Paracetamol 0,5 - 1g/1 lần x 2 - 3 lần/ngày;

Aspirin (Aspecgic, Asperin, PH8) 0,5 - 1g/1 lần x 2 - 3 lần/ngày;

Thiprofein 200 - 400 mg/1 lần x 3 lần/ngày.

Có thể phối hợp với các thuốc chống co thắt như Papaverin, Buscopan, Spasfon.

#### - Đau vừa:

Cho các thuốc không Steroid thông thường dạng viên:

Podafagan 1g/ lần x 2 - 3 lần/ ngày;

Aspecgic 500mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 lọ/ lần x 2 - 3 lần/ ngày;

Profenid 100 mg tiêm bắp 1 lọ / lần x 2 - 3 lần/ngày;

x 2 - 3 lần/ngày.

Có thể dùng các loại thuốc giảm đau không Steroid có phối hợp với Codein hoặc Propoxyphen Efferalgan - Codein 1 - 2 viên/ lần x 2 - 3 lần/ ngày.

Diantavic (Di - Antavic ) uống 2 viên/ lần x 2 - 3 lần/ngày.

- Đau nhiều:

Cơn đau lâu, nên dùng các thuốc không Steroid không tác dụng, có thể dùng các loại thuốc giảm đau nhóm Morphin như Dolosan (Dolargan, Fortal) nhưng không nên dùng morphin vì thuốc này gây co thắt mạnh đường mật tụy.

- Chú ý:

Khi dùng các thuốc giảm đau không Steroid cần lưu ý đến bệnh dạ dày, tá tràng. Nên dùng thuốc uống sau ăn hoặc cho các thuốc bao phủ niêm mạc trước rồi mới dùng thuốc giảm đau. Có thể cho thêm các loại thuốc Prostaglandin E2 như: Cytotec, Misoprostol, Dimixen, Selbex để hạn chế bớt tác dụng phụ của thuốc giảm đau không Steroid lên dạ dày.

d. Điều trị đái tháo đường

Theo mức độ tăng của đường huyết mà có chỉ định dùng thuốc uống hoặc Insulin tiêm.

e. Điều trị sạm da

Thường dùng hỗn hợp Citrat Natri + Kali, liều 20 - 30g/ngày, biệt dược là Foncitril) 3 - 6 gói/ ngày. Thuốc này có thể làm tan sỏi trong 40% trường hợp nhưng giá thành điều trị rất thấp.

f. Chế độ ăn: rất quan trọng.

- Bỏ hoàn toàn rượu;

- Bỏ thuốc lá;

- Chế độ ăn hơi giảm chất béo, chiếm 25 - 30% tổng số năng lượng, nên dùng các chất béo có nhiều Triglycerid dễ hấp thu như dầu vừng, dầu đậu tương, dầu lạc, đảm bảo dinh dưỡng mỗi ngày từ 2000 - 2500 calo.

Không nên hạn chế chế độ ăn vì bệnh nhân viêm tụy mạn tính dinh dưỡng vốn đã rất kém.

## BỆNH ĐAU TỦY XƯƠNG

Đau tuy xương, còn gọi là bệnh Kahler, là dạng ung thư xương hay gặp nhất. Khối u (có nguồn gốc từ tuy xương) và những sản phẩm của nó gây rối loạn chức năng, khiến người bệnh có biểu hiện đau xương, suy thận dễ nhiễm trùng.

Bệnh đau tuy xương thường gặp ở nông dân, người đốn củi, công nhân thuộc da, những người tiếp xúc với sản phẩm dầu lửa. Bệnh thực chất là tình trạng tăng nhanh ác tính những tương bào (tế bào plasmocyte) xuất phát từ tuy xương, sản xuất globulin miễn dịch đơn dòng. Hiện nay chưa rõ nguyên nhân gây bệnh, song bệnh có tính di truyền, biểu hiện ở những rối loạn về nhiễm sắc thể và gene. Ngoài ra, bệnh còn liên quan đến rối loạn tế bào miễn dịch, đặc biệt là tế bào plasma và miễn dịch thể interleukin 6.

