

KẾT QUẢ CẮT KHỐI TÁ TUY (KINH NGHIỆM CÁ NHÂN QUA 79 TRƯỜNG HỢP)

TRỊNH HỒNG SƠN, PHẠM THẾ ANH

ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1935, Whipple và cộng sự đã mô tả cắt khối tá tụy 2 thì để điều trị ung thư vùng bóng Vater [11]. Trong thông báo này, dạ dày, môn vị và phần đầu của tá tràng được giữ lại. Đến năm 1941, chính Whipple thông báo trường hợp đầu tiên thành công cắt khối tá tụy một thì (lấy bỏ một phần dạ dày, môn vị, toàn bộ khung tá tràng, đầu tụy và phần thấp ống mật chủ) [12]. Sau năm 1941, một số tác giả đã thay đổi kỹ thuật này của Whipple. Ví dụ Watsons là người đầu tiên cắt khối tá tụy, bảo tồn môn vị (1944) [9]. Watsons đã bảo tồn toàn bộ dạ dày, môn vị và 2.5 cm tá tràng sát môn vị và lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối tá - hồng tràng. Kỹ thuật của Watsons không được áp dụng rộng rãi. Bằng chứng là cho tới năm 1978, Traverso và Longmire [8] mới ứng dụng phương pháp cắt tá tụy bảo tồn môn vị ở 2 bệnh nhân để giảm hội chứng sau cắt dạ dày và đảm bảo chức năng sinh lý của dạ dày, ruột.

Tóm lại, cắt khối tá tụy (DPC) là phẫu thuật bao gồm cắt cả khối gồm tá tràng, đầu tụy, đường mật chính, túi mật, có thể một phần dạ dày (nếu không bảo tồn môn vị) và đoạn đầu hồng tràng. Phẫu thuật này được áp dụng để điều trị cho các tổn thương ác tính vùng đầu tụy, tá tràng (ung thư biểu mô đường bài xuất của tụy, ung thư biểu mô bóng Vater, ung thư ống mật chủ, ung thư tá tràng,...) và các tổn thương có nguy cơ ác tính tiềm tàng (u nhú ống tụy và niêm mạc tụy khu trú hoặc dạng nang nhày). Ngoài ra còn được chỉ định ở một số trường hợp khối viêm tụy mạn, hẹp tá tràng, chấn thương, vết thương tụy tùy thuộc mức độ tổn thương, hoàn cảnh cụ thể [1].

Mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả cắt khối tá tụy qua 79 trường hợp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng.

79 bệnh nhân được cắt khối tá tụy tại bệnh viện (BV) Việt Đức 51 ca, BV Hữu Nghị 11 ca, BV Quảng Ninh 2 ca, BV Saint Paul 2 ca, BV Thái Bình 2 ca, BV 19-8 Bộ Công An 2 ca, BV 354 Bộ Quốc Phòng 2 ca, BV Bắc Ninh 1 ca, BV Việt Tiệp Hải Phòng 1 ca, BV Đông Anh 1 ca, BV Bắc Giang 1 ca, BV Kinh Bắc 1 ca, BV 108 Bộ Quốc Phòng 1 ca, BV Vĩnh Phúc 1 ca trong thời gian từ 1.2005 đến tháng 11.2009.

Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật bởi cùng 1 nhóm phẫu thuật viên theo 1 quy trình thống nhất gồm 12 bước.

Bước 1: mở bụng đường trắng giữa trên và Páo dài dưới rốn.

Bước 2: thăm dò toàn bộ ổ bụng: tình trạng phúc mạc hoành, Douglas, gan, lách, cuống gan, dạ dày, toàn bộ ruột non và đại tràng...

Bước 3: làm động tác Kocher và đánh giá tổn thương ở vùng tá tràng, đầu tụy, vùng bóng Vater... về màu sắc, kích thước, mật độ, tính chất xâm lấn vào tạng lân cận, bó mạch mạc treo tràng, tĩnh mạch cửa, động mạch gan...

Bước 4: sinh thiết hạch nhóm 8, 12, 13 trong trường hợp có u vùng tá tràng đầu tụy. Bộc lộ tam giác THS [2]. Bước này sẽ quyết định cắt khối tá tụy hay không.

Bước 5: thắt động mạch vị tá tràng tận gốc, bóc lộ phần thấp ống mật chủ, cắt ống mật chủ, thắt tĩnh mạch tá tụy trên đổ vào tĩnh mạch cửa, bóc lộ tĩnh mạch cửa ở bờ trên đầu tụy, eo tụy. Thắt động mạch và tĩnh mạch vị mạc nối phải tận gốc. Bộc lộ đoạn tĩnh mạch mạc treo tràng trên vắt qua tá tràng D3, D4. Kết thúc bước 5 xác định rõ đoạn tĩnh mạch mạc treo tràng trên chạy dưới eo tụy.

