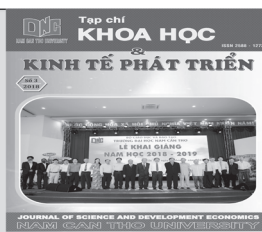




Tạp chí Khoa học và Kinh tế Phát triển
Trường Đại học Nam Cần Thơ

Website: jsde.nctu.edu.vn



KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUY TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ QUANH BÓNG VATER TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT TỪ 01/2014 – 5/2023

Nguyễn Khánh Vân, Nguyễn Hữu Nghị, Phạm Công Khanh, Lê Thanh Nghị

Ngày nhận bài: 7/7/2023

Ngày duyệt bài: 17/7/2023

Từ khóa: cắt khối tá tụy, phẫu thuật Whipple, quanh bóng Vater

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the early results of pancreaticoduodenectomy at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery. Subjects and methods: Retrospective study on 22 patients with perampullary cancer of Vater who underwent pancreaticoduodenectomy at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Thong Nhat Hospital, from January 2014 to May 2023. The results showed that we operated on twenty-two patients, thirteen (59%) males and nine (41%) females, with a mean age of 66.6 (52–81). Patients included seven cases (31.82%) of pancreatic head cancer, six OMC cases of terminal cancer (27.27%), 7(31.82%) cases of Vater ampullary cancer, and two cases of duodenal cancer (9.09%). Pancreatic fistula complications occurred in 18.18%, with one case of pancreatic fistula re-operating. Bile leak occurred in 9% of cases, and infection occurred in 18.18%. There were no deaths. In conclusion, Pancreatectomy was indicated in peripapillary malignancies. It was a large, complicated surgery with a relatively high complication rate, but can be performed in the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery at Thong Nhat Hospital.

TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu là đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt khối tá tụy tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy. Nghiên cứu hồi cứu trên 22 bệnh nhân có bệnh lý ung thư quanh bóng Vater được

phẫu thuật cắt khối tá tụy tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Thống Nhất từ 1/2014 đến 5/2023. Kết quả cho thấy, chúng tôi đã phẫu thuật 22 bệnh nhân với 13(59%) nam, 9(41%) nữ; tuổi trung bình là 66,6 (52-81). Bệnh nhân bao gồm bệnh lý ung thư vùng đầu tụy 7 ca (31,82%), ung thư đoạn cuối OMC 6 ca (27,27%), ung thư bóng Vater 7 ca (31,82%), ung thư tá tràng 2 ca (9,09%). Biến chứng rò tụy 18,18%, Có 1 trường hợp rò tụy mổ lại. Rò mật 9%, nhiễm trùng 18,18%. Không có trường hợp tử vong. Kết luận: Phẫu thuật cắt tá tụy được chỉ định trong các bệnh lý ác tính quanh nhú Vater là một phẫu thuật lớn, phức tạp với tỉ lệ biến chứng còn tương đối cao nhưng có thể thực hiện được ở khoa ngoại Gan Mật Tụy của bệnh viện Thống Nhất.

1. GIỚI THIỆU

Ung thư quanh bóng Vater bao gồm ung thư đầu tụy, ung thư bóng Vater, ung thư đoạn cuối ống mật chủ, ung thư tá tràng. Phẫu thuật cắt tá tụy là phương pháp điều trị triệt để duy nhất cho các bệnh lý ác tính vùng quanh nhú Vater. Phẫu thuật cắt đầu tụy – tá tràng được tác giả Whipple mô tả lần đầu tiên vào năm 1935 và tên ông đã gắn liền với phẫu thuật này. Năm 1945 Whipple sửa lại phẫu thuật của mình bằng cách cắt phần lớn đầu tụy, tá tràng và có miệng nối tụy được thực hiện. Từ đó đến nay có nhiều tác giả trong nước cũng như nước ngoài tiếp nhận và hoàn thiện phát triển, ứng dụng nhiều tiến bộ của khoa học kỹ thuật nhằm hạn chế tai biến và biến chứng sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng giảm dần theo thời gian và kinh nghiệm phẫu thuật viên như (Nguyễn Hoàng, 2023) là 59,4, Nguyễn Tấn Cường (Nguyễn Tấn Cường, 2004) là 44,4%, Malleo G (Malleo G, 2010) là 41,5%, Hồ Văn Linh (Hồ Văn Linh, 2016) là 30,8%, Lê Hữu Phước (Lê Hữu Phước, 2018) là 31,8%. Tại khoa ngoại Gan Mật Tụy từ năm 2014-2023

