

NGHIÊN CỨU BƯỚC ĐẦU VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN VIÊM TỤY MẠN

Vĩnh Khánh², Trần Văn Huy¹

(1) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế

(2) Trung tâm Nội soi Tiêu hóa – Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát hiệu quả của kỹ thuật siêu âm nội soi đối với bệnh lý viêm tụy mạn dựa trên bộ tiêu chuẩn Rosemont. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 bệnh nhân có chỉ định thực hiện siêu âm nội soi để chẩn đoán viêm tụy mạn. **Kết quả:** Qua nghiên cứu trên 44 bệnh nhân có chỉ định thực hiện thủ thuật siêu âm nội soi. Chúng tôi rút ra một số kết luận sau: (i) Hình ảnh viêm tụy mạn trên siêu âm nội soi. Tổn thương các nốt và dải tăng âm không có bóng lưng chiếm tỷ lệ cao nhất 79,5%, tiếp đến là vôi hóa nhu mô tụy chiếm 72,7% và thấp nhất là nang tụy, nang giả tụy chiếm 13,6%. Tổn thương giãn đường tụy chính chiếm tỷ lệ cao nhất 75,0% tiếp đến là tăng âm thành đường tụy chiếm 72,7% sau đó sỏi đường tụy chiếm và bờ đường tụy không đều chiếm 52,2%. (ii) Giá trị của bộ tiêu chuẩn Rosemont trong chẩn đoán viêm tụy mạn. Viêm tụy mạn được chẩn đoán với một tiêu chuẩn chính A cộng với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 67,5%, tiếp đến là hai tiêu chuẩn chính A chiếm 32,5%. Viêm tụy mạn giai đoạn sớm được chẩn đoán với nhiều hơn hoặc bằng 5 tiêu chuẩn phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. Siêu âm nội soi có hiệu quả hơn chụp cắt lớp vi tính trong các trường hợp viêm tụy mạn giai đoạn sớm. **Kết luận:** Siêu âm nội soi có giá trị cao trong chẩn đoán bệnh lý viêm tụy mạn

Từ khóa: viêm tụy mạn, siêu âm nội soi

Abstract

THE PRIMARY RESEARCH: THE ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN DIAGNOSIS OF CHRONIC PANCREATITIS

Vinh Khanh², Tran Van Huy¹

(1) Dept. Of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

Background and aims: To evaluate the efficacy of endoscopy ultrasound for diagnosis chronic pancreatitis by Rosemont classification. **Patients and methods:** A cross - sectional study was conducted on 44 patients undergoing endoscopy ultrasound to diagnose chronic pancreatitis. **Results:** Study on a total of 44 patients indicated for endoscopic ultrasound. We have some following results: The lesions of chronic pancreatitis on endoscopic ultrasound: The hyperechoic foci without shadowing and stranding was 79.5% and hyperechoic foci with shadowing was 72.7%, cyst and pseudocyst were about 13.6%. Main pancreatic duct dilation is 75%, hyperechoic main pancreatic duct wall was 72.7%, main pancreatic duct stone and irregular main pancreatic duct contour were about 52.2%. Rosemont classification in diagnosis of chronic pancreatitis: Consistent with chronic pancreatitis by 1 major A feature (+) ≥ 3 minor features is 67.5% and 2 major A features is 32.5%. Suggestive of chronic pancreatitis by over 5 minor features is 100%. EUS is more accurate than CT in detecting early chronic pancreatitis. **Conclusions:** Endoscopic ultrasound is a highly effective method of diagnosing chronic pancreatitis.

Key words: endoscopy ultrasound, chronic pancreatitis

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy mạn là bệnh lý được đặc trưng bởi tổn thương tuyến tụy đưa đến giảm chức năng ngoại tiết và nội tiết. Đây là một bệnh khá phổ biến, thường được chẩn đoán muộn, điều trị khó khăn, tiên lượng xấu và nhất là có thể dẫn đến ung thư tụy [16]. Theo các nghiên cứu của tác giả Levy cho thấy tỷ lệ bệnh lý viêm tụy mạn chiếm 26,4/100.000 tại Pháp. Theo nghiên cứu của Morihisa Hirota tại Nhật Bản cho thấy tỷ lệ viêm tụy mạn chiếm 36,9/100.000 khi tập hợp trên 1100 báo cáo từ 3027 bệnh viện tại Nhật. Nghiên cứu khác của Yadav tại Mỹ cho thấy tỷ lệ viêm tụy mạn chiếm 41,76/100.000. Ở Mỹ và Châu Âu nguyên nhân viêm tụy mạn do rượu chiếm 70- 80%, ngoài ra còn viêm tụy mạn do thiếu dinh dưỡng hay viêm tụy mạn nhiệt đới [10], [13], [20].

