



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MẠN TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Vũ Minh Điền¹, Phạm Quang Nghĩa², Phạm Ngọc Thạch¹

Mục tiêu: Mô tả đặc lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm tụy mạn tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả 34 bệnh nhân viêm tụy mạn vào điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ tháng 1/2021 - 12/2024.

Kết quả: Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam (nam/nữ = 3,3/1), tuổi trung bình $46,95 \pm 14,4$ tuổi (từ 16 - 87 tuổi). Yếu tố nguy cơ gây viêm tụy mạn: Lạm dụng rượu (67,6%), hút thuốc lá (47,1%), viêm tụy cấp (44,1%), sỏi đường mật (14,7%). Biểu hiện lâm sàng hay gặp: Đau bụng (70,6%), bụng trướng (47,1%). Các triệu chứng ít gặp hơn là: Mệt mỏi, chán ăn (26,5%), đại tiện phân lỏng, có váng mỡ (23,5%), gan to (29,4%), lách to (20,6%), gõ đục vùng thấp (17,6%), điểm sườn lưng ấn đau (14,7%), buồn nôn/nôn (17,6%), vàng da, vàng mắt (8,8 sút cân (5,9%). Xét nghiệm: amylase máu tăng (29,4%), trung bình $158,2 \pm 131,7$ UI/L, lipase máu tăng (24,1%), trung bình $65,8 \pm 16,1$ U/L. Trên siêu âm, tụy teo nhỏ toàn bộ (35,3%) hoặc từng phần (26,5%), vôi hóa nhu mô tụy (76,5%), dải tăng âm (73,5%), nốt tăng âm (73,5%), tổn thương dạng tổ ong (23,5%), nang tụy (26,5%), giãn ống tụy chính (61,8%), tăng âm thành ống tụy chính (55,9%), thành ống tụy chính không đều (35,3%), sỏi ống tụy chính (41,2%). CLVT phát hiện sỏi ống tụy, giãn ống tụy cao hơn siêu âm. Kết quả: 91,2% bệnh nhân được điều trị khỏi, chỉ có 3 bệnh nhân nặng xin về (8,8%). Thời gian nằm viện trung bình là $19,8 \pm 14,3$ ngày ($8 \div 82$). 23,5% bệnh nhân viêm tụy mạn có biến chứng: Nang tụy (20,6%), áp xe tụy (2,9%), chảy máu ổ bụng (2,9%).

Kết luận: Viêm tụy mạn có biểu hiện lâm sàng đa dạng, với triệu chứng nổi bật là đau bụng vùng thượng vị, bụng chướng, đại tiện phân lỏng có váng mỡ, mệt mỏi, gầy sút cân. Trên siêu âm, có hình ảnh xơ teo toàn bộ hoặc từng phần, sỏi ống tụy, giãn ống tụy, tổn thương dạng tổ ong. Đa số bệnh nhân được điều trị khỏi, một số diễn biến nặng có biến chứng nang tụy, áp xe tụy, chảy máu ổ bụng.

Từ khóa: Viêm tụy mạn, xơ teo tụy, sỏi ống tụy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy mạn (VTM) là bệnh lý với đặc trưng viêm, xơ hóa các nhu mô tụy gây nên hẹp giãn ống tụy, sỏi ống tụy hoặc vôi hóa tụy kèm theo các rối loạn chức năng về nội và ngoại tiết¹. Bệnh lý viêm tụy mạn ngày càng gia tăng với tỷ lệ mắc mới hằng năm 5 - 14/100.000 dân, tỷ lệ hiện mắc khoảng 30 -

50/100.000 dân, tùy từng khu vực khác nhau². Việt Nam là nước có tỷ lệ viêm tụy mạn chiếm tỷ lệ cao do thói quen lạm dụng rượu, bia và thuốc lá. VTM có thể gây ra nhiều biến chứng: Loãng xương, sỏi đường, sỏi mật, nang giả tụy, ung thư tụy, rối loạn hấp thu và tiêu chảy,... trong đó ung thư tụy là biến chứng nguy hiểm nhất.

Chẩn đoán sớm viêm tụy mạn là rất quan trọng giúp hạn chế sỏi tụy, giãn ống tụy, viêm teo tuyến tụy và các biến chứng của viêm tụy mạn³. Hiện nay, sinh thiết tụy làm giải phẫu bệnh vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán viêm tụy mạn, tuy nhiên đây là thủ thuật xâm lấn và khó thực hiện thường quy trên lâm sàng. Các thăm dò hình ảnh như siêu âm, cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, siêu âm nội soi đóng vai trò

⁽¹⁾ Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

⁽²⁾ Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Ngày nhận bài: 01/03/2025

Ngày phản biện xong: 08/3/20

Ngày duyệt đăng: 15/6/2025

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Vũ Minh Điền, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Điện thoại: 0914341910. E-mail: drminhdienn.htd@gmail.com

quan trọng trong chẩn đoán VTM. Chẩn đoán xác định viêm tụy mạn dựa vào đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và hình ảnh theo thang điểm Rosemont^{4,5}.

Trong những năm vừa qua, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương đã tiếp nhận điều trị cho nhiều bệnh nhân viêm tụy mạn vào điều trị tại bệnh viện. Vì vậy, để có thêm tri thức khoa học về các yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị viêm tụy mạn, qua đó góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị VTM tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm tụy mạn tại bệnh viện bệnh nhiệt đới Trung ương” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy mạn vào điều trị tại Khoa Nội tổng hợp, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

2. Nhận xét kết quả điều trị và biến chứng của bệnh nhân viêm tụy mạn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: GGồm tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi vào viện nghi ngờ bị viêm tụy mạn, khi có một trong những tiêu chí sau:

- Viêm tụy cấp tái phát.
- Viêm tụy cấp ở người nghiện rượu.
- Đau thượng vị tái diễn không rõ nguyên nhân.
- Hội chứng kém hấp thu.
- Đái tháo đường kèm theo đau bụng dai dẳng.