cũng đã triển khai phẫu thuật Whipple cho những trường hợp ung thư quanh bóng Vater. Nhằm đánh giá tính hiệu quả, khả năng áp dụng phẫu thuật này, chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt khối tá tụy trong điều trị ung thư quanh bóng Vater tại Bệnh viện Thống Nhất” với hai mục tiêu:

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư quanh bóng Vater.

- Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt khối tá tụy tại khoa ngoại Gan Mật Tụy-bệnh viện Thống Nhất

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy (phẫu thuật Whipple) tại bệnh viện Thống Nhất từ 1/2014 - 5/2023 có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư

2.2 Phương pháp

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả. Ghi nhận các yếu tố như: Tuổi, giới tính, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ an toàn của phẫu thuật và biến chứng sớm hậu phẫu.

2.3 Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán sau mổ ung thư quanh bóng Vater được phẫu thuật cắt khối tá tụy.

2.4 Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy không do ung thư quanh bóng Vater, hồ sơ thất lạc.

2.5 Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm Stata v.12.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	N	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	7	31,8
Vàng da	13	59

Vàng da là triệu chứng phổ biến nhất chiếm 59,09% (13 BN), kế đến là đau bụng vùng hạ sườn phải chiếm 31,82% (7 BN). Đa số các trường hợp đến khám và nhập viện vì vàng da và đau bụng.

Đặc điểm cận lâm sàng:

- Bilirubin toàn phần: 4,9-375,4 mmol/L (107±108,7), tỉ lệ bệnh nhân có tắc mật (bilirubin trực tiếp >17,1 mmol/L) chiếm 50% (11 TH).

- SGOT: 12-267 U/L (80,3±69,6), tỉ lệ BN có tăng SGOT (>40 UI/L) chiếm 31,8% (7 TH).

- SGPT: 17-374 U/L (93±83,2), tỉ lệ BN có tăng SGPT (>40 UI/L) chiếm 72,7% (16 TH).

Bảng 2. Phân loại ung thư

Loại ung thư	Số TH	Tỉ lệ (%)
Đầu tụy	7	31,8
Vater	7	31,8
Đoạn cuối OMC	6	27,2
Tả tràng	2	9,0

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu 8 năm (từ 01/2014-5/2023), chúng tôi đã thực hiện 22 trường hợp cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater.

Đặc điểm lâm sàng:

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 66,6. Lớn nhất là 81 tuổi, nhỏ nhất là 52 tuổi. Tỉ lệ nam và nữ là 1.44 (13/9).

- CA 19-9: 0-1200 U/mL (242,2±375,5), với 59 % (13 TH) có tăng CA 19-9 (>37 U/mL).

- CEA: 0-7,2 ng/mL (3,4±2,7), có 6 BN có tăng CEA (27,2%).

- Albumin máu: 26,4-41 g/dL (34,7±3,4). Tỉ lệ BN bị suy dinh dưỡng (Albumin máu <35 g/dL) là 54,5% (12 BN).

Đặc điểm tụy, đường mật:

- Kích thước OMC 4-24 mm (12,8±6,7 mm), có 8 TH không có dẫn OMC, còn lại 14 TH dẫn OMC (> 10 mm) chiếm tỉ lệ 63,6%.

- Kích thước ống tụy 2-18 mm (4±3,5 mm), có 40,9% (9 TH) dẫn >3mm.