Chẩn đoán viêm tụy mạn về mặt lý tưởng là chẩn đoán dựa trên mô bệnh học, tuy nhiên vấn đề sinh thiết tụy không được thường xuyên được chỉ định trên thực hành lâm sàng vì mang lại nhiều nguy cơ và biến chứng khi can thiệp. Vì vậy, chẩn đoán viêm tụy mạn vẫn dựa trên đánh giá hình thái học và các biến đổi về chức năng của tuyến tụy. Các phương tiện để đánh giá hình thái của tuyến tụy gồm: X quang bụng, siêu âm qua thành bụng, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ và nội soi mật tụy ngược dòng. Tuy nhiên các phương tiện trên cho thấy hiệu quả đối với các biến đổi tuyến tụy ở giai đoạn tiến triển còn với viêm tụy mạn giai đoạn sớm và tối thiểu vẫn còn hạn chế [8]. Đối với các xét nghiệm đánh giá chức năng tuyến tụy cho thấy có độ nhạy và đặc hiệu cao trong chẩn đoán viêm tụy mạn nhưng lại hạn chế là khó khăn khi tiến hành xét nghiệm, gây khó chịu cho bệnh nhân và không tiện lợi. Hiện nay, siêu âm nội soi là một phương tiện mới khắc phục được những hạn chế của các xét nghiệm trong chẩn đoán viêm tụy mạn. Với đầu dò siêu âm được đưa đến tiếp xúc trực tiếp với tuyến tụy, siêu âm nội soi cho thấy giá trị khi đánh giá chính xác tổn thương ở nhu mô và đường tụy. Siêu âm nội soi chẩn đoán viêm tụy mạn dựa trên việc đánh giá các thành tố tổn thương của nhu mô tụy và đường tụy. Với những ưu điểm đó siêu âm nội soi đã khẳng định được giá trị trong chẩn đoán bệnh lý tụy khi so sánh với siêu âm qua thành bụng, chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán các bệnh lý về nhu mô tụy và đường tụy [16], [12].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Nghiên cứu vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán viêm tụy mạn”** với mục tiêu:

- *Mô tả các hình ảnh viêm tụy mạn trên siêu âm nội soi*
- *Đánh giá viêm tụy mạn dựa trên bộ tiêu chuẩn Rosemont*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là tất cả các bệnh nhân đến khám và điều trị có các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng nghĩ đến bệnh lý viêm tụy mạn tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế.

- Viêm tụy cấp tái phát.
- Viêm tụy cấp ở người nghiện rượu.
- Đau thượng vị không rõ nguyên nhân.
- Hội chứng kém hấp thu.
- Đái tháo đường.
- Các dấu hiệu lâm sàng gợi ý khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương pháp thu thập dữ liệu:

- Lâm sàng - cận lâm sàng: Tất cả bệnh nhân được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, cận lâm sàng và phát hiện các dấu chứng nghĩ đến viêm tụy mạn.

- Siêu âm nội soi:

Dụng cụ: Máy siêu âm nội soi thuộc hãng Fujifilm hiệu Radial EG 530UT2 và đầu dò Linear.

- Chuẩn bị bệnh nhân:

Bệnh nhân không được ăn uống trong vòng ít nhất 8 giờ trước khi nội soi.

Tháo răng giả nếu có.

Bệnh nhân được giải thích về thủ thuật siêu âm nội soi, những việc mà bác sĩ sẽ tiến hành khi siêu âm nội soi.

Bệnh nhân được trấn an để thật sự bình tĩnh và đồng ý thì mới tiến hành thủ thuật.

Tiến hành thủ thuật siêu âm nội soi.

- **Đánh giá tổn thương tuyến tụy dựa vào bộ tiêu chuẩn Rosemont**

- **Tiêu chuẩn chính A**

Nhu mô tụy: nốt tăng âm có kích thước ≥ 2 mm kèm bóng lưng.

Đường tụy: sỏi đường tụy chính.

- **Tiêu chuẩn chính B**

Nhu mô tụy: Tổn thương nhiều thùy dạng tổ ong, nhiều thùy nhỏ cạnh nhau giới hạn rõ được phân chia bởi các vách có kích thước ≥ 5 mm, thường được khu trú ở vùng thân và đuôi tụy.

