

Tuyến tụy

Bất thường Enzyme tuyến tụy

Nguyên nhân của tăng Amylase huyết thanh

- bệnh tuyến tụy

- viêm tụy, tắc nghẽn ống tụy (ví dụ như ung thư ống tụy), nang giả, áp xe, ổ trướng,

chấn thương, ung thư

- bệnh vùng bụng không do tuyến tụy

- bệnh đường mật, tắc ruột / thiếu máu cục bộ, vết loét đục hoặc thâm, vỡ

mang thai ngoài tử cung, chứng phình động mạch, bệnh gan mãn tính, viêm phúc mạc

- bệnh không ở bụng

- ung thư (phổi, buồng trứng, thực quản, v.v.), tổn thương tuyến nước bọt, chứng ăn vô độ, ghép thận /

bệnh nặng, bỏng, nhiễm toan ceton

- macroamylasemia

Nguyên nhân của tăng Lipase huyết thanh

- bệnh tuyến tụy: giống như trên

- bệnh bụng ngoài tụy (chỉ tăng nhẹ): giống như trên

- bệnh không ở bụng

- tăng lipid máu

- suy thận

Viêm tụy cấp tính

Căn nguyên (phổ biến nhất là rượu và sỏi mật)

- Vô căn: được cho là tăng huyết áp cơ thắt hoặc sỏi microlithiasis

- Sỏi mật (45%)

- Ethanol (35%)

- Các khối u: tuyến tụy, ampulla, choledochocoele

- Bọ cạp đốt

- Vi sinh

- vi khuẩn: Mycoplasma, Campylobacter, TB, M. avium intracellulare, Legionella, Leptospira

- virus: quai bị, rubella, varicella, virus viêm gan, CMV, EBV, HIV, Cocksackie virus, echovirus,

adenovirus

- ký sinh trùng: bệnh giun đũa, bệnh giun đầu gai, bệnh echinococcosis

- Tự miễn dịch: SLE, viêm đa nút (PAN), CD

- Phẫu thuật / chấn thương

- thao tác cơ vòng Oddi (ví dụ ERCP), sau phẫu thuật tim, chấn thương nặng ở bụng,

thâm nhập loét dạ dày tá tràng

- Tăng lipid máu (TG> 11,3 mmol / L;> 1000 mg / dL), tăng calci huyết, hạ thân nhiệt

- Tắc mạch hoặc thiếu máu cục bộ

- Thuốc / chất độc

- azathioprine, mercaptopurine, furosemide, estrogen, methyldopa, thuốc chẹn H2, axit valproic,

ABx, acetaminophen, salicylat, metanol, lân hữu cơ, steroid (còn tranh cãi)

Sinh lý bệnh

- kích hoạt các enzym phân giải protein trong tế bào tuyến tụy, bắt đầu với trypsin, dẫn đến cục bộ và

phản ứng viêm toàn thân

- trong viêm tụy cấp do sỏi mật, điều này là do tắc nghẽn cơ học của ống tụy bởi sỏi
- trong viêm tụy liên quan đến ethanol, cơ chế bệnh sinh chưa được biết
- trong các bệnh di truyền hiếm gặp, đột biến ngăn cản sự phân hủy sinh lý của trypsin cần thiết một cách bình thường

để ngừng phân giải protein (ví dụ: trypsin đột biến trong viêm tụy cấp di truyền hoặc đột biến ở gen SPINK1, gen này

thường ức chế trypsin hoạt hóa); có thể là mô hình cho bệnh viêm tụy liên quan đến ethanol

Bệnh lý học

- nhẹ (kẽ)
 - hoại tử mỡ quanh tụy
 - phù kẽ
- nghiêm trọng (hoại tử)
 - hoại tử mỡ rộng quanh tụy và trong tụy
 - hoại tử nhu mô và xuất huyết → nhiễm trùng ở 60%
 - giải phóng các yếu tố độc hại vào tuần hoàn toàn thân và không gian phúc mạc (gây suy đa cơ quan)
- mức độ nghiêm trọng của các đặc điểm lâm sàng có thể không phải lúc nào cũng tương quan với bệnh lý

- 3 giai đoạn

■ viêm + hoại tử cục bộ → giảm thể tích tuần hoàn

■ tình trạng viêm toàn thân ở nhiều cơ quan, đặc biệt là ở phổi, thường là cung cấp dịch vụ tiêu tĩnh mạch →

phù phổi

■ biến chứng cục bộ > trình bày sau 2 tuần → thu thập uid (nang giả) hoặc thu thập mô

(hoại tử), vô trùng hoặc nhiễm trùng

Dấu hiệu và triệu chứng

- đau: thượng vị, không buồn nôn, liên tục
- có thể tỏa ra phía sau
- có thể cải thiện khi nghiêng người về phía trước (Dấu hiệu Ingle nger)
- bụng cứng mềm; canh gác
- Không có
- chướng bụng do liệt ruột
- sốt: do hóa chất, không do nhiễm trùng
- vàng da: chèn ép hoặc tắc nghẽn ống mật
- Dấu hiệu của Cullen / Grey-Turner
- tetany: hạ calci huyết thoáng qua
- sốc giảm thể tích: có thể dẫn đến suy thận
- hội chứng suy giảm hô hấp cấp tính
- hôn mê