- Kích thước u: 8-37mm (22,5±8 mm)

Bảng 3. Phân loại giải phẫu bệnh

Loại tế bào	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Carcinom ống tuyến tụy	1	4,5
Carcinom ống tuyến Vater	1	4,5
Carcinom tuyến bóng Vater	7	31,8
Carcinom tuyến OMC	6	27,2
Carcinom tuyến tụy	6	27,2
U ống tuyến nhánh nghịch sản Vater	1	4,5

Bảng 4. Độ biệt hoá

Độ biệt hoá	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Vừa	20	90,9
Kém	2	9

Bảng 5. Biến chứng

Loại biến chứng	Số TH	Tỉ lệ (%)
Rò tụy	4	18,1
Rò mật	2	9,0
Nhiễm trùng vết mổ	4	18,1
Biến chứng chung	10	45,4

4. THẢO LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Tuổi và giới:

Chúng tôi có 22 BN. Tuổi trung bình là 66,6 (52-81) tuổi, cao nhất là 81 tuổi và nhỏ nhất là 52 tuổi. Lý giải cho điều này chính là do đặc trưng của bệnh viện Thống Nhất là bệnh viện lão khoa nên tuổi trung bình trong nghiên cứu này cao hơn so với các tác giả khác Nguyễn Hoàng (Nguyễn Hoàng, 2023); Trần Văn Phoi (Trần Văn Phoi, 2005); Lê Hữu Phước (Lê Hữu Phước, 2018); Nguyễn Tấn Cường (Nguyễn Tấn Cường, 2004); Hồ Văn Linh (Hồ Văn Linh, 2016) có tuổi trung bình lần lượt là 60,4 (11-70); 58,4 (35-78); 55,2 (26-77); 60,3 (30-89); 56 (18-83).

Tỉ lệ nam/nữ là 1,4 (13/9), tỷ lệ này theo Nguyễn Tấn Cường (Nguyễn Tấn Cường, 2004) là 0,66(42/65); Trần Văn Phoi (Trần Văn Phoi, 2005) là 1,91 (23/12); Hồ Văn Linh (Hồ Văn Linh, 2016) là 2 (30/14); Lê Hữu Phước (Lê Hữu Phước, 2018) là 0,76 (38/50). Tỷ lệ nam/nữ có độ dao động khá rộng từ 0,66-2,0

Đặc điểm lâm sàng:

Lâm sàng của bệnh nhân chủ yếu là vàng da và đau bụng ít gặp hơn. Đặc điểm này phù hợp với sinh lý bệnh các bệnh lý u vùng quanh nhú Vater: khối u di căn tiến to dần, làm hẹp dần ống mật chủ, gây tắc mật tiến triển ngày càng nặng. Chúng tôi ghi nhận vàng da chiếm 59% và đau bụng là 31,8%. Các tác giả khác như Trần Văn Phoi (Trần Văn Phoi, 2005) vàng da chiếm

85,7% và đau bụng là 74,3%; Lê Hữu Phước (Lê Hữu Phước, 2018) có vàng da là 84,1% và đau bụng 44,3%; Đoàn Tiến Mỹ (Đoàn Tiến Mỹ, 2015) lần lượt là 75,0% và 46%.

Tần suất bệnh:

Trong đó, u vùng đầu tụy 7 ca, u đoạn cuối OMC 6 ca, u bóng Vater 7 ca, u tá tràng 2 ca.

- Ung thư nhú Vater, đoạn cuối OMC và tá tràng có triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng tương tự ung thư tụy. Tỷ lệ các ung thư này thấp hơn ung thư tụy nhưng khả năng thực hiện phẫu thuật triệt để cao hơn ung thư tụy, vì vậy hơn một nửa các phẫu thuật cắt tá tụy là do các ung thư quanh bóng Vater, nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ cắt tá tụy trên bệnh nhân ung thư quanh nhú Vater 63,6%. Tương tự các tác giả khác như Lê Hữu Phước (Lê Hữu Phước, 2018), Đoàn Tiến Mỹ (Đoàn Tiến Mỹ, 2015) lần lượt là 65,9% và 78,5.