- **Tiêu chuẩn phụ:**

Nhu mô tụy:

Nang tụy: Tổn thương trống âm hình tròn hoặc elip có đường kính ≥ 2 mm

Dãi tăng âm:

Các dãi tăng âm có chiều dài ≥ 3 mm và phải có ít nhất có 3 dãi mới có giá trị chẩn đoán.

Nốt tăng âm không có bóng lưng.

Tổn thương không phải dạng tổ ong:

Các thùy nhỏ này không nằm gần nhau và xuất hiện ở thân và đuôi tụy.

Đường tụy:

Giãn đường tụy chính: Khi kích thước đường tụy chính giãn ở thân tụy $\geq 3,5$ mm hoặc $\geq 1,5$ mm ở vùng đuôi tụy

Tổn thương không đều bờ của đường tụy chính: Tổn thương này thường được đánh giá ở vùng thân và đuôi tụy.

Giãn đường tụy nhánh: Các tổn thương hình ống có đường kính ≥ 1 mm và phải có ít nhất 3 tổn thương được phát hiện.

Tổn thương tăng âm thành đường tụy: Tổn thương tăng âm chiếm $> 50\%$ thành đường tụy.

- Chẩn đoán viêm tụy mạn theo tiêu chuẩn Rosemont.

- Chẩn đoán chắc chắn viêm tụy mạn gồm có:

(1) Một tiêu chuẩn chính A cộng với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ.

(2) Một tiêu chuẩn chính A cộng với tiêu chuẩn chính B.

(3) Hai tiêu chuẩn chính A.

- Nghi ngờ viêm tụy mạn:

(1) Một tiêu chuẩn chính A cộng với < 3 tiêu chuẩn phụ.

(2) Một tiêu chuẩn chính B cộng với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ.

(3) Nhiều hơn hoặc bằng 5 tiêu chuẩn phụ.

- Chưa nghĩ đến viêm tụy mạn:

(1) Từ 3 đến 4 tiêu chuẩn phụ, không có tiêu chuẩn chính.

(2) Một tiêu chuẩn chính hoặc < 3 tiêu chuẩn phụ.

- Bình thường:

(1) Nhỏ hơn hoặc có 2 tiêu chuẩn phụ, không có tiêu chuẩn chính [14], [16].

Thu thập số liệu: Ghi nhận kết quả siêu âm nội soi theo phiếu điều tra.

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

Xử lý kết quả bằng phần mềm EpiTable thuộc chương trình EPI - INFO 6.0 của WHO.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới

Bảng 3.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới

Giới \ Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 20	0	0	1	12,5	1	2,2
21 – 40	6	16,7	2	25,0	8	18,1
41 – 60	26	72,2	4	50,0	30	68,2
60 – 80	4	11,1	1	12,5	5	11,5
Tổng	36	100	8	100	44	100

Nhận xét: Đối tượng mắc bệnh tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 41- 60, chung cho cả 2 giới chiếm tỷ lệ 72,2% và 50,0%. Về giới tỷ lệ mắc bệnh ở nam chiếm 81,8% cao hơn nữ chiếm 18,2%

3.1.2. Đặc điểm về tiền sử

Bảng 3.2. Tiền sử bệnh nhân

Tiền sử	Số bệnh nhân (n = 44)	Tỷ lệ %
Nghiện rượu	23	52,2
Hút thuốc lá	17	38,6
Viêm tụy cấp	17	38,6
Bệnh lý đường mật	5	11,3
Đái tháo đường	6	13,6
Rối loạn lipid máu	1	2,2

Nhận xét: Bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,2%, hút thuốc lá và viêm tụy cấp chiếm khoảng 38,6% và thấp nhất là rối loạn lipid máu chiếm 2,2%.

3.2. Hình ảnh viêm tụy mạn trên siêu âm nội soi**3.2.1. Thay đổi kích thước tụy trên siêu âm nội soi****Bảng 3.3.** Kích thước tụy trên siêu âm nội soi

Kích thước tụy	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bình thường	16	36,4
Lớn toàn bộ	0	0
Lớn từng phần	7	15,9
Teo toàn bộ	11	25,0
Teo từng phần	10	22,7
Tổng	44	100

Nhận xét: Có 16 bệnh nhân hình ảnh tụy bình thường chiếm 36,4%, tiếp đến là teo toàn bộ chiếm tỷ lệ 25,0% và thấp nhất là phì đại từng phần chiếm 15,9%.