Và có kết quả siêu âm và hoặc chụp CT/MRI ổ bụng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy mạn theo tiêu chuẩn Rosemont (*).

*Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy mạn theo Rosemont^{4,5}

- Tiêu chí A: Có sỏi nhu mô tụy (1) và/hoặc có sỏi trong ống tụy chính (2).
- Tiêu chí B: Nhu mô tụy có tổn thương nhiều thùy dạng tổ ong.
- Tiêu chí phụ: (1) Có nang tụy, (2) dải tăng âm; (3) Giãn ống tụy chính; (4) Tổn thương không đều

thành của ống tụy chính; (5) Giãn ống tụy nhánh; (6) Tổn thương tăng âm thành ống tụy

Chẩn đoán viêm tụy mạn khi có hai tiêu chí A hoặc một tiêu chí A và tiêu chí B hoặc một tiêu chí A và ≥ 3 tiêu chí phụ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu trong giai đoạn tiền cứu.

- Các hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

- Bệnh nhân nghi ngờ ung thư tụy.

Địa điểm và thời gian

- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

- **Thời gian nghiên cứu:** Thời gian nghiên cứu: Tháng 01/2021 đến tháng 12/2024.

Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện theo thời gian nghiên cứu.

- **Quy trình nghiên cứu:**

+ Giai đoạn hồi cứu: Thu thập thông tin nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án của người bệnh có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy mạn theo tiêu chuẩn Rosemont (*).

+ Giai đoạn tiền cứu: Tất cả bệnh nhân khi nhập viện nghi ngờ viêm tụy mạn sẽ được theo dõi và thực hiện theo các bước sau:

- Tiến hành tư vấn giải thích và lấy phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu.

- Hỏi bệnh sử và thu thập các thông lâm sàng, diễn biến bệnh.

- Thăm khám, đánh giá các triệu chứng lâm sàng.

- Thực hiện các xét nghiệm nghiên cứu: Công thức máu, amylase, lipase máu.

- Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm ổ bụng, chụp phim CLVT (hoặc MRI) ổ bụng.

- Bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tụy mạn theo tiêu chuẩn Rosemont (*). Sẽ được thu



tuyển vào nghiên cứu, điều trị theo phác đồ và đánh giá kết quả điều trị.

Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Các đặc điểm chung về tuổi, giới.
- Tiền sử: sử dụng rượu bia, thuốc lá.
- Các bệnh lý liên quan: Viêm tụy cấp, đái tháo đường, bệnh đường mật, nang tụy,...
- Đặc điểm lâm sàng: Dấu hiệu cơ năng và thực thể.
- Đặc điểm biến đổi các chỉ số trong công thức máu, sinh hóa máu.
- Đặc điểm tụy trên CĐHA: Siêu âm, cắt lớp vi tính (CLVT).
- Các biện pháp điều trị và kết quả điều trị.
- Các biến chứng của VTM gặp trong nghiên cứu.

Các kỹ thuật xét nghiệm được sử dụng trong nghiên cứu

- Xét nghiệm sinh hóa máu: Đo hoạt độ amylase, lipase,... được thực hiện trên máy sinh hóa tự động Cobas 6800 tại Khoa Sinh hóa.
- Kỹ thuật siêu âm tụy tạng được thực hiện trên máy siêu âm 4D của hãng GI; CLVT ổ bụng được

thực hiện trên máy CT 128 dãy của hãng Hitachi; Cộng hưởng từ được thực hiện trên máy siêu MRI 3.0 của hãng GI được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Nhập, quản lý và xử lý số liệu

- Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Kết quả số liệu các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ, các biến số định lượng được trình bày bằng số trung bình và độ lệch chuẩn (Mean $\pm$ SD).
- Mối tương quan giữa các biến số được kiểm định bằng phép kiểm định thích hợp. Sử dụng các test thống kê thường dùng trong y học: χ^2 , Fisher's exact test, T - test, với $\alpha = 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu nên không ảnh hưởng đến bất kỳ quyền lợi nào của người bệnh.
- Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương thông qua.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2021 - 12/2024 có 34 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu.

Một số đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

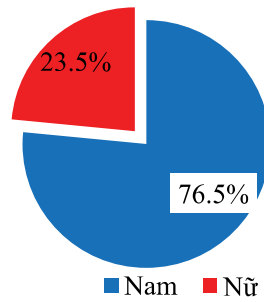
Đặc điểm về lứa tuổi

Bảng 1. Phân bố của bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Mean $\pm$ SD (Min - Max)
≤ 20	0	0	46,95 $\pm$ 14,4 16 - 87
21 - 40	9	26,5	
41 - 60	18	52,9	
≥ 61	7	20,6	
Tổng	34	100	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu 46,95 $\pm$ 14,4 tuổi (16 ÷ 87 tuổi). Đối tượng mắc bệnh tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 41 - 60, chiếm tỷ lệ 52,9%.

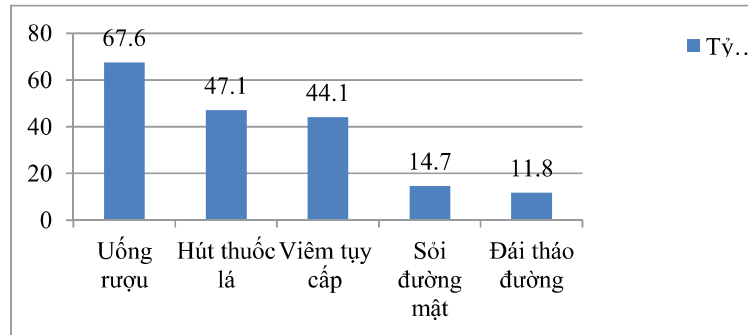
Đặc điểm theo giới



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh theo giới

Nhận xét: Tỷ lệ viêm tụy mạn gặp trong nghiên cứu ở nam giới (76,5%) cao hơn nữ giới (23,5%), tỷ lệ nam/nữ là ~ 3,3 : 1.