- Biểu hiện tình trạng tắc mật trước phẫu thuật của đa số bệnh nhân với bilirubin tăng cao, bilirubin toàn phần trung bình: $107 \pm 108,7$ mmol/l có 50% bệnh nhân có bilirubin cao là do vài trường hợp u đoạn cuối OMC được nội soi mật tụy ngược dòng để chẩn đoán và đặt stent để giải áp. Theo Phan Minh Trí (Phan Minh Trí, 2017) nồng độ bilirubin toàn phần không làm tăng có ý nghĩa tỷ lệ biến chứng rò tụy ($p=0,898$).

- CA 19-9 có thể được sử dụng ở những bệnh nhân có triệu chứng, giúp phân biệt giữa các khối u lành tính và ác tính. Tuy nhiên, do sự giới hạn của độ nhạy nên cần được sử dụng cùng với các kỹ thuật chẩn đoán khác. CA 19-9 thường tăng trong ung thư mật tụy, nồng độ cao hơn 100U/mL có giá trị chẩn đoán ác tính, nồng độ từ 37-100 U/mL ít đặc hiệu. Nói chung, nồng độ trong huyết thanh phản ánh kích thước u, u

nhỏ < 1cm hiếm khi nồng độ > 100 U/mL, trong khi đó với nồng độ > 1000 U/mL thường là biểu hiện của di căn xa. Tăng CA 19-9 cũng có thể liên quan đến viêm đường mật. Đối với ung thư đoạn cuối OMC, độ nhạy và độ đặc hiệu của CA 19-9 là 53-89% và 80-91% (giá trị ngưỡng là 100U/mL). CEA ít giá trị hơn CA 19-9 trong chẩn đoán ung thư đường mật, độ nhạy và độ đặc hiệu của CEA là 33-68% và 82-95% (Veillette G, Castillo CF, 2008).

- Trong nghiên cứu chúng tôi, tăng CA 19-9 gặp ở 59% bệnh nhân (13 TH), trong khi đó chỉ có 6 TH tăng CEA (27,2%).

Chỉ định mổ:

- Phẫu thuật Whipple đối với ung thư quanh bóng Vater chủ yếu dựa vào lâm sàng: vàng da, đau bụng thượng vị hoặc hạ sườn phải và cận lâm sàng là CA 19.9 tăng cao, nội soi mật tụy ngược dòng thám sát-sinh thiết (nếu có) và CT-Scan cho thấy u đầu tụy hoặc quanh bóng Vater.

- Đánh giá khả năng cắt được hay không? Chúng tôi dựa vào cắt lớp điện toán và nhất là lúc phẫu thuật. Khối u cắt được là những khối u không dính vào mạch máu chung quanh, có thể phẫu tích khối bỏ mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới. (Hồ Văn Linh, 2016).

Phần lớn phẫu thuật trong nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp Whipple kinh điển. Kỹ thuật cắt hang vị dạ dày ở chúng tôi được ưa chuộng hơn kỹ thuật bảo tồn môn vị. Ngoài ra, khi cắt bỏ hang vị dạ dày thì phẫu trường ở mật trước vùng đầu tụy được bộc lộ rõ ràng, rất dễ dàng để quan sát và phẫu tích các mạch máu vùng đầu tụy tá tràng do đó trước khi bộc lộ các mạch máu vùng đầu tụy tá tràng, theo kinh

nghiệm chúng tôi tiến hành cắt hang vị dạ dày nếu như không bảo tồn môn vị để phẫu trường được rộng rãi. Tuy nhiên việc có bảo tồn môn vị hay không bảo tồn môn vị khi cắt khối tá tụy thì vẫn đang còn nhiều tranh luận. Theo kinh điển các tác giả luôn luôn cắt hang vị dạ dày nhằm mục đích đảm bảo được việc nạo hạch di căn dễ dàng hơn và tránh biến chứng rỗng dạ dày muộn. Tuy nhiên Traverso và Longmire (Traverso LW and Longmire WP, 1980) lại đề xuất kỹ thuật bảo tồn môn vị vì theo tác giả việc cắt bỏ môn vị để lại rất nhiều hậu quả như: hội chứng Dumping, loạn đường, thiếu máu. Đến nay vẫn chưa có sự thống nhất chung trong kỹ thuật xử trí hang vị dạ dày và cũng chưa có phương pháp nào đem lại độ an toàn tuyệt đối sau phẫu thuật cắt tá tụy.