3.2.2. Tổn thương nhu mô tụy**Bảng 3.4.** Tổn thương trên nhu mô tụy

Tổn thương nhu mô	Số bệnh nhân (n = 44)	Tỷ lệ %
Vôi hóa nhu mô	32	72,7
Tổn thương thùy dạng tổ ong	0	0
Dãi và nốt tăng âm	35	79,5
Nang tụy, nang giả tụy	6	13,6

Nhận xét: Tổn thương các nốt và dãi tăng âm không có bóng lưng chiếm tỷ lệ cao nhất 79,5%, tiếp đến là vôi hóa nhu mô tụy chiếm 72,7% và thấp nhất là nang tụy, nang giả tụy chiếm 13,6%

3.2.3. Tổn thương đường tụy**Bảng 3.5.** Tổn thương trên nhu mô tụy

Tổn thương đường tụy	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sỏi đường tụy	23	52,2
Giãn đường tụy chính	33	75,0
Bờ đường tụy không đều	23	52,2
Tăng âm thành đường tụy	32	72,7

Nhận xét: Tổn thương đường tụy thì giãn đường tụy chính chiếm tỷ lệ cao nhất 75,0% tiếp đến là tăng âm thành đường tụy chiếm 72,7% sau đó sỏi đường tụy chiếm và bờ đường tụy không đều chiếm 52,2%

3.3. Giá trị của bộ tiêu chuẩn Rosemont trong chẩn đoán viêm tụy mạn**3.3.1. Các trường hợp chẩn đoán chắc chắn viêm tụy mạn****Bảng 3.6.** Các trường hợp chắc chắn chẩn đoán viêm tụy mạn

Tổn thương đường tụy	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Một tiêu chuẩn chính A cộng với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ	27	67,5
Một tiêu chuẩn chính A cộng với tiêu chuẩn chính B	0	
Hai tiêu chuẩn chính A	13	32,5
Tổng	40	100

Nhận xét: Viêm tụy mạn được chẩn đoán với một tiêu chuẩn chính A cộng với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 67,5%, tiếp đến là hai tiêu chuẩn chính A chiếm 32,5%

3.3.2. Các trường hợp viêm tụy mạn giai đoạn sớm

Bảng 3.7. Các trường hợp viêm tụy mạn giai đoạn sớm

Tổn thương đường tụy	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Một tiêu chuẩn chính A cộng với < 3 tiêu chuẩn phụ	0	0
Một tiêu chuẩn chính A cộng ≥ 3 tiêu chuẩn phụ	0	0
Nhiều hơn hoặc bằng 5 tiêu chuẩn phụ	3	100
Tổng	3	100

Nhận xét: Viêm tụy mạn được chẩn đoán với nhiều hơn hoặc bằng 5 tiêu chuẩn phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 100%

3.3.3. Các trường hợp chưa nghĩ đến viêm tụy mạn

Bảng 3.8. Các trường hợp chưa nghĩ đến viêm tụy mạn

Tổn thương đường tụy	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Từ 3 đến 4 tiêu chuẩn phụ, không có tiêu chuẩn chính	1	100
Một tiêu chuẩn chính hoặc < 3 tiêu chuẩn phụ	0	0
Tổng	1	100

Nhận xét: Các trường hợp chưa nghĩ đến viêm tụy mạn được chẩn đoán với tổn thương tụy từ 3 đến 4 tiêu chuẩn phụ, không có tiêu chuẩn chính chiếm 100%.

3.3.4. So sánh giá trị chẩn đoán viêm tụy mạn trên chụp cắt lớp vi tính và siêu âm nội soi

Bảng 3.9. Giá trị chẩn đoán viêm tụy mạn dựa trên chụp cắt lớp vi tính và siêu âm nội soi

Chẩn đoán	Chụp cắt lớp vi tính		Siêu âm nội soi	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Viêm tụy mạn	40	90,9	40	90,9
Viêm tụy mạn giai đoạn sớm	1	2,2	3	6,9
Chưa nghĩ đến viêm tụy mạn	3	6,9	1	2,2
Tổng	44	100%	44	100%

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán viêm tụy mạn giữa 2 phương pháp khi chẩn đoán viêm tụy mạn đạt 90,9%, chẩn đoán viêm tụy mạn viêm tụy mạn giai đoạn sớm siêu âm nội soi đạt 6,9% và chụp cắt lớp vi tính chiếm 2,2%. Với tính hệ số Kappa đạt 0,9 khi so sánh chẩn đoán viêm tụy mạn nói chung.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng mắc bệnh tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 41- 60, chung cho cả 2 giới chiếm tỷ lệ 72,2% và 50,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả Lê Thanh Toàn (2010), nghiên cứu trên 55 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình là $48,3 \pm 6,5$; nghiên cứu của tác giả Trần Văn Huy và Hoàng Trọng Thắng (2000) nghiên cứu trên 25 bệnh nhân cho thấy độ tuổi gặp nhiều nhất là 41 – 50 với tỷ lệ 60%; và

nghiên cứu của tác giả Seicean trên 82 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình là $48,7 \pm 9,5$. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân viêm tụy mạn đa số là ở tuổi trung niên, điều này có thể giải thích vì đây là độ tuổi có số người uống rượu nhiều nhất và nhiều nghiên cứu đã cho thấy có mối tương quan giữa số lượng và thời gian uống rượu với nguy cơ mắc bệnh viêm tụy mạn, khoảng thời gian này thường là 6 - 12 năm [1], [3], [17].