Các yếu tố nguy cơ gây viêm tụy mạn



Biểu đồ 2. Phân bố theo tiền sử có liên quan đến viêm tụy mạn

Nhận xét: Trong số bệnh nhân nghiên cứu, tiền sử lạm dụng rượu chiếm tỷ lệ 67,6%, có hút thuốc lá chiếm 47,1%, có tiền sử viêm tụy cấp chiếm 44,1%, có sỏi đường mật chiếm tỷ lệ 14,7% và 11,8% bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường.

Bảng 2. Thời gian uống rượu

Thời gian uống rượu	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Không uống	3	11,5	8	100,0	11	32,4
< 5 năm	2	7,7	0	0,0	2	5,9
5 - 9 năm	4	15,4	0	0,0	4	11,8
10 - 15 năm	6	23,1	0	0,0	6	17,6
> 15 năm	11	42,3	0	0,0	11	32,3
Tổng	26	100	8	100	34	100

Nhận xét: Người có tiền sử lạm dụng rượu chỉ gặp ở nam giới không gặp ở nữ. Trong nhóm nam, tỷ lệ uống rượu trên 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 42,3%, uống rượu 10 - 15 năm chiếm 23,1%, từ 5 - 9 năm chiếm tỷ lệ 15,4% và dưới 5 năm chiếm 7,7%.

**Bảng 3.** Thời gian hút thuốc lá

Thời gian hút thuốc lá	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Không hút thuốc	9	34,6	8	100,0	17	50,0
< 20 gói năm	13	50,0	0	0,0	13	38,2
≥ 20 gói năm	4	15,4	0	0,0	4	11,8
Tổng	26	100	8	100	34	100
> 15 năm	11	42,3	0	0,0	11	32,3
Tổng	26	100	8	100	34	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, hút thuốc lá chỉ gặp ở bệnh nhân nam giới. Ở bệnh nhân nam, tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá ≥ 20 bao năm chiếm tỷ lệ 15,4 % và nhóm bệnh nhân hút thuốc lá < 20 bao năm chiếm 50,0% và không hút thuốc lá 34,6%.

Số lần bị bệnh và đặc điểm khởi phát

Bảng 4. Số lần bị bệnh và đặc điểm khởi phát

Đặc điểm		Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)
Số lần bị bệnh	Lần đầu	13	38,2
	Lần thứ 2	15	44,1
	Lần thứ 3	6	17,7
Khởi phát	Từ từ	20	58,8
	Đột ngột	14	41,2

Nhận xét: Trong số 34 bệnh nhân, có 38,2% bị viêm tụy mạn lần đầu tiên, 44,1% bị bệnh lần thứ 2 và 17,7% trường hợp khởi phát bệnh lần thứ 3. Đa số bệnh nhân khởi phát bệnh một cách từ từ (58,8%), có 41,2% khởi phát bệnh một cách đột ngột.

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy mạn

Triệu chứng cơ năng

Bảng 5. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (n = 34)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	24	70,6
Mệt mỏi, chán ăn	9	26,5
Đại tiện phân lỏng, phân mỡ	8	23,5
Nôn, buồn nôn	6	17,6
Sụt cân (> 2,5 kg/tháng)	2	5,9

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân VTM khi nhập viện gặp là: đau bụng chiếm tỷ lệ 70,6%, mệt mỏi, chán ăn chiếm 26,5%, đại tiện phân lỏng (23,5%), nôn và buồn nôn chiếm 17,6% và sụt cân chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,9%.

Bảng 6. Đặc điểm của triệu chứng đau

Đặc điểm đau bụng		Số lượng (n = 24)	Tỷ lệ (%)
Vị trí đau	Thượng vị	10	41,7
	Hạ sườn phải	6	25,0
	Quanh rốn	5	20,8
	Khắp bụng	3	12,5
Hướng lan	Ra sau lưng	9	37,5
	Không lan	15	62,5
Tính chất đau	Có cơn đau trội lên	9	37,5
	Đau âm ỉ liên tục	15	62,5
Yếu tố làm tăng đau	Ăn thức ăn dầu, mỡ	5	20,8
	Sau uống rượu, bia	2	8,4
	Không rõ	17	70,8

Nhận xét: Trong số 24 bệnh nhân có đau bụng, vị trí đau ở vùng thượng vị 41,7%, vùng hạ sườn phải (25,0%), quanh rốn (20,8%), đau khắp bụng (12,5%). Đa số là không lan (62,5%). Tính chất đau, đa số là đau âm ỉ, liên tục (62,5%), trội lên từng cơn (37,5%). Yếu tố làm tăng đau gồm ăn nhiều dầu mỡ (20,8%) và sau uống rượu bia (8,3%).

Triệu chứng thực thể của bệnh nhân

Bảng 7. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng cơ năng	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)
Bụng trướng	16	47,1
Gan to	10	29,4
Gan lách to	7	20,6
Gõ đục vùng thấp	6	17,6
Điểm sườn lưng đau	5	14,7
Vàng da, vàng mắt	3	8,8

Nhận xét: 47,1% bệnh nhân có triệu chứng bụng chướng, bệnh nhân có gan to chiếm 29,4%, lách to 20,6%, bụng gõ đục vùng thấp 17,6%. Có 14,7% bệnh nhân đau điểm sườn lưng và 8,8% bệnh nhân có vàng da, vàng mắt.