- Nguyễn Cao Cường và Văn Tần (Nguyễn Cao Cường, Văn Tần, 2008) trong nghiên cứu của mình với 73 BN cắt tá tụy gồm 9 BN cắt hang vị dạ dày và 64 BN bảo tồn môn vị. Kết quả: 4 BN có biến chứng ứ trệ dạ dày đều thuộc những trường hợp bảo tồn môn vị, tác giả đã nhận xét rằng: biến chứng ứ trệ dạ dày sau cắt tá tụy xuất hiện cao hơn khi có bảo tồn môn vị. Hồ Văn Linh (Hồ Văn Linh, 2016) tỷ lệ cắt hang vị dạ dày (79 5%) so với bảo tồn môn vị (20 5%). Carona (Caronna R, Peparini N and Cosimo RC, 2012), phẫu thuật đầu tụy tá tràng 89 BN bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng thì không có trường hợp nào được bảo tồn môn vị. Bassi C (Bassi C, Falconi M and Molinari E, 2005) với 151 BN cắt khối tá tụy được chia thành hai nhóm: nhóm nối tụy với dạ dày gồm 69 BN thì bảo tồn môn vị là 66 và nhóm nối tụy với hồng tràng gồm 82 BN bảo tồn môn vị là 70 BN. Hồ Văn Linh (Hồ Văn Linh,

2016) có 65,9% bệnh nhân được sử dụng miệng nối tụy hồng tràng tận bên và (34,1%) được sử dụng miệng nối tụy với mặt sau dạ dày; hơn một nửa bệnh nhân được dẫn lưu ống tụy ra ngoài (54,5%). Nghiên cứu của Fabre (Fabre MJ, Arnaud PJ and Navarro F, 1998), Aranha (Aranha GV and Aaron JM, 2006), Fang (Fang LW, Shyr MY and Su HC, 2007) thì ủng hộ phương pháp nối tụy với dạ dày và cho rằng: nối tụy dạ dày là phương pháp an toàn với tỉ lệ tử vong và biến chứng dò tụy thấp. Tuy nhiên nghiên cứu của Yeo (Yeo JC, Cameron LF and Lillemoie DK, 2000), Hines JO (Hines JO and Reber AH, 2006) lại thích nối tụy với hồng tràng tận bên hơn là miệng nối dạ dày và cho thấy hoặc là không có sự khác biệt giữa nối tụy dạ dày với nối tụy hồng tràng hoặc là nối tụy dạ dày có nguy cơ hẹp miệng nối tụy cao hơn nối tụy hồng tràng. Lê Lộc (Lê Lộc, 2004) Nguyễn Tấn Cường (Nguyễn Tấn Cường, 2004) Nguyễn Minh Hải (Nguyễn Minh Hải, 2004) có nhiều nghiên cứu phẫu thuật cắt tá tụy điều trị bệnh lý vùng đầu tụy đã sử dụng cả hai phương pháp hoặc nối tụy - dạ dày hoặc nối tụy- hồng tràng.

Biến chứng chung:

Biến chứng sau phẫu thuật cắt khối tá tụy thì rất đa dạng và phức tạp; biến chứng nặng có nguy cơ đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân như: rò tụy, chảy máu, ứ trệ dạ dày; biến chứng nhẹ như: áp - xe tồn lưu, viêm tụy cấp thoáng qua, nhiễm trùng vết mổ nhiễm trùng đường mật ngược dòng, rò miệng nối mật ruột, rò miệng nối vị tràng. Mặc dù các biến chứng này có hay không có nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh nhưng chắc chắn kéo dài thời gian điều trị làm tăng chi phí, ảnh hưởng đến kinh tế gia đình và xã hội.