Về giới trong nghiên cứu chúng tôi có 36 bệnh nhân nam chiếm 81,8% và 8 bệnh nhân nữ chiếm tỷ

lệ 18,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Văn Huy và Hoàng Trọng Thắng (2000) với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 7/1; thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Quang Minh (2008) với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 13,5/1, và cao hơn nghiên cứu của tác giả Seicean A và cộng sự (2006) với tỷ lệ nam/nữ là 6,5/1. Sự phù hợp giữa 4 nghiên cứu đó là số bệnh nhân nam đều cao hơn nhiều số bệnh nhân nữ. Sở dĩ có sự khác biệt về tỷ lệ mắc viêm tụy mạn ở nam và nữ là do tỷ lệ sử dụng rượu và thuốc lá ở nam cao hơn nữ và đây chính là nguyên nhân gây nên bệnh lý viêm tụy mạn đã được các nghiên cứu chính minh [1], [3], [17].

Theo Bảng 3.2, số bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,2%, hút thuốc lá và viêm tụy cấp chiếm khoảng 38,6%, tiếp đến là đái tháo đường và bệnh lý đường mật chiếm 13,6% và 11,3% và thấp nhất là rối loạn lipid máu chiếm 2,2%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của các tác giả Trần Văn Huy, Hoàng Trọng Thắng (2000) với tiền sử uống rượu chiếm 64%, đái tháo đường chiếm 24%; và thấp hơn nghiên cứu của tác giả Seicean (2006), cũng có 67% bệnh nhân nghiện rượu, nhưng có đến 43,9% BN đái tháo đường [1], [17]. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự phù hợp về các nguyên nhân gây bệnh, trong đó rượu luôn là nguyên nhân hàng đầu gây nên bệnh lý viêm tụy mạn. Hút thuốc lá cũng là một trong những yếu tố nguy cơ của viêm tụy mạn, không chỉ làm trầm trọng thêm các tác hại của rượu đối với tụy mà thành phần nicotin trong thuốc lá và các chất chuyển hóa của nó cũng tiềm ẩn khởi phát bệnh. Ngoài ra có một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân viêm tụy mạn có tiền sử đái tháo đường, vậy nên cần thiết làm các xét nghiệm tầm soát đái tháo đường ở những bệnh nhân viêm tụy mạn [7].

4.2. Hình ảnh viêm tụy mạn trên siêu âm nội soi

4.2.1. Thay đổi kích thước tụy trên siêu âm nội soi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 16 bệnh nhân hình ảnh tụy bình thường chiếm 36,4%, tiếp đến là teo toàn bộ chiếm tỷ lệ 25,0%, teo từng phần chiếm 22,7% và thấp nhất là phì đại từng phần chiếm 15,9%. Sự khác biệt này có thể được giải thích là do có sự thay đổi kích thước tụy giữa các giai đoạn của viêm tụy mạn. Theo đó, tụy có thể bình thường hoặc tăng kích thước trong giai đoạn đầu, biểu hiện trên siêu âm là tụy to toàn bộ, đôi khi tụy không to nhưng bất cân xứng kích thước giữa các phần của tụy, có khi thấy khối khu trú ở tụy; còn trong giai đoạn muộn thì tụy thường teo nhỏ, thường kèm theo biểu hiện suy tụy nội tiết và ngoại tiết.

4.2.2. Tổn thương nhu mô tụy

Theo Bảng 3.4 các tổn thương các nốt và dải tăng âm không có bóng lưng chiếm tỷ lệ cao nhất

79,5% đây chính là tổn thương thường gặp trên siêu âm đánh giá nhu mô tụy vì đây là các biểu hiện đầu tiên trong viêm tụy, tiếp đến là vôi hóa nhu mô tụy chiếm 72,7% và thấp nhất là nang tụy, nang giả tụy chiếm 13,6%. Các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy được sự tương quan giữa các tổn thương nhu mô tụy trên siêu âm nội soi với mô bệnh học đó là nốt tăng âm, dải tăng âm, thương tổn dạng tổ ong và nang tương ứng với xơ hóa tại chỗ, xơ hóa bất cầu, xơ hóa thùy và nang hoặc nang giả tụy [21]. Và các báo cáo đã cho thấy độ đặc hiệu của siêu âm nội soi trong đánh giá tổn thương dạng nốt tăng âm là 94%, tổn thương giảm âm là 94% và tổn thương dạng tổ ong đạt 94% [19].