Bước 6: cắt đoạn hang vị dạ dày. Cắt ngang eo tụy sau khi khâu đánh dấu bờ trên, bờ dưới eo tụy bằng các mũi chỉ Vicryl 3/0 về phía tụy để lại và các mũi Vicryl 1/0 về phía đầu tụy lấy bỏ. Phải phẫu tích tốt móm thân tụy, di động móm thân tụy đủ dài, ít nhất là 2,5cm (điều kiện: nhìn rõ hợp lưu tĩnh mạch mạc treo tràng trên với thân tĩnh mạch lách mạc treo tràng).

Bước 7: phẫu tích các mạch ngấn đổ vào tá tràng D4 và đoạn đầu hồng tràng. Cắt đôi hồng tràng cách góc Treitz 10 – 15 cm. Lấy bỏ hết vùng đầu tụy sát bờ phải, sau dưới tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Thắt từng nhánh mạch tá tụy dưới. Thì này cần rất thận trọng và tỷ mỉ để tránh làm tổn thương bên động mạch, tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

Bước 8: nối tụy – dạ dày. Khi lồng miệng nối tụy vào dạ dày mặt sau, miệng nối phải cách diện cắt dạ dày ít nhất 5cm. Diện mở mặt sau dạ dày để lồng tụy vào vừa đủ khít chặt để tránh phải khâu bớt diện mở dạ dày. Qua diện cắt dạ dày phải nhìn rõ móm tụy và ống wirsung nằm lồi vào trong lòng dạ dày. Nên khâu miệng nối tụy- dạ dày mũi rời, tránh làm rách nhu mô tụy khi xiết chỉ (nếu rách cần bổ xung mũi khâu prolène 3/0 hoặc 4/0).

Bước 9: nối mật- ruột. Nối quai hồng tràng đầu với ống mật chủ qua mạc treo đại tràng ngang. Có thể khâu vắt hoặc khâu mũi rời chỉ PDS hoặc Vicryl 4/0 hoặc 5/0. Có thể làm 1 lớp hoặc 2 lớp (lớp thứ 2 thường khâu ruột với phúc mạc cuống gan). Có thể dẫn lưu mật kiểu Voelker hoặc không.

Bước 10: nối dạ dày ruột trước mạc treo đại tràng ngang. Miệng nối dạ dày ruột cách miệng nối mật ruột 80cm và cách chỗ cố định đoạn ruột đưa lên qua mạc treo đại tràng ngang 10 cm. Miệng nối dạ dày

ruột nên làm theo phương pháp Polya, có thể 1 lớp hoặc 2 lớp chỉ Vicryl hoặc PDS 3/0 hoặc 4/0. Sau đó khâu cố định mạc treo đại tràng ngang, khâu kín phúc mạc góc Treitz.

Bước 11: kiểm tra tất cả diện bóc tách và cầm máu kỹ lưỡng.

Bước 12: đặt 2 dẫn lưu dưới gan, phủ mạc nối lớn và đóng bụng.

2. Phương pháp.

Tiền cứu mô tả

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu.

- Tuổi, giới, nghề nghiệp
- Nơi phẫu thuật
- Đặc điểm nhóm chấn thương, bệnh lý (khối viêm tụy mãn, u đầu tụy, u tá tràng, u vùng Vater, u phần thấp ống mật chủ...)
- Liệt kê các phẫu thuật kèm theo (cắt thận, cắt gan, cắt đoạn đại tràng...)
- Tỷ lệ tử vong
- Biến chứng sau mổ: chảy máu, viêm phúc mạc, áp xe tồn dư, rò tụy, rò mật, tràn dịch màng phổi...

KẾT QUẢ

Bảng 1. Tuổi.

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<15	1	1,3%
< 30	5	6,3%
30 – 45	16	20,3%
45 – 60	35	44,3%
> 60	22	27,8%
Tổng số	79	100%

Tuổi trung bình 51.6 ± 14.22 .

Bệnh nhân trẻ nhất là 11 tuổi. Bệnh nhân già nhất là 79 tuổi.