Trong nghiên cứu chúng tôi là 45,4%. Lí giải cho kết quả này là do kích thước ống tụy nhỏ hơn 3 mm chiếm 59,1%. Các tác giả khác như Nguyễn Hoàng (Nguyễn Hoàng, 2023) là 59,4%; Nguyễn Tấn Cường (Nguyễn Tấn Cường, 2004) là 44,4%, Malleo G (Malleo G, 2010) là 41,5%, Hồ Văn Linh (Hồ Văn Linh, 2016) là 30,8%, Lê Hữu Phước (Lê Hữu Phước, 2018) là 31,8%.

Biến chứng rò tụy:

- Phẫu thuật Whipple có tỷ lệ rò tụy khá cao, tử vong của nhóm này cũng cao hơn những nhóm khác, phần lớn điều trị nội khoa thành công.

- Rò tụy được định nghĩa theo nhóm nghiên cứu quốc tế về rò tụy (ISGPF: International Study Group of Pancreatic Fistula) như sau: Rò tụy là sự thông nối bất thường giữa niêm mạc ống tụy với bề mặt niêm mạc khác chứa dịch từ tụy có nồng độ enzyme cao. Rò tụy khi amylase trong dịch dẫn lưu từ ngày hậu phẫu thứ 3 và có lượng amylase cao gấp 3 lần nồng độ amylase ở huyết thanh, với bất kỳ hàm lượng nào.

- Rò tụy được chia là 3 mức độ như sau:

○ Độ A: rò tụy nhẹ, không có triệu chứng, dịch ra dẫn lưu. Không cần điều trị đặc hiệu.

○ Độ B: rò tụy có triệu chứng, BN có thể than đau bụng, sốt, buồn nôn... cần được đánh giá và điều trị nâng đỡ, dịch truyền, kháng sinh.

○ Độ C: rò tụy nặng cần điều trị tích cực. BN thường trong tình trạng nặng, dễ nhiễm trùng, suy cơ quan và có thể bị đe dọa tính mạng.

- Các tác giả khác như Hồ Văn Linh (Hồ Văn Linh, 2016) tỷ lệ rò tụy là 2,3%, Trần Văn Phoi (Trần Văn Phoi, 2005) là 20%, Lê Hữu Phước (Lê Hữu Phước, 2018) là 10,2 %, Nguyễn Minh Hải (Nguyễn Minh Hải, 2004) là 7,9%, Phan Minh Trí (Phan Minh Trí, 2017) là 10,43 %.

- Chúng tôi ghi nhận có 4 TH (18,1%) rò tụy, có 1 TH rò tụy kéo dài phải mổ lại dẫn lưu ống tụy và khâu lại miệng nối và 1 TH rò tụy kèm bụng vết mổ phải đóng lại nhưng khi mổ lại không tìm thấy chỗ rò. Cả 2 TH này sau đó đều ổn và được xuất viện. 1 TH còn lại tự khỏi. Theo Phan Minh Trí (Phan Minh Trí, 2017) có 2 yếu tố liên quan đến rò tụy là kích thước ống tụy (<3 mm) và mật độ mô tụy (mềm). Theo Hồ Văn Linh (Hồ Văn Linh, Phạm Thanh Hải, 2019) Khâu miệng nối tụy-hồng tràng tận bên kiểu Blumgart làm giảm tỷ lệ rò tụy.