4.2.3. Tổn thương tại đường tụy

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá các tổn thương tại đường tụy thì giãn đường tụy chính chiếm tỷ lệ cao nhất 75,0% tiếp đến là tăng âm thành đường tụy chiếm 72,7% sau đó sỏi đường tụy chiếm và bờ đường tụy không đều chiếm 52,2%. Điều này cho thấy viêm tụy mãn có trường hợp ống tụy dẫn do có sự tắc nghẽn ống tụy do sỏi hoặc không do sỏi. Tuy nhiên cũng có rất nhiều trường hợp viêm tụy mạn nhưng ống tụy chính không bị giãn. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp viêm tụy mãn mà ống tụy chính không giãn và 17 trường hợp viêm tụy mạn không có sỏi đường tụy chính. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu trong nước của tác giả Lê Văn Cường giãn đường tụy chính chiếm tỷ lệ cao nhất 32/47 trường hợp, sỏi tụy kèm giãn đường tụy 26/47 trường hợp [2]. Các báo cáo cho thấy sự tương quan giữa tổn thương trên siêu âm và mô bệnh học bờ đường tụy không đều, tăng âm thành đường tụy, thấy được đường tụy nhánh, sỏi tương ứng với giãn và hẹp đường tụy khu trú, xơ hóa cạnh đường tụy, giãn đường tụy nhánh, sỏi tụy. Và độ chính xác của siêu âm nội soi trong đánh giá tăng âm thành đường tụy là 83% và bờ đường tụy không đều là 94% [19], [21].

4.3. Giá trị của bộ tiêu chuẩn Rosemont trong chẩn đoán viêm tụy mạn

Theo Bảng 3.6 có 40 trường hợp viêm tụy mạn được chẩn đoán với một tiêu chuẩn chính A cộng với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 67,5%, tiếp đến là hai tiêu chuẩn chính A chiếm 32,5%. Do các tổn thương sỏi tụy và vôi hóa nhu mô tụy là các tổn thương thường gặp trong viêm tụy mạn hơn là tổn thương dạng tổ ong nên tiêu chí một tiêu chuẩn chính A cộng với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ có tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi.

Theo Bảng 3.7 có 3 trường hợp viêm tụy mạn giai đoạn sớm trong đó đều được chẩn đoán theo tiêu chí có nhiều hơn hoặc bằng 5 tiêu chuẩn phụ. Trong

ngghiên cứu của chúng tôi có một trường hợp chưa nghĩ đến viêm tụy mạn do có 4 tiêu chuẩn phụ, đây là trường hợp bệnh nhân nam 39 tuổi có tiền sử uống bia nhiều, có rối loạn lipid máu và đái tháo đường kèm theo. Với trường hợp này có rất nhiều yếu tố nguy cơ đưa đến viêm tụy mạn cần phải tư vấn và dự phòng cho bệnh nhân. Các nghiên cứu tổng hợp trên thế giới về vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán các bệnh lý tụy nói chung và viêm tụy mạn nói riêng đã kết luận siêu âm nội soi là một kỹ thuật mới và có vai trò quan trọng trong chẩn đoán các bệnh lý tụy [5].

Trong báo cáo tổng kết của tác giả Akane Yamabe thì siêu âm nội soi là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả trong đánh giá nhu mô tụy, đường tụy và có giá trị cao trong chẩn đoán, theo dõi bệnh lý viêm tụy mạn [21]. Hiện nay chẩn đoán viêm tụy mạn trên siêu âm nội soi dựa vào 2 tiêu chuẩn đó là tiêu chuẩn truyền thống với 9 thành tố cấu thành và hệ thống phân loại Rosemont gồm có 11 thành tố chia thành chính, phụ và chia thành thể nào là viêm tụy mạn và viêm tụy mạn giai đoạn sớm. Theo tác giả Catalano chẩn đoán viêm tụy mạn theo Rosemont có sự tương quan 74% với tiêu chuẩn truyền thống và nâng lên 84% khi bao gồm cả viêm tụy mạn và viêm tụy mạn giai đoạn sớm theo Rosemont [4]. Các nghiên cứu cho thấy vẫn không có sự đồng nhất khi đánh giá các yếu tố trong chẩn đoán viêm tụy mạn, theo tác giả Wallace thì giãn đường tụy và tổn thương dạng tổ ong xuất hiện với tần xuất cao nhưng theo tác giả Gardner thì tổn thương dạng dải tăng âm và dạng nang lại xuất hiện cao hơn [11].