Một số đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân VTM

Đặc điểm xét nghiệm công thức máu

Bảng 8. Xét nghiệm công thức máu

Công thức máu	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)
Hồng cầu < 4 T/l	22	64,5
Hemoglobin < 120 g/l	18	52,9
Hematocrit > 0,45 L/L	7	20,6
Bạch cầu >12 G/L	9	26,5
Bạch cầu < 4 G/L	4	11,8
Tiểu cầu < 150 G/L	14	41,2

Nhận xét: Có 64,5% bệnh nhân có số lượng hồng cầu giảm < 4 T/l và 52,9% bệnh nhân có hemoglobin giảm. 26,5% bệnh nhân có bạch cầu > 12 G/L và 11,8% bệnh nhân có xét nghiệm bạch cầu < 4 G/L. Tiểu cầu giảm < 150 G/L gặp ở 41,2% bệnh nhân.



Biến đổi sinh hóa máu

Bảng 9. Amylase và lipase huyết thanh

Xét nghiệm	Bình thường		Tăng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Amylase (158,2 ± 131,7 UI/L)	24	70,6	10	29,4	34	100
Lipase (65,8 ± 16,1 U/L)	26	76,5	8	23,5	34	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có xét nghiệm enzyme amylase và lipase bình thường (70,6% và 76,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có amylase máu tăng chiếm 29,4%, nồng độ amylase máu trung bình 158,2 ± 131,7 UI/L và 23,5% bệnh nhân có tăng lipase chiếm, nồng độ lipase máu trung bình là 65,8 ± 16,1 U/L.

Đặc điểm bệnh nhân viêm tụy mạn trên hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính

Bảng 10. Kích thước tuyến tụy trên siêu âm và cắt lớp vi tính

Kích thước tụy	Siêu âm ổ bụng		Cắt lớp vi tính		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Bình thường	5	14,7	2	5,9	0,002
To từng phần	8	23,5	7	20,6	0,15
Teo toàn bộ	12	35,3	13	38,2	0,02
Teo từng phần	9	26,5	12	35,3	0,59
Tổng	34	100	34	100	

Nhận xét: Trên hình ảnh siêu âm, tuyến tụy teo nhỏ toàn bộ chiếm tỷ lệ 35,3%; teo từng phần chiếm 26,5%; lớn từng phần chiếm 23,5% và có 14,7% bệnh nhân có kích thước tụy bình thường. Trên phim CLVT, tụy teo toàn bộ 38,2%, teo từng phần (35,2%), to từng phần (20,6%) và 5,9% có kích thước bình thường. Tỷ lệ phát hiện tụy xơ teo toàn bộ trên CLVT cao hơn trên siêu âm ($p < 0,05$).

Bảng 11. Tổn thương nhu mô tụy trên siêu âm

Tổn thương nhu mô	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)
Vôi hóa nhu mô	26	76,5
Tổn thương thùy dạng tổ ong	8	23,5
Dải tăng âm không có bóng lưng	29	73,5
Nốt tăng âm có không bóng lưng	25	73,5
Nang tụy, nang giả tụy	9	26,5

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương tụy trên siêu âm hay gặp lần lượt là vôi hóa nhu mô (76,5%), dải tăng âm không có bóng lưng (73,5 %) và nốt tăng âm không có bóng lưng (73,5%). Tổn thương ít gặp hơn là nang giả tụy (26,5%) và tổn thương dạng tổ ong chiếm 23,5%.

Bảng 12. Tổn thương ở ống tụy trên siêu âm và cắt lớp vi tính

Tổn thương nhu mô	Siêu âm ổ bụng		Cắt lớp vi tính		p
	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)	
Giãn ống tụy chính	15	44,1	21	61,8	0,03
Tăng âm thành ống tụy	13	38,2	19	55,9	0,18

Tồn thương nhu mô	Siêu âm ổ bụng		Cắt lớp vi tính		p
	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)	
Thành ống tụy không đều	8	23,5	12	35,3	0,43
Sỏi ống tụy chính	18	52,9	23	67,6	0,04
Giãn ống tụy nhánh	0	0	2	5,9	-

Nhận xét: Trên siêu âm, phát hiện sỏi ống tụy chính 52,9%, giãn ống tụy chính 44,1%, tăng âm thành ống tụy 38,2%, thành ống tụy không đều 25,5%. Tỷ lệ phát hiện sỏi ống tụy chính, giãn ống tụy chính, trên cắt lớp vi tính cao hơn trên siêu âm với $p < 0,05$.

Kết quả điều trị viêm tụy mạn tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

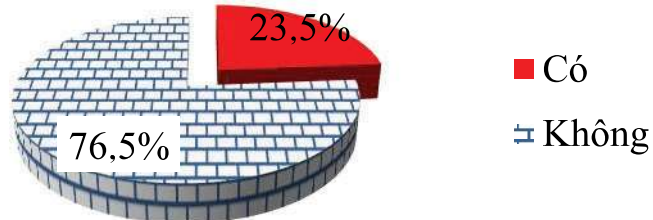
Phương pháp điều trị

Bảng 13. Phương pháp điều trị viêm tụy mạn

Phương pháp điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nội khoa theo phác đồ	31	91,2
Điều trị phối hợp (nội khoa kết hợp với ca thiệp thủ thuật)	3	8,8
Tổng	34	100

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân được điều trị nội khoa đơn thuần chiếm tỷ lệ 91,2%, chỉ có 18,4% bệnh nhân cần được điều trị phối hợp với can thiệp thủ thuật.

Biến chứng của viêm tụy mạn



Biểu đồ 3. Tỷ lệ biến chứng của viêm tụy mạn

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân viêm tụy mạn có biến chứng gấp 8/34 (23,5%).