Bảng 2. Giới

Giới	n	%
Nam	52	66%
Nữ	27	34%

Bảng 3. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Cán bộ	26	32,9%
Làm ruộng	17	21,5%
Tự do	11	13,9%
Kỹ sư	6	7,6%
Công nhân	5	6,3%
Khác	14	17,8%

Bảng 4. Nơi phẫu thuật

Nơi mổ	n	%	
Việt Đức (51 bn)	Khoa 1C	21	26,6%
	Khoa 3.4	30	38%
Viện ngoại (28 bn)	BV Bắc Ninh	1	1,3 %
	BV Việt Tiệp	1	1,3 %
	BV Quảng Ninh	2	2,5 %
	BV Hữu Nghị	11	13,9%
	BV Đông Anh	1	1,3 %
	BV Saint Paul	2	2,5 %

	BV Bắc Giang	1	1,3 %
	BV Vinh Phúc	1	1,3 %
	BV Thái Bình	2	2,5 %
	BV 198	2	2,5 %
	BV 354	2	2,5 %
	BV Kinh Bắc	1	1,3 %
	BV 108	1	1,2 %
Tổng số	14	79	100%

Bảng 5. Đặc điểm nhóm chấn thương, bệnh lý

Chỉ định cắt khối tá tụy	n	%	
Chấn thương	4	5,1 %	
Bệnh lý	Cystadenoma đầu tụy	6	7,6 %
	Khối viêm tụy mạn	1	1,3 %
	K đầu tụy	45	57 %
	K Vater	9	11,4 %
	K phần thấp OMC	10	12,6 %
	K tá tràng	3	3,7 %
Insulinoma đầu tụy	1	1,3%	
Tổng số	79	100%	

Bảng 6. Các phẫu thuật kèm theo

Phẫu thuật kèm theo	n
Cắt đại tràng	1
Cắt đoạn tĩnh mạch cửa	1
Khâu tĩnh mạch cửa	1
Cắt gan	4
Cắt thận	2
Mở thông hồng tràng	6
PT Frey	1

Bảng 7. Tử vong và biến chứng sau mổ

Tử vong, biến chứng	n	%
Tử vong	0	0%
Chảy máu sau mổ	2 (phải mổ lại)	2,5%
Viêm phúc mạc	0	0
Rò tụy	0	0
Rò mật	0	0
áp xe tồn dư	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,3%
Tràn dịch màng phổi phải	1	1,3%

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình 51.6 ± 14.22 (bảng 1), bao gồm cả bệnh nhân chấn thương tá tụy 4 và bệnh lý 75 trường hợp. Bệnh nhân trẻ nhất là 11 tuổi bị chấn thương tá tụy độ 4. Bệnh nhân già nhất là 79 tuổi có K Vater gây tắc mật thể trạng còn tốt. Nam giới chiếm 66%, nữ chiếm 34% (bảng 2).

Nghiên cứu của các tác giả ở Johns Hopkins, Maryland (Mỹ) [4] trên 114 bệnh nhân được cắt khối tá tụy do ung thư vùng Vater có tuổi trung bình 65. Nam giới chiếm 63%.

Bảng 3 nêu nghề nghiệp: cán bộ hành chính có 26 chiếm 32,9%, làm ruộng 17 chiếm 21,5%, kỹ sư có 6 (7,6%)...

Có 51 (64,5%) bệnh nhân được mổ tại bệnh Việt Đức. Số còn lại: 28 bệnh nhân (35,5%) được tác giả tới mổ tại các bệnh viện tỉnh, bệnh viện ngành (bảng 4). Với trang bị cơ sở vật chất ngày một tốt hơn, trình độ phẫu thuật viên được nâng lên, một số bệnh viện tỉnh có thể thực hiện phẫu thuật cắt khối tá tụy trong điều kiện cụ thể. Trong một nghiên cứu, các tác giả Hà Lan đã nêu: tỷ lệ tử vong và biến chứng sau cắt khối tá tụy tại những trung y tế chuyên sâu giảm đi đáng kể đã khuyến khích các phẫu thuật viên tiến hành phẫu thuật ở cả những cơ sở y tế không chuyên sâu[5].

Về đặc điểm bệnh lý chỉ định cắt khối tá tụy được nêu ở bảng 5: chiếm hơn một nửa số bệnh nhân cắt khối tá tụy là ung thư đầu tụy (57%), tiếp theo là K phần thấp ống mật chủ(12,6%), K bóng Vater (11,4%), K tá tràng 3,7%.