### \* Biểu hiện lâm sàng

- Tổn thương xương: do sự tăng sinh của những tế bào u và sự hoạt hóa các tế bào tiêu xương gây nên. Vị trí tổn thương thường là xương sọ, xương đòn, xương ức, xẹp đốt sống dẫn đến hội chứng ép rẽ thần kinh cột sống. Đau xương là biểu hiện hay gặp nhất, chiếm 70%.

- Tăng canxi máu do hậu quả của sự tiêu xương, đôi khi gây tình trạng cấp cứu.

- Nhiễm trùng: viêm phổi, viêm đường tiết niệu,... do giảm khả năng miễn dịch.

- Suy thận: do tăng canxi máu, do tổn thương cầu thận, tăng nhiễm toàn thận vì tăng axit uric, sự nhiễm trùng tái phát nhiều lần. Ngoài ra, còn tổn thương ống thận do có quá nhiều protêin trong ống thận, biểu hiện là protêin niệu, giảm natri niệu.

- Thiếu máu: do sự xâm lấn của tế bào u và tủy ức chế chất tạo huyết và do những yếu tố tại khối u sinh ra. Ngoài ra, còn có hiện tượng tan huyết nhẹ, thiếu máu hồng cầu to, giảm bạch cầu hạt và giảm tiểu cầu.

- Triệu chứng thần kinh: tuy ít gặp song có biểu hiện như mệt mỏi, rối loạn thị giác, bệnh lý võng mạc. Tổn thương xẹp đốt sống sẽ gây nên ép tủy, đau kiết rẽ, đại tiểu tiện không tự chủ vì mất khả năng kiểm soát bàng quang và đường ruột. Bệnh lý đa dây thần kinh và giác quan vận động, hội chứng ép tủy do gây xương bệnh lý.

thương nội mạch.

Mặc dù tế bào plasma có ở khắp nơi trong cơ thể, song khối u lan chủ yếu vào xương và tủy. Đôi khi hạch to, gan to.

#### \* *Xét nghiệm*

- Máu: thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu, tăng tốc độ máu lắng, thiếu hụt đông máu, giảm chức năng tiểu cầu, tăng độ nhớt của máu.

- Tủy xương: tương bào tăng trên 15%, với hình thái không điển hình, dạng non và nhiều nhân.

- Sinh hóa: thấy tăng canxi máu, tăng axit uric, tăng globulin máu, giảm albumin máu, tăng ure máu, protein niệu.

- Miễn dịch: điện di protein huyết thanh, 75% bệnh nhân thấy dải đơn dòng IgG50%, IgA25%. Điện di nước tiểu thấy chuỗi nhẹ trên 50%. Điện di miễn dịch có thể thấy globulin miễn dịch đơn dòng.

- X-quang thấy tổn thương tủy xương, loãng xương, gãy xương ở các vị trí như xương sọ, cột sống, xương sườn.

#### \* *Cách chẩn đoán*

Dựa vào ba triệu chứng cổ điển:

- Tăng tế bào plasma trong tuỷ xương (10%).

- Tổn thương tiêu xương.

- Có IgM trong nước tiểu hoặc trong huyết thanh.

Trong trường hợp không có tổn thương xương

mà tế bào plasmocyte tăng sinh trong tủy xương, việc chẩn đoán vẫn được xác định.

\* **Điều trị**

- Hóa trị liệu: để kiểm soát sự tiến triển của bệnh. Melphalan (hoặc cyclophosphamid, hoặc clorambucil) kết hợp với prednisolon.

- Điều trị triệu chứng, phòng những biến chứng nguy hiểm:

+ Tăng canxi máu;

+ Gây xương;

+ Nhiễm khuẩn.