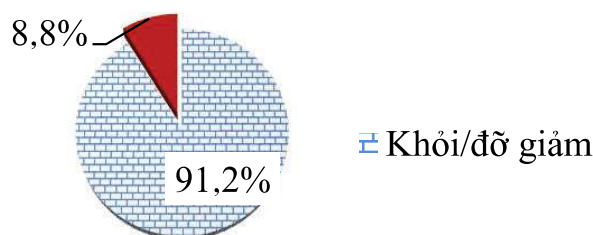
Bảng 14. Một số biến chứng của VTC

Biến chứng	Số lượng (n = 34)	Tỷ lệ (%)
Nang giả tụy	7	20,6
Chèn ép ống mật chủ	2	4,8
Áp xe tụy	1	2,9
Chảy máu trong ổ bụng	1	2,9

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng nang giả tụy chiếm 20,6%, áp xe tụy 2,9% và chảy máu trong ổ bụng chiếm 2,9%.



Kết quả điều trị



Biểu đồ 4. Kết quả điều trị

Nhận xét: 91,2% bệnh nhân được điều trị khỏi bệnh hoặc đỡ, 3 trường hợp (8,8%) bệnh nặng hơn có nguy cơ tử vong được gia đình xin về.

Bảng 11. Tồn thương nhu mô tụy trên siêu âm

Thời gian nằm viện	Tổng (n = 34) TB ± SD	Khỏi/đỡ (n = 31) TB ± SD	Xin về/tử vong (n = 31) TB ± SD	p
Số ngày viện	19,8 ± 14,3	18,2 ± 12,9	36,0 ± 21,8	< 0,05
Min ÷ Max	8 ÷ 82	8 ÷ 82	21 ÷ 61	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $19,8 \pm 14,3$ ngày ($8 \div 82$). Bệnh nhân khỏi/đỡ có thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm xin về/tử vong ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm tụy mạn

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm phân bố tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 1 bệnh nhân có tuổi trung bình là $46,95 \pm 14,4$ tuổi (từ 16 - 87 tuổi), tỷ lệ mắc bệnh tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 41 - 60 chiếm 52,9%, tiếp đến là nhóm tuổi 21 - 40 (26,5%), nhóm ≥ 61 tuổi chiếm 20,6 %. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Toàn nghiên cứu trên 55 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $48,3 \pm 6,5$, tuổi thấp nhất là 23 và tuổi lớn nhất là 68⁶. Theo báo cáo của tác giả Vĩnh Khánh đối tượng mắc bệnh tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 41 - 60 chiếm 53,7%⁷.

Về giới, viêm tụy mạn gặp ở nam cao hơn nữ (76,5% và 23,5%, tỷ lệ nam/nữ là 3,3:1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo tác giả Vĩnh Khánh tỷ lệ viêm tụy mạn gặp ở nam (75,3%) cao hơn nữ (24,7%); nghiên cứu tác giả Lê Văn Cường tỷ lệ nam/nữ là 46/15⁸. Nghiên cứu của

Wong trên 16.572 bệnh nhân viêm tụy mạn tỷ lệ nam 83,7% cao hơn nữ là 16,3%⁹.

Các yếu tố nguy cơ viêm tụy mạn

Tiền sử bệnh nền liên quan đến bệnh lý viêm tụy mạn: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử uống rượu chiếm tỷ lệ 67,6%, có hút thuốc lá chiếm 47,1%, bệnh nhân có tiền sử viêm tụy cấp chiếm 44,1%, sỏi đường mật chiếm 14,7% và tiền sử đái tháo đường 11,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Vĩnh Khánh tỷ lệ uống rượu chiếm 68,1% và hút thuốc chiếm 47,9%; cao hơn so với báo cáo của Nguyễn Anh Tuấn bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu chiếm 53,1%, tiền sử viêm tụy cấp chiếm 9,4% và đái tháo đường chiếm 18,6%¹⁰. Theo Aune, hút thuốc lá làm gia tăng tỷ lệ viêm tụy cấp, viêm tụy mạn và đợt cấp của viêm tụy mạn¹¹.

Thời gian uống rượu: Trong nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.2, nhóm bệnh nhân nam uống rượu trên 15 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 42,3%, tiếp đến là nhóm bệnh nhân có thời gian uống rượu 10 - 15 năm chiếm 23,1%. Theo nghiên cứu của Dufour

và cs thời gian sử dụng rượu từ 6 - 12 năm và liều lượng trên 80g/ngày thúc đẩy quá trình viêm tụy mạn¹². Theo tác giả Kume có sự khác biệt về liều lượng rượu sử dụng liên quan với bệnh lý viêm tụy mạn. Và khi so sánh giữa nhóm không uống rượu và nhóm sử dụng rượu ít hơn 20 g/ngày thì không có sự khác biệt nhưng khi so sánh với nhóm uống rượu trên 100 g/ngày thì nguy cơ viêm tụy mạn cao hơn 10,4 lần¹³.

Tìm hiểu về tiền sử hút thuốc lá liên quan với viêm tụy mạn: Ở nhóm bệnh nhân nam, tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá ≥ 20 bao năm chiếm tỷ lệ 15,4 % và nhóm bệnh nhân hút thuốc lá < 20 bao năm chiếm tỷ lệ 50,0% và không hút thuốc lá 34,6%. Chung cả hai giới, tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá ≥ 20 bao năm chiếm tỷ lệ 11,8% và nhóm bệnh nhân hút thuốc lá < 20 bao năm chiếm tỷ lệ 38,2% và không hút thuốc lá 50,0% (Bảng 3). Thuốc lá được xem là nguyên nhân gây nên bệnh lý viêm tụy mạn, có sự liên quan giữa thời gian hút thuốc lá với tỷ lệ mắc bệnh. Theo Andriulli, nhóm hút thuốc lá có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nhóm không hút thuốc lá 3 lần và khi ngưng thuốc lá có 50% các trường hợp giảm tỷ lệ nguy cơ mắc bệnh từ 2,4 xuống 1,4 so với nhóm vẫn tiếp tục hút thuốc¹⁴.