Nghiên cứu của Gouma và cộng sự [6] trong số 163 cắt khối tá tụy có 10% trường hợp lành tính (16 bệnh nhân), 90% là ác tính (147 bệnh nhân); 31% trường hợp có khối u vùng đầu tụy (51 bệnh nhân), 20% có tổn thương ở phần thấp ống mật chủ (33 bệnh nhân), 38 % tổn thương ở vùng bóng Vater (62 bệnh nhân), 2% trường hợp tổn thương nằm ở các vị trí khác (4 bệnh nhân). 61% trường hợp tiến hành phẫu thuật triệt căn (89 bệnh nhân), 39% không thể phẫu thuật triệt căn (58 bệnh nhân).

Các phẫu thuật kèm theo cắt khối tá tụy trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở 4 bệnh nhân chấn thương tá tụy kèm theo vỡ gan, vỡ thận độ 4, độ 5. Trong nhóm cắt khối tá tụy do bệnh lý chỉ có 1 trường hợp cắt thùy gan trái kèm theo do ung thư tụy di căn gan thùy trái. Có 1 trường hợp cắt đoạn tĩnh mạch cửa nối trực tiếp trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của Gouma và cộng sự [6] tất cả 163 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được thực hiện cắt khối tá tụy, không có trường hợp nào thực hiện kỹ thuật bảo tồn môn vị. Có 12% trường hợp phải cắt tĩnh mạch cửa (20 bệnh nhân). Trong cả 163 trường hợp, tác giả đều tiến hành làm miệng nối tụy-ruột 2 lớp. Có 89% trường hợp (145 bệnh nhân) được đặt dẫn lưu ống tụy, 11% (18 bệnh nhân) không được đặt dẫn lưu. Sau phẫu thuật chỉ có 5% (8 bệnh nhân) phải sử dụng thuốc Octreotide, 95% bệnh nhân còn lại không cần sử dụng.

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị. Đặc biệt 100% bệnh nhân được nối tụy- dạ dày theo kỹ thuật thống nhất đã nêu phần phương pháp nghiên cứu. Về miệng nối tụy- dạ dày: năm 1934 miệng nối tụy dạ dày được Tripodi và Sherwin tiến hành trên động vật thực nghiệm[9]. Cho tới 12 năm sau, năm 1946 Waugh và Clagett [11] thông báo trường hợp đầu tiên làm miệng nối tụy- ruột trên người.

Nhìn chung những lý do của các tác giả ủng hộ làm miệng nối tụy- dạ dày (PG) trong cắt khối tá tụy[1]:

- Về mặt sinh lý, dịch tụy chứa các men tiêu hoá ở dạng chưa được hoạt hoá, các men này sẽ được hoạt hoá bởi các men ở ruột và đây là một yếu tố góp phần gây rò tụy. Trong khi đó acid trong dịch vị lại có khả năng ngăn ngừa việc hoạt hoá các enzym của tụy.

- Về mặt cơ học, trong phẫu thuật PG do tụy đổ thẳng vào dạ dày và nhờ có sonde dạ dày mà miệng nối luôn được giảm áp lực nên không bị căng. Chính vì vậy miệng nối tụy- dạ dày trở nên an toàn hơn, ít nguy cơ bục, rò. Trong khi phẫu thuật nối tụy ruột (PJ) có thể gặp sự tắc nghẽn lưu thông trong quai ruột đưa lên nối với tụy kèm theo sự phù nề thành ruột làm tăng nguy cơ bục, rò miệng nối.

- Về mặt giải phẫu, nối dạ dày - tụy có nhiều ưu điểm hơn như thành dạ dày dày, tưới máu rất tốt, có thể dễ dàng thực hiện đường khâu, đồng thời có thể dễ dàng kiểm soát cầm máu ở diện cắt tụy trong lòng dạ dày.

- Khi có biến chứng rò miệng nối thì việc hút sonde dạ dày làm cho việc điều trị rò tốt hơn, giảm bớt khả năng mổ lại. Vì vậy PG được đưa ra như là một sự thay thế hiển nhiên cho PJ.

- Một điểm nữa là trong những trường hợp can thiệp bằng nội soi sẽ được thực hiện một cách dễ dàng, thậm chí có thể thực hiện cầm máu qua nội soi khi có biến chứng chảy máu miệng nối.