- Suy thận:

+ Lợi tiểu, thay huyết tương, lọc màng bụng.

+ Phát hiện và điều trị sớm nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Tăng độ nhớt máu, bằng cách thay huyết tương.

- Chống thiếu máu: bằng thuốc có sắt, axit forlic.

## MỤC LỤC

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Phần 1 - NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ TUY .....</b>                                 | <b>4</b>  |
| 1. Khái quát về tuy .....  | 4         |
| 2. Chức năng của tuy .....   | 5         |
| <b>Phần 2 - TUY TẠNG .....</b>   | <b>11</b> |
| 1. Một số đặc điểm giải phẫu sơ lược .....                                       | 11        |
| 2. Một số đặc điểm sinh lý của tuy tạng .....                                    | 12        |
| 3. Các triệu chứng của tuy tạng .....  | 13        |
| b. Các triệu chứng thực thể .....  | 14        |
| c. Thăm khám cận lâm sàng tuy tạng .....   | 15        |
| <b>Phần 3 - CHUẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ</b><br><b>MỘT SỐ BỆNH TUY THƯỜNG GẶP.....</b> | <b>22</b> |
| <b>U TUY .....</b>   | <b>22</b> |
| 1. Đại cương .....   | 22        |
| 2. Giải phẫu bệnh lý .....   | 23        |
| 3. Bệnh sinh .....   | 24        |
| 4. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng .....                                    | 24        |
| 5. Chẩn đoán phân biệt .....   | 27        |
| 6. Điều trị .....  | 28        |
| <b>U ÁC TÍNH KHÔNG BÀI TIẾT CỦA TUY .....</b>                                    | <b>29</b> |
| 1. Triệu chứng lâm sàng .....  | 30        |
| 2. Chẩn đoán bệnh .....  | 31        |

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| <b>UNG THƯ TUY</b> .....           | 35 |
| 1. Chẩn đoán.....                  | 36 |
| 2. Phương pháp điều trị.....       | 44 |
| <b>NANG GIẢ TUY</b> .....          | 56 |
| 1. Chẩn đoán bệnh.....             | 59 |
| 2. Phương pháp Điều trị .....      | 67 |
| <b>CHẤN THƯƠNG TUY</b> .....       | 73 |
| 1. Chấn thương bụng kín.....       | 73 |
| 2. Chẩn đoán.....                  | 74 |
| 3. Phương pháp điều trị.....       | 79 |
| <b>VIÊM TUYẾN TUY</b> .....        | 82 |
| I. <i>Viêm tuy cấp</i> .....       | 83 |
| II. <i>Viêm tuy mạn tính</i> ..... | 87 |
| 1. Khái quát chung.....            | 87 |
| 2. Triệu chứng .....               | 89 |
| 3. Chẩn đoán bệnh.....             | 91 |
| 4. Tiến triển, biến chứng .....    | 93 |
| 5. Điều trị .....                  | 94 |
| <b>BỆNH ĐAU TỦY XƯƠNG</b> .....    | 97 |

**NHÀ XUẤT BẢN LAO ĐỘNG**

**175 Giảng Võ**

**Điện thoại: 043.8515384; Fax: 043.7366215**

---

**BỆNH TUY  
VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ<sup>1</sup>  
HOÀNG THUÝ (biên soạn)**

**Chịu trách nhiệm xuất bản:  
LÊ HUY HOÀ**

**Biên tập: PHƯƠNG LAN**

**Thiết kế bìa: HẢI NAM**

**Trình bày: NS ĐỐNG ĐA**

**Sửa bản in: TUẤN PHONG**

---

In 3.000 cuốn, (khổ 13 x 20.5) cm, tại Trung tâm In và đo vẽ bản đồ.

Giấy phép xuất bản số: 279-2009/CXB/118-30/LĐ. Quyết định xuất bản số: 697/QĐL/K-LĐ ngày 01 tháng 09 năm 2010.