Tìm hiểu về số lần bị bệnh và đặc điểm khởi phát, trong số 34 bệnh nhân viêm tụy mạn thì có 13 trường hợp khởi phát bệnh nhập viện lần đầu tiên, chiếm tỷ lệ 38,2%, đa số trường hợp bị bệnh lần thứ 2 chiếm 44,1%, và đặc biệt có 17,7% trường hợp khởi phát bệnh nhập viện lần thứ 3. Qua đây cho thấy viêm tụy mạn có thể khởi phát nhiều lần.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy mạn

Đặc điểm lâm sàng: Lý do vào viện của bệnh nhân đa số là đau bụng chiếm 70,6%, mệt mỏi, chán ăn chiếm 26,5%, đại tiện phân lỏng chiếm 23,5%, nôn và buồn nôn chiếm 17,6% và sụt cân chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,9% (Bảng 5). Vị trí đau bụng đa số ở vùng thượng vị (41,7%) và hạ sườn phải (25,0%), hướng lan ra sau lưng (62,5%), tính chất đau: tính chất đau: đa số là âm ỉ liên tục chiếm 62,5%, đau trội lên từng cơn (37,5%); yếu tố làm tăng đau sau uống rượu bia (37,5%), sau ăn bữa ăn nhiều dầu mỡ (20,8%), theo Bảng 3.6. Kết quả nghiên

cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Vĩnh Khánh, đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất đạt 69,5%, đa số là đau bụng âm ỉ liên tục chiếm 69,5%, nôn và buồn nôn chiếm 30,3%, đi cầu phân lỏng hoặc phân mỡ chiếm 24,6%, sụt cân chiếm 8,6%, vàng da chiếm 4,3%¹⁵. Theo nghiên cứu của Singh cho thấy khoảng 80% bệnh nhân viêm tụy mạn xuất hiện triệu chứng đau thượng vị tái diễn hoặc liên tục¹⁷. Khi bệnh nhân nhập viện, triệu chứng nổi bật an là đau bụng (70,6%), bụng chướng hơi (47,1%), bệnh nhân có thể có gan to chiếm 29,4%, lách to 20,6%, bụng gõ đục vùng thấp 17,6%, đau điểm sườn lưng 14,7%, vàng da, vàng mắt gặp 8,8%. Triệu chứng chướng bụng gặp trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả Phạm Quang Nghĩa, nghiên cứu trên 38 bệnh nhân đợt cấp của viêm tụy mạn, tác giả gặp đau bụng (94,7%) và bụng chướng hơi 42,1%¹⁸.

Biến đổi enzyme tụy, theo bảng 3.9, tỷ lệ bệnh nhân có tăng amylase huyết thanh chiếm 29,4%, nồng độ amylase máu trung bình $158,2 \pm 131,7$ UI/L và 23,5% bệnh nhân có tăng lipase chiếm, nồng độ lipase máu trung bình là $65,8 \pm 16,1$ U/L. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Vĩnh Khang¹⁵, tỷ lệ bệnh nhân có tăng amylase huyết thanh chiếm 28,9%, tăng lipase huyết thanh 43,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tỷ lệ tăng amylase và lipase huyết thanh, điều này có thể giải thích mẫu nghiên cứu của chúng tôi là viêm tụy mạn và viêm tụy mạn giai đoạn sớm, hơn nữa chúng tôi xác định tăng amylase, lipase huyết thanh khi có kết quả xét nghiệm cao hơn ngưỡng trên theo quy định của phòng xét nghiệm của bệnh viện.

Đặc điểm tổn thương tuyến tụy trên siêu âm có 35,3% bệnh nhân viêm tụy mạn có tuyến tụy teo nhỏ toàn bộ, 26,5 % trường hợp xơ teo từng phần, tuyến tụy lớn từng phần chiếm 23,5% và kích thước tụy bình thường chiếm 14,9% (Bảng 10). Tổn thương nhu mô tụy trên siêu âm, chúng tôi gặp tổn thương vôi hóa nhu mô, dải tăng âm không có bóng lưng và nốt tăng âm không có bóng lưng, chiếm tỷ lệ lần lượt là 76,5%; 73,5 % và 73,5%. Tổn thương nang giả tụy chiếm 26,5%, tổn thương dạng tổ ong chiếm 23,5% (Bảng 11). Trên siêu âm



ổ bụng phát hiện sỏi ống tụy chính 52,9%, giãn ống tụy chính 44,1%, tăng âm thành ống tụy 38,2%, thành ống tụy không đều 25,5%, không phát hiện giãn ống tụy nhánh. Các nghiên cứu đã chứng minh sự tương quan giữa các tổn thương nhu mô tụy trên siêu âm với mô bệnh học: 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.

Hình ảnh tổn thương viêm tụy mạn trên phim CLVT: Tụy teo toàn bộ 38,2%, teo từng phần (35,2%), to từng phần (20,6%) và 5,9% có kích thước bình thường. Tỷ lệ phát hiện tụy xơ teo toàn bộ tụy và xơ teo từng phần tụy trên CLVT ổ bụng cao hơn trên siêu âm ($p < 0,05$), (Bảng 10). Cắt lớp vi tính là phương tiện thăm dò hình ảnh có giá trị trong chẩn đoán viêm tụy mạn, các biểu hiện trên cắt lớp vi tính là viêm teo, giãn ống tụy và sỏi tụy. Theo Hội tiêu hóa Châu Âu, siêu âm qua thành bụng là phương hữu hiệu chẩn đoán viêm tụy mạn trong các trường hợp viêm tụy mạn giai đoạn muộn (khuyến cáo 1A, mức độ mạnh). Với các phương tiện siêu âm qua thành bụng tốt có thể đánh giá được các tổn thương tăng âm khoảng 2 mm có bóng lưng, tuy nhiên dễ nhầm lẫn với ảnh giả, hạn chế trong các trường hợp béo bụng và hơi trong ống tiêu hóa, cắt lớp vi tính được đánh giá cao trong chẩn đoán sỏi tụy (khuyến cáo 2C, mức độ mạnh).