Về chỉ định nối tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch mạc treo trong cắt khối tá tụy. Chúng tôi đã có bài tổng kết các phương pháp chẩn đoán giai đoạn ung thư biểu mô tụy cuối thế kỷ 20[3]. Theo bài viết này, chống chỉ định của cắt khối tá tụy trong ung thư tụy khi u xâm lấn vào động mạch mạc treo tràng, di căn xa. Khi chưa có xâm lấn u vào động mạch mạc treo tràng trên, chưa có di căn phúc mạc, chưa di căn hạch xa thì còn chỉ định cắt và tạo hình tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa khi u xâm lấn vào hệ tĩnh mạch cửa và mạc treo tràng. Về mặt kỹ thuật, chỉ khi nào u xâm lấn tĩnh mạch cửa, mạc treo tràng trên với chiều dài hơn 4cm thì cần ghép tĩnh mạch. Kỹ thuật khó hơn khi tổn thương tại gốc tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Chúng tôi có 1 trường hợp u xâm lấn vào tĩnh mạch cửa đoạn 2 cm cắt tĩnh mạch cửa nối chỉ prolene 5/0 cho kết quả tốt. Bộc lộ rõ toàn bộ thân tĩnh mạch mạc treo tràng trên, kẹp lưu tĩnh mạch lách mạc treo tràng, tĩnh mạch cửa cũng như hạ gan bằng cắt các dây chằng treo gan, cắt mạc Told phải để giải phóng di động đại tràng phải là những động tác cơ bản trước khi tiến hành nối tĩnh mạch trong các trường hợp cắt đoạn tĩnh mạch mà chưa cần sử dụng mảnh ghép [3].

Để đánh giá mức độ xâm lấn của u vào hệ tĩnh mạch cửa, mạc treo tràng, phân loại của Nakao ở Nagoya Nhật Bản được chúng tôi ưa dùng. Type A tĩnh mạch bình thường. Type B một bờ tĩnh mạch không đều. Type C hai bờ tĩnh mạch không đều hoặc tĩnh mạch bị hẹp 2/3 khẩu kính. Type D hình ảnh cắt cụt hoặc tổn thương như Type C kèm theo có tuần hoàn phụ[7].

2. Tử vong và biến chứng sau cắt khối tá tụy.

Cắt khối tá tụy là phẫu thuật nặng trong các phẫu thuật về bụng. Trước đây cắt khối tá tụy có tỷ lệ biến chứng rất cao từ 40-60 % và tỷ lệ tử vong cũng rất cao có thể lên tới 20%. Cùng với đó là một tiên lượng rất xấu đặc biệt ở những bệnh nhân ung thư tụy, điều này dẫn tới một số phẫu thuật viên tiếp cận rất khó tới phẫu thuật này [5]. Tuy nhiên những năm gần đây nhờ vào sự hiểu biết bệnh lý tụy, tiến bộ khoa học kỹ thuật, trình độ phẫu thuật viên... tử vong và biến chứng sau DPC giảm đáng kể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có tử vong sau mổ. Tỷ lệ biến chứng thấp có 4 trường hợp chiếm 5%, không áp xe tồn dư, không rò tụy, không rò mật (bảng 7). Tỷ lệ biến chứng thấp là do chúng tôi tuân thủ chặt chẽ từng bước trong quá trình phẫu thuật. 12 bước thực hiện phẫu thuật cắt khối tá tụy đã được chúng tôi nêu cụ thể tại phần phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tại trung tâm viện trường Amsterdam, Hà Lan [5] gồm 300 bệnh nhân được cắt khối tá tụy và được chia làm 2 giai đoạn (giai đoạn 1 từ 10/1992 đến 12/1996, giai đoạn 2 từ 1/1997 đến 12/1999) với số lượng tương tự nhau (giai đoạn 1 có 149 bệnh nhân, giai đoạn 2 có 151 bệnh nhân) cho biết: số bệnh nhân tử vong sau mổ trong giai đoạn 1 là 1,3% (2 bệnh nhân), giai đoạn 2 là 0,7% (1 bệnh nhân). Biến chứng rò tụy giai đoạn 1 là 10% (15 bệnh nhân), giai đoạn 2 là 5% (8 bệnh nhân). Biến chứng rò mật tương ứng ở các giai đoạn là 1% (2 bệnh nhân) và 3% (5 bệnh nhân). Biến chứng chảy máu sau mổ ở các giai đoạn là 11% (16/149 bệnh nhân), và 5% (8/151). Số bệnh nhân phải mổ lại giai đoạn tương ứng là 17% (25 bệnh nhân) và 8% (12 bệnh nhân). Biến chứng chảy máu sau mổ của chúng tôi có 2,5% (2 trường hợp). Cả 2 trường hợp của chúng tôi chảy máu đều phải mổ lại để cầm máu.

Nghiên cứu của Gouma và cộng sự (từ 1/1983 đến 9/1992) [6] trên 163 bệnh nhân cắt khối tá tụy : tỷ lệ tử vong sau mổ 4,9% (8 bệnh nhân), tỷ lệ biến chứng 60% (97 bệnh nhân), rò