Sử dụng Octreotide có giảm tỉ lệ biến chứng hay không thay đổi tùy theo tác giả. Chúng tôi ghi nhận có 18,1% có rò tụy, chúng tôi không điều trị dự phòng vì kết quả điều trị dự phòng không chắc chắn. Theo Yeo CJ (Yeo JC, Cameron LF and Lillemoie DK, 2000) và cộng sự nghiên cứu trên 211 BN trong đó 60% bảo tồn môn vị và 87% nối tụy hồng tràng, dùng octreotide với liều 250 mcg 2 giờ trước khi mổ, kéo dài 7 ngày không giảm biến chứng rò tụy. Aranha (Aranha GV and Aaron JM, 2006) rò tụy điều trị bảo tồn thành công gồm: ăn kiêng, nhịn ăn 58% nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch 40% và mổ lại chỉ 1,6%; điều trị rò tụy bằng octreotide cho thấy không có khác biệt về kết quả so với nhóm không dùng octreotide, điều trị dự phòng rò tụy sau mổ bằng octreotide vẫn chưa được khẳng định. Theo Văn Tần (Văn Tần, Nguyễn Cao Cương, Lê Văn Nghĩa, 2002) số lượng dịch rò dưới 300 ml/24 giờ thì có thể điều trị bảo tồn như hồi sức tốt với đầy đủ nước điện giải năng lượng kháng sinh mạnh chống nhiễm trùng và cả sandostatin liều cao; trong trường hợp số lượng dịch rò trên 300 ml/24 giờ và rò

vào ổ bụng thì cần phải mổ lại ngay và phẫu thuật cơ bản nhất là cắt bỏ phần lóntụy còn lại và dẫn lưu.

- Đặt stent có làm giảm biến chứng sau phẫu thuật không chúng tôi không có kinh nghiệm vì số BN đặt stent không nhiều. Theo công trình nghiên cứu của Pisters PWT (Pisters PVT, 2001) và cộng sự thì đặt stent tiền phẫu không làm giảm tỉ lệ biến chứng mà còn tăng nhiễm trùng vết mổ.

Biến chứng rò mật, nhiễm trùng:

Rò mật chúng tôi có 2 TH (9%) cao hơn các tác giả khác, có thể do 2 TH này kích thước OGC khá nhỏ #4-5 mm và chúng tôi không có dẫn lưu miệng nối mật ruột. Theo Phan Minh Trí (Phan Minh Trí, 2017) không yếu tố nguy

cơ nào liên quan đến rò mật. Nhiễm trùng vết mổ có 4 TH (18,1%) trong đó có 1 ca liên quan đến rò tụy phải mổ lại và 2 TH còn lại khỏi khi điều trị nội khoa. Theo Courtney M (Courtney M, Townsend JR, et al, 2012) rò mật là 2 %, Phan Minh Trí (Phan Minh Trí, 2017) rò mật và nhiễm trùng lần lượt là 0,8% và 4,38%. Lê Hữu Phước (Lê Hữu Phước, 2018) là 4,5% và 17%.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt khối tá tụy (PT Whipple kinh điển) trong điều trị ung thư quanh bóng Vater là một phẫu thuật phức tạp, nhiều tai biến và biến chứng trong và sau mổ nhưng có thể thực hiện được ở khoa ngoại Gan Mật Tụy với điều kiện chỉ định mổ và chọn lựa bệnh hợp lí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lê Hữu Phước (2018). Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy do các bệnh lý ác tính vùng quanh nhú Vater tại bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 22(số 2), 474- 481.
- [2] Phan Như Hiệp (2005). Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư bóng Vater. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản số 3(tập 8), 51-64.
- [3] Courtney, M., Townsend, J.R., et al. (2012). Adenocarcinoma of the exocrine pancreas. In *Sabiston* (pp.15438-6). Elsevier.
- [4] Nguyễn Cao Cường, Văn Tần (2008). Biến chứng phẫu thuật Whipple. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản số 3(tập 12), 83-85.
- [5] Fang, L.W., Shyr, M.Y., & Su, H.C. (2007). Comparison Between Pancreaticojejunostomy and Pancreaticogastrostomy After Pancreaticoduodenectomy. *Formos Med Assoc, 106*(9), 717-727.
- [6] Aranha, G.V. and Aaron, J.M. (2006). Critical Analysis of a Large Series of Pancreaticogastrostomy After Pancreaticoduodenectomy. *Arch Surg, 141*, 574-580.
- [7] Veillette, G., Castillo, C.F. (2008). Distal Biliary Malignancy. *Surgical Clinics of North America, 88*, 1429-1447.
- [8] Yeo, J.C., Cameron, L.F., & Lillemoe, D.K. (2000). Does Prophylactic Octreotide Decrease the Rates of Pancreatic Fistula and Other Complications After Pancreaticoduodenectomy? Results of a Prospective Randomized Placebo-Controlled Trial. *Ann of Surg, 232*(3), 419-429.
- [9] Văn Tần, Nguyễn Cao Cường, Lê Văn Nghĩa. (2002). Kết quả phẫu thuật Whipple cải tiến. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản 6(tập 2), 184-194.