Kết quả điều trị viêm tụy mạn

Điều trị viêm tụy mạn: Phần lớn các bệnh nhân được điều trị nội khoa theo phác đồ chiếm tỷ lệ 91,2% (Bảng 13), có 3/34 (8,8%) bệnh nhân cần được điều trị phối hợp nội khoa với can thiệp thủ thuật, trong đó 02 bệnh nhân lọc máu liên tục, 01 bệnh nhân can thiệp lấy sỏi ống mật chủ bằng nội soi ngược dòng - RCP và 01 bệnh nhân được phẫu thuật bóc nang giả tụy. Các biến chứng này làm tăng chi phí và thời gian điều trị.

Biến chứng viêm tụy mạn: Theo Biểu đồ 4, có 8/34 (23,5%) bệnh nhân viêm tụy mạn có biến chứng, trong đó biến chứng hay gặp nhất là nang tụy chiếm tỷ lệ 20,6% và chèn ép ống mật chủ chiếm 4,8%, áp xe tụy 01 trường hợp và chảy máu trong ổ bụng 01 trường hợp (2,9%). Theo báo cáo

của tác giả Ramsey nang giả tụy xuất hiện khoảng 20 - 40% trong các trường hợp viêm tụy mạn, triệu chứng lâm sàng tùy thuộc vào kích thước và vị trí của nang tụy, các biểu hiện thường gặp là đau bụng, chán ăn, nôn và buồn nôn, vàng da, sụt cân ngoài ra còn có các biến chứng khác như hẹp đường mật, ống tụy, hẹp tá tràng, nhiễm trùng nang tụy²⁰.

Kết quả điều trị: Qua phân tích kết quả điều trị có 31/34 (91,2%) bệnh nhân được điều trị kết quả tốt, bệnh nhân khỏi bệnh ra viện hoặc đỡ chuyển tuyến cơ sở theo dõi điều trị tiếp. Chỉ có 3 trường hợp (8,8%) bệnh nặng hơn chuyển khoa Hồi sức tích cực điều trị sau đó nặng hơn được gia đình ký hồ sơ xin về. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $19,8 \pm 14,3$ ngày ($8 \div 82$). Nhóm bệnh nhân khỏi, đỡ có thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm nặng xin về, tử vong ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Phạm Quang Nghĩa nghiên cứu 39 bệnh nhân viêm tụy có 89,5% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt (khỏi bệnh, đỡ giảm), 7,9% bệnh nhân được chuyển viện/xin về; có 1 trường hợp tử vong chiếm tỉ lệ 2,6%¹⁵.

KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm tụy mạn

- Viêm tụy mạn gặp ở nam nhiều hơn nữ (76,3% vs 23,7%), tỷ lệ nam/nữ là 3,3 : 1. Yếu tố nguy cơ gây viêm tụy mạn gặp là uống rượu (67,6%), hút thuốc lá (47,1%).

- Triệu chứng cơ năng hay gặp đau bụng (70,6%), mệt mỏi, chán ăn (26,5%), đại tiện phân lỏng, có váng mỡ (23,5%), buồn nôn/nôn (17,6%), sụt cân (5,9%). Các triệu chứng thực thể gặp là: Bụng chướng (47,1%), gan to (29,4%), lách to (20,6%), gõ đục vùng thấp (17,6%), điểm sườn lưng đau (14,7%), vàng da, vàng mắt (8,8%).

- Tính chất đau bụng ở bệnh nhân viêm tụy mạn: đau ở vùng thượng vị (41,7%) hoặc hạ sườn phải (25,0%), lan ra sau lưng (37,5%), đau bụng âm ỉ (62,5%) trội lên từng cơn (37,5%); khởi phát sau ăn nhiều dầu mỡ (20,8%) hoặc sau uống rượu bia (37,5%).

- Amylase máu tăng gấp 29,4% bệnh nhân, lipase máu tăng gấp ở 24,1% bệnh nhân.

- Trên siêu âm: Tụy teo nhỏ gấp 61,8%, vôi hóa nhu mô tụy (76,5%), dải tăng âm (73,5%), nốt tăng âm (73,5%), tổn thương dạng tổ ong (23,5%), nang tụy (26,5%), giãn ống tụy chính (61,8%), tăng âm thành ống tụy chính (55,9%), thành ống tụy chính không đều (35,3%), sỏi ống tụy chính (41,2%).

Kết quả điều trị viêm tụy mạn

- Đa số bệnh nhân được điều trị nội khoa đơn thuần (91,2%), có 03 bệnh nhân cần phối hợp điều trị nội khoa với can thiệp thủ thuật (8,8%). Tỷ lệ biến chứng VTM 23,5%, trong đó nang tụy 20,6%, áp xe tụy 2,9% và chảy máu trong ổ bụng 2,9%.