Điều tra

- tăng các enzym tuyến tụy huyết thanh: amylase, lipase (cụ thể hơn c)

- ALT > 150 speci c cho nguyên nhân mật

- tăng bạch cầu, glucose, thấp canxi

- hình ảnh: CT hữu ích nhất để chẩn đoán và tiên lượng

- chụp x-quang: “vòng đệm điểm” (hồng tràng gần gần), calci cation, và “dấu hiệu cắt ruột kết” (đại tràng

co thắt)

- U / S: hữu ích để đánh giá cây mật (độ nhạy 67%, thành phố cụ thể 100%)

- Chụp CT với thuốc cản quang IV: hữu ích nhất khi thực hiện > 1 ngày trước trình chiếu, giúp ích cho việc chẩn đoán

và tiên lượng vì chất cản quang chỉ được nhìn thấy trong mô tụy còn sống, những vùng không thể sống được có thể

sinh thiết qua da để phân loại vô trùng khỏi hoại tử nhiễm trùng

- ERCP hoặc MRCP nếu nguyên nhân không chắc chắn, đánh giá sỏi ống dẫn, khối u tuyến tụy hoặc ống tụy,

tuyến tụy

Phân loại

- phù nề kẽ so với hoại tử

- Nhẹ nhẹ vừa

Tiên lượng

- thường là một liệu trình lành tính, tự giới hạn, đơn lẻ hoặc tái phát

- đôi khi nghiêm trọng dẫn đến:

- sốc

- phù phổi

■ hội chứng rối loạn chức năng đa cơ quan

■ GI loét do căng thẳng

■ chết

◆ nhiều thang đo để mô tả mức độ nghiêm trọng: có lẽ hữu ích nhất là tỷ lệ tuyến tụy không

Chụp cản quang trên CT được thực hiện 48 giờ sau khi trình bày (tuyến tụy hoại tử không chiếm

thuộc nhuộm tương phản)

◆ sự hiện diện của suy cơ quan, đặc biệt là suy cơ quan kéo dài > 48 giờ, có liên quan đến

kết quả tồi tệ hơn

Sự đối xử

• mục tiêu (chỉ có liệu pháp hỗ trợ)

1. ổn định huyết động

2. giảm đau

3. ôxy

4. dùng progredhiet hại (di <sùng)

5. điều trị các biến chứng tại chỗ và toàn thân

• sử dụng kháng sinh trong nhiễm trùng (cephalosporin, imipenem), không được chỉ định để ngăn ngừa nhiễm trùng, mặc dù

không cần chọc hút / sinh thiết có thể được cấy ghép để phân biệt nhiễm trùng với viêm không nhiễm trùng

• chọc hút các vùng hoại tử của tuyến tụy để chẩn đoán nhiễm trùng; thoát nước nếu bị nhiễm trùng

• IV Suids (dạng tinh thể hoặc dạng keo)

■ cẩn thận khoảng cách thứ ba của Suid, theo dõi lượng nước tiểu cẩn thận

- Hút NG (để tuyền tụy nghỉ ngơi) nếu nôn mửa, dạ dày rất giãn
- cắt cơ thắt nội soi nếu viêm tụy cấp do sỏi mật nặng (tức là viêm đường mật hoặc tắc nghẽn đang diễn ra)
- hỗ trợ dinh dưỡng: ống cho ăn NJ hoặc TPN nếu không thể dung nạp thức ăn qua đường ruột

■ bằng chứng gần đây ủng hộ NG cho thức ăn qua đường ruột (hoặc đường miệng nếu khả thi)

- không có lợi ích: glucagon, atropine, aprotinin, thuốc chẹn H2, rửa phúc mạc
- theo dõi lâm sàng và CT / U / S để loại trừ các biến chứng
- vai trò chính của can thiệp xâm lấn là dẫn lưu chất lỏng, loại bỏ mô hoại tử (cắt bỏ hoại tử),

đặc biệt chỉ định nếu nang giả hoặc hoại tử có vách bị nhiễm trùng,

■ cố gắng trì hoãn > 2 tuần để cho phép phân định giữa mô còn sống và mô hoại tử, làm tốt hơn

nội soi hoặc chụp X quang, thay vì phẫu thuật nếu có thể về mặt kỹ thuật

Các biến chứng muộn

- nang giả: theo dõi nếu không có triệu chứng, dẫn lưu nếu có triệu chứng hoặc đang phát triển