- [10] Hồ Văn Linh, Phạm Thanh Hải (2019). Miệng nối tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến trong phẫu thuật whipple: kinh nghiệm 73 trường hợp. *Tạp chí y học lâm sàng* (số 53), 118-122.
- [11] Caronna, R., Peparini, N., & Cosimo RC. (2012). Pancreaticojejuno Anastomosis after Pancreaticoduodenectomy: Brief Pathophysiological Considerations for a Rational Surgical Choice. *International Journal of Surgical Oncology*, 1-5.
- [12] Traverso, L.W. and Longmire, W.P. (1980). Preservation of the Pylorus in Pancreaticoduodenectomy. *AnnSur*, 193(3), 306-309.
- [13] Bassi, C., Falconi, M., & Molinari, E. (2005). Reconstruction by pancreaticojejunostomy Versus Pancreaticogastrostomy Following Pancreatectomy. *Annals of Surgery*, 242, 767-773.
- [14] Fabre, M.J., Arnaud, P.J., & Navarro, F. (1998). Results of pancreatogastrostomy after pancreatoduodenectomy in 160 consecutive patients. *British Journal of Surgery*, 85, 751-754.
- [15] Hines, J.O. and Reber, A.H. (2006). Technique of pancreaticojejunostomy reconstruction after pancreaticoduodenectomy. *Hepatobiliary Pancreat Surg*, 13, 185-189.
- [16] Lê Lộc (2004). Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư bóng Vater. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 8(phụ bản số 3), 51-64.
- [17] Hồ Văn Linh (2016). *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng trong điều trị ung thư bóng Vater* (Luận án tiến sĩ y học).
- [18] Nguyễn Tấn Cường (2004). Ung thư nhú Vater: kết quả điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản số 3(tập 8), 124-133.
- [19] Nguyễn Hoàng (2023). Kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị ung thư vùng tá tràng đầu tụy tại Bệnh viện Đại học y Hà Nội. *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 522, số 1.
- [20] Nguyễn Minh Hải (2004). Phẫu thuật cắt khối tá tụy cho các bệnh lí đầu tụy và quanh nhú vater tại bệnh viện Chợ rẫy trong 6 năm (1997-2003): 101 trường hợp. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 8(phụ bản số 3), 113-118.
- [21] Đoàn Tiến Mỹ (2015). Đánh giá di căn hạch trong phẫu thuật triệt để ung thư quanh bóng vater. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 19(phụ bản số 1), 218-224.
- [22] Trần Văn Phoi (2005). Phẫu thuật whipple trong điều trị các bệnh quanh bóng vater. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, 9(phụ bản số 1), 43-48.
- [23] Hoàng Thế Quý (2004). Nhận xét bước đầu kết quả phẫu thuật Whipple tại khoa ngoại bệnh viện tỉnh Đaklak. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, 8(3), 119-124.
- [24] Phan Minh Trí (2017). Các yếu tố liên quan đến biến chứng sớm của phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng vater. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 21(số 2), 111- 115.
- [25] Pisters, P.V.T., H. W. (2001). Effect of preoperative biliary decompression on pancreatico-duodenectomy-associated morbidity in 300 consecutive patients. *Ann of Surg*, 234, 147-155.
- [26] Malleo, G., C. S. (2010). Delayed gastric emptying after pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy: validation of International Study Group of Pancreatic Surgery classification and analysis of risk factors. *Hepato-Pancreato-Biliary Association*, 12, 610-618