4.4. So sánh giá trị chẩn đoán viêm tụy mạn của chụp cắt lớp vi tính và siêu âm nội soi

Theo bảng 3.9 khi so sánh giá trị chẩn đoán viêm tụy mạn trên chụp cắt lớp vi tính và siêu âm nội soi trong chẩn đoán viêm tụy mạn hoàn toàn tương tự nhau đều đạt 90,9%. Trong khi giá trị chẩn đoán viêm tụy mạn giai đoạn sớm của chụp cắt lớp vi tính đạt 2,2% thấp hơn so với siêu âm nội soi đạt 6,9%. Khi tính hệ số tương hợp giữa chụp cắt lớp vi tính và siêu âm nội soi kể cả các trường hợp viêm tụy mạn giai đoạn sớm đạt 0,9. Qua đó cho thấy, khi chẩn đoán các trường hợp viêm tụy mạn thì giá trị chẩn đoán giữa chụp cắt lớp vi tính với siêu âm nội soi hoàn toàn tương tự nhau nhưng khi đánh giá các trường hợp viêm tụy mạn giai đoạn sớm thì siêu âm nội soi cho thấy có hiệu quả hơn khi so sánh với chụp cắt lớp vi tính.

Điều này đã được khẳng định trong các nghiên cứu về vai trò của siêu âm nội soi trong chẩn đoán viêm tụy mạn đặc biệt là viêm tụy mạn giai đoạn sớm, theo nghiên cứu của tác giả Varadarajulu trên

các trường hợp viêm tụy mạn không do sỏi mà chụp cắt lớp vi tính không chẩn đoán được, siêu âm nội soi cho thấy có độ nhạy 90,5%, độ đặc hiệu 85,7% khi được đối chiếu với tiêu chuẩn vàng là mô bệnh học sau phẫu thuật [18]. Các xét nghiệm đánh giá chức năng tụy như secretin/cholecystokinin có độ nhạy và độ đặc hiệu cao lên đến 90%. Tuy nhiên với phương pháp đánh giá chức năng tụy rất khó thực hiện và có nhiều biến chứng, các nghiên cứu cho thấy có sự tương quan chặt chẽ giữa áp dụng siêu âm nội soi và sử dụng test secretin trong đánh giá viêm tụy mạn [6].

Các nghiên cứu sau này cho thấy trong chẩn đoán viêm tụy mạn giai đoạn sớm ERCP không còn là phương pháp thích hợp còn siêu âm nội soi đã cho thấy có độ nhạy cao hơn [9]. Khi so sánh với MRCP, đây là phương pháp có độ chính xác cao trong chẩn đoán viêm tụy mạn, nghiên cứu của Pungpapong khi so sánh siêu âm nội soi và MRI/MRCP trong chẩn đoán viêm tụy mạn cho thấy có sự tương đồng về độ nhạy nhưng siêu âm nội soi cao hơn về độ đặc hiệu [15].

Qua đó cho thấy được ưu thế của siêu âm nội soi trong chẩn đoán và theo dõi bệnh lý tụy nói chung và viêm tụy mạn nói riêng.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 44 bệnh nhân chúng tôi rút ra các kết luận sau:

❖ Hình ảnh viêm tụy mạn trên siêu âm nội soi.

Tụy bình thường chiếm 36,4%, tiếp đến là teo toàn bộ chiếm tỷ lệ 25,0% và thấp nhất là phì đại từng phần chiếm 15,9%.

Tổn thương các nốt và dải tăng âm không có bóng lưng chiếm tỷ lệ cao nhất 79,5%, tiếp đến là vôi hóa nhu mô tụy chiếm 72,7% và thấp nhất là nang tụy, nang giả tụy chiếm 13,6%.

Tổn thương giãn đường tụy chính chiếm tỷ lệ cao nhất 75,0% tiếp đến là tăng âm thành đường tụy chiếm 72,7% sau đó sỏi đường tụy chiếm và đờ đường tụy không đều chiếm 52,2%.

❖ Giá trị của bộ tiêu chuẩn Rosemont trong chẩn đoán viêm tụy mạn.