- Hầu hết (91,2%) bệnh nhân có kết quả điều trị tốt (khỏi bệnh, đỡ giảm). Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $19,8 \pm 14,3$ ngày ($8 \div 82$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Majumder S, Chari S.T (2016), "Chronic pancreatitis", *The Lancet*, 387 (10031), pp.1957-1966.
2. Kleeff J, Whitcomb DC, Shimosegawa T et al. (2017), "Chronic pancreatitis", *Nature Reviews Disease Primers*, 3(17060), pp. 1-18.
3. Yamabe A, Irisawa A, Shibukawa G, Sato A, Fujisawa M (2017), "Early diagnosis of chronic pancreatitis: understanding the factors associated with the development of chronic pancreatitis", *Fukushima Journal of Medical Science*, 63(1), pp.1-7.
4. Sheel ARG, Baron RD, Saratitis L, Ramesh J et al (2018), "The diagnostic value of Rosemont and Japanese diagnostic criteria for indeterminate, suggestive, possible and early chronic pancreatitis", *Pancreatology*, 18(7), pp.774-784.
5. Catalano MF, Sahai A, Levy M, et al (2009). "EUS-based criteria for the diagnosis of chronic pancreatitis: The Rosemont classification", *Gastrointestinal Endoscopy*, 69(7), pp.1251-1261.
6. 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.
7. Vĩnh khánh (2021), Nghiên cứu áp dụng siêu âm nội soi trong chẩn đoán viêm tụy mạn. Luận án tiến sĩ y học.
8. Lê Văn Cường (2010), "Các biến chứng sau phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn" *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1), tr.340-347.
9. Wong T.S, Liao K.F, Lin C.M et al (2016), "Chronic Pancreatitis Correlates With Increased Risk of Cerebrovascular Disease A Retrospective Population-Based Cohort Study in Taiwan", *Medicine journal*, 95(15), e3266.
10. Nguyễn Anh Tuấn (2010). "Kết quả điều trị viêm tụy mạn bằng phẫu thuật nối tụy - ruột đơn thuần theo Partinton - Rochelle", *Tạp chí Y học lâm sàng*, (56), tr.51-56.
11. Aune D, Mahamat-Saleh Y, Norat T, Riboli E (2020), "Tobacco smoking and the risk of pancreatitis: A systematic review and metaanalysis of prospective studies", *Pancreatology*, 19(8), pp.1009-1022.
12. Dufour MC, Adamson MD (2003), "The epidemiology of alcoholinduced pancreatitis", *Pancreas*, 27(4), pp.286-290.
13. Kume K, Masamune A, Ariga H, Shimosegawa T (2015), "Alcohol Consumption and the Risk for Developing Pancreatitis: A Case-Control Study in Japan", *Pancreas*, 44(1), pp.53-58.
14. Andriulli A, Botteri E, Almasio PL, et al (2010), "Smoking as a cofactor for causation of chronic pancreatitis: A meta-analysis", *Journal of neuroendocrine tumor and pancreatic diseades and sciences*, 39(8), pp.1205-1210.
15. Trần Văn Huy, Phan Trung Nam, Vĩnh khánh (2018), Nghiên cứu áp dụng siêu âm nội soi trong chẩn đoán viêm tụy mạn. *Tạp chí Y Dược học Huế*. Tập 8 (02); trang 20 - 22.



16. Hao L, Wang L-S, Liu Y, Wang T, Guo HL, Pan J, et al. (2018), “The different course of alcoholic and idiopathic chronic pancreatitis: A longterm study of 2,037 patients”. *PLoS ONE* 13 (6): e0198365.
17. Singh VK, Yadav D, Garg PK (2019), “Diagnosis and Management of Chronic Pancreatitis: A Review”, *JAMA*, 322(24), pp.2422-2434.
18. Phạm Quang Nghĩa (2024), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm tụy cấp tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia.
19. Gudipaty L. Rickels M. R (2015). Pancreatogenic (Type 3c) Diabetes. *Pancreapedia: Exocrine Pancreas Knowledge Base*, DOI:10. 3998/ panc.2015.35.
20. Ramsey ML, Conwell DL, Hart PA (2017), “Complications of Chronic Pancreatitis”, *Digestive Diseases and Sciences*, 62(7), pp.1745-1750.

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES AND TREATMENT RESULTS OF CHRONIC PANCREATITIS AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics and treatment results of patients with chronic pancreatitis at the Central Hospital for Tropical Diseases.

Methods: The study describes 34 patients with chronic pancreatitis who were treated at the Central Hospital for Tropical Diseases from January 2021 to December 2024.

Results: The disease is more common in women than men (male/female = 3.3/1), with an average age of 46.95 ± 14.4 years (from 16 to 87 years old). Risk factors for chronic pancreatitis: alcohol abuse (67.6%), smoking (47.1%), acute pancreatitis (44.1%), and bile duct stones (14.7%). Common clinical manifestations: abdominal pain (70.6%), and abdominal distension (47.1%). Less common symptoms were: fatigue, anorexia (26.5%), loose stools, greasy stools (23.5%), hepatomegaly (29.4%), splenomegaly (20.6%), dullness on percussion in the lower region (17.6%), tenderness on costovertebral points (14.7%), nausea/vomiting (17.6%), jaundice, yellow eyes (8.8%), weight loss (5.9%). Laboratory tests: increased blood amylase (29.4%), average 158.2 ± 131.7 IU/L, increased blood lipase (24.1%), average 65.8 ± 16.1 U/L. On ultrasound, the pancreas was completely (35.3%) or partially (26.5%), calcification of pancreatic parenchyma (76.5%), hyperechoic bands (73.5%), hyperechoic nodules (73.5%), honeycomb lesions (23.5%), pancreatic cysts (26.5%), dilated main pancreatic duct (61.8%), Increased echogenicity of the main pancreatic duct (55.9%), irregular main pancreatic duct wall (35.3%), main pancreatic duct stones (41.2%). CT scan detected pancreatic duct stones and pancreatic duct dilatation more frequently than ultrasound.

Results: 91.2% of patients were cured, and only 3 severe patients were asked to go home (8.8%). The average hospital stay was 19.8 ± 14.3 days ($8 \div 82$). 23.5% of patients with chronic pancreatitis had complications: pancreatic cyst (20.6%), pancreatic abscess (2.9%), abdominal bleeding (2.9%).

Conclusions: Chronic pancreatitis has diverse clinical manifestations, with prominent symptoms being epigastric pain, abdominal distension, loose stools with fat, fatigue, and weight loss. On ultrasound, there were images of complete or partial fibrosis, pancreatic duct stones, pancreatic duct dilatation, and honeycomb lesions. Most patients were cured, but some had severe complications such as pancreatic cysts, pancreatic abscesses, and abdominal bleeding.

Key words: Chronic pancreatitis, pancreatic fibrosis, pancreatic duct stones.