■ dẫn lưu tốt nhất: nội soi, qua da dưới hướng dẫn của X quang, phẫu thuật nếu ít xâm lấn

phương pháp thất bại

- hoại tử / áp xe nhiễm trùng: ABx + dẫn lưu qua da, nội soi tốt hơn phẫu thuật
- chảy máu: (1) giãn tĩnh mạch dạ dày nếu huyết khối tĩnh mạch lách, (2) phình mạch giả ở các khu vực

hoại tử, đặc biệt là động mạch lách, (3) loét tá tràng liên quan đến chèn ép tá tràng do mở rộng

tuyến tụy

- huyết khối tĩnh mạch cửa và lách: không mô tả liệu pháp điều trị, chống đông máu chưa được chứng minh,

nguy hiểm

- hiếm: DM, tổn thương ống tụy

Viêm tụy mãn tính

Sự định nghĩa

- tổn thương không thể phục hồi đối với tuyến tụy được đặc trưng bởi

1. mất tế bào tuyến tụy (do hoại tử)

2. viêm

3. brosis

Căn nguyên / Sinh lý bệnh

- EtOH (phổ biến nhất)

- gây ra một tỷ lệ lớn hơn (> 90%) viêm tụy mãn tính so với viêm tụy cấp tính

- thay đổi thành phần của dịch tụy (ví dụ như tăng độ nhớt)

- tuyến tụy giảm bài tiết protein sỏi tuyến tụy (lithostathine), bình thường

hòa tan muối canxi

- ◆ kết tủa canxi trong ống tụy dẫn đến phá hủy ống và tuyến

- độc hại ect trên các tế bào acinar và ống dẫn - trực tiếp hoặc thông qua việc tăng các gốc tự do

- tổn thương tế bào acinar dẫn đến giải phóng cytokine, kích thích tế bào hình sao tuyến tụy hình thành

collagen (dẫn đến chứng brosis)

■ các mức độ khác nhau của sự giãn nở ống dẫn trứng, sự thắt chặt, các ổ cầm protein, cation calci

■ không có lý thuyết thỏa đáng để giải thích tại sao chỉ có một số ít người mắc chứng rối loạn sử dụng EtOH

phát triển bệnh viêm tụy

■ nguyên nhân bất thường

- chứng nang phổi
- suy dinh dưỡng protein-calori nghiêm trọng
- di truyền
- vô căn

Dấu hiệu và triệu chứng

- giai đoạn đầu
- các cơn đau bụng dữ dội tái phát (vùng bụng trên và lưng)
- viêm tụy mãn tính không đau: 10%
- giai đoạn muộn: xảy ra ở 15% bệnh nhân
- tăng tiết mỡ (chứng khó tiêu) khi mất > 90% chức năng
- tiểu đường, calci cation, vàng da, giảm cân, nang giả, cổ trướng, chảy máu GI

Điều tra

- phòng thí nghiệm
- tăng glucose huyết thanh
- tăng ALP huyết thanh, ít gặp hơn là bilirubin (vàng da)
- amylase huyết thanh và lipase thường bình thường

■ elastase phân thấp trong quá trình tăng tiết mỡ

- chụp X-quang bụng: các cation calci tuyến tụy
- U / S hoặc CT: calci cation, giãn ống tụy, nang giả
- MRCP hoặc ERCP: bất thường của hẹp và giãn ống tụy
- EUS: bất thường nhu mô tụy và ống tụy, xét nghiệm nhạy nhất
- Kiểm tra chất béo trong phân trong 72 giờ: đo chức năng ngoại tiết, ưu tiên elastase trong phân
- Thử nghiệm secrettin: tiêu chuẩn vàng, đo chức năng ngoại tiết nhưng không thực hiện được, khó chịu cho

kiên nhẫn, tốn kém

Sự đối xử

- vấn đề phổ biến nhất là đau, cố gắng kiểm soát
- quản lý chung

■ kiêng hoàn toàn EtOH

■ thay thế enzym có thể giúp giảm đau bằng cách cho tuyến tụy nghỉ ngơi thông qua phản hồi tiêu cực

■ thuốc giảm đau

■ khối hạch celiac

■ thời gian: cơn đau giảm dần theo thời gian khi tuyến tụy "kiệt sức"

- nội soi: cắt cơ thắt, đặt stent nếu giãn ống, lấy sỏi từ ống tụy
- phẫu thuật: dẫn lưu ống tụy (tuyaticojejunostomy) nếu ống bị giãn (nhiều hơn nội soi); cắt bỏ tuyến tụy nếu ống dẫn bị co lại
- tăng tiết mỡ

■ thay thế men tụy

■ cả nội soi và phẫu thuật đều không thể cải thiện chức năng tuyến tụy

Viêm tụy tự miễn

- biểu hiện phổ biến nhất là mô phỏng bệnh ung thư tuyến tụy (khối lượng tuyến tụy được phát hiện do

vàng da ± đau bụng)

Điều tra

- mô học: tế bào lympho và tế bào huyết tương trong tuyến tụy
- hình ảnh: khu trú hoặc di sử dụng sự mở rộng của tuyến tụy trên CT hoặc MRI, hình xúc xích, vành mật độ thấp

xung quanh tuyến tụy

- huyết thanh học: tăng IgG4 huyết thanh
- liên quan đến các cơ quan khác: viêm xoang sàng, tràn dịch màng bụng sau phúc mạc, hẹp ống mật, viêm thận

Sự đối xử

- đáp ứng với prednisone