Viêm tụy mạn được chẩn đoán với một tiêu chuẩn chính A cộng với ≥ 3 tiêu chuẩn phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 67,5%, tiếp đến là Hai tiêu chuẩn chính A chiếm 32,5%.

Viêm tụy mạn giai đoạn sớm được chẩn đoán với nhiều hơn hoặc bằng 5 tiêu chuẩn phụ chiếm tỷ lệ cao nhất 100%.

Siêu âm nội soi có hiệu quả hơn chụp cắt lớp vi tính trong các trường hợp viêm tụy mạn giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thanh Toàn (2010), “Vai trò siêu âm trong chẩn đoán viêm tụy mạn”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 14(2), tr. 650-653.
2. Lê Văn Cường (2008), Kết quả điều trị viêm tụy mạn, tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 12.
3. Trần Văn Huy và Hoàng Trọng Thắng (2000), “Nhận xét về bệnh nguyên và một số đặc điểm của viêm tụy mạn ở bệnh viện Trung ương Huế”, Nội Khoa. 1, tr. 17-21
4. Catalano MF, Sahai A, Levy M, et al (2009). EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis: the Rosemont classification. *Gastrointest Endosc*;69:1251-61
5. Christopher W Teshima, Gurpal S Sandha et al (2014), Endoscopic ultrasound in the diagnosis and treatment of pancreatic disease, *World J Gastroenterol*; 20(29): 9976-9989
6. Dominguez Munoz JE (2010). Diagnosis of chronic pancreatitis: Functional testing. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*;24:233-41
7. Edderkaoui M and Thrower E (2013), “Smoking and pancreatic disease”, *Journal of cancer therapy*. 4(10A), pp. 34.
8. Gardner TB, Levy MJ (2010). EUS diagnosis of chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc*;71:1280-9.
9. Hastier P, Buckley MJ, Francois E, et al (1999). A prospective study of pancreatic disease in patients with alcoholic cirrhosis: Comparative diagnostic value of ERCP and EUS and long-term significance of isolated parenchymal abnormalities. *Gastrointest Endosc*;49:705-9
10. Hirota M, Shimosegawa T, Masamune A, et al (2012). The sixth nationwide epidemiological survey of chronic pancreatitis in Japan. *Pancreatology*; 12: 79–84.
11. Iglesias-García J, Lariño-Noia J, Lindkvist B, Domínguez-Muñoz JE (2015), Endoscopic ultrasound in the diagnosis of chronic pancreatitis, *Rev Esp Enferm Dig* ;107(4):221-
12. Lévy P, Barthet M, Mollard BR, et al (2006). Estimation of the prevalence and incidence of chronic pancreatitis and its complications. *Gastroenterol Clin Biol*; 30: 838–844.
13. Kazuya Akahoshi (2012), Radial EUS of Pancreatico-Biliary System, *Practical Handbook of Endoscopic Ultrasonography*. 8.
14. Marc F. Catalano, Anand Sahai, Michael Levy, Joseph Romagnuolo (2009), EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis: the Rosemont classification, *Gastrointestinal endoscopy*, Volume 69, No 7.
15. Pungpapong S, Wallace MB, Woodward TA, et al (2007). Accuracy of endoscopic ultrasonography and magnetic resonance cholangiopancreatography for the diagnosis of chronic pancreatitis: A prospective comparison study. *J Clin Gastroenterol* 2007;41:88-93.
16. Rana SS, Vilman P (2015), Endoscopic ultrasound features of chronic pancreatitis: A pictorial review. *Endoscopic ultrasound*; Vol 4 (1).
17. Seicean A et al (2006), “Mortality risk factors in chronic pancreatitis”, *journal of gastrointestinal and liver diseases*,15(1),pp.21.
18. Varadarajulu S, Eltoun I, Tamhane A, et al (2007): Histopathologic correlates of noncalcific chronic pancreatitis by EUS: a prospective tissue characterization study. *Gastrointest Endosc*, 66:501–509.
19. Wallace MB, Hawes RH, Durkalski V, Chak A, Mallory S (2001) The reliability of EUS for the diagnosis of chronic pancreatitis: interobserver agreement among experienced endosonographers. *Gastrointest Endosc* 53: 294-299
20. Yadav D, Timmons L, Benson JT, et al (2011). Incidence, prevalence, and survival of chronic pancreatitis: A populationbased study. *Am J Gastroenterol*; 106: 2192–2199.
21. Yamabe A, Irisawa A, Shibukawa G, Abe Y, Nikaido A, et al. (2013) Endosonographic Diagnosis of Chronic Pancreatitis. *J Gastroint Dig Syst* 2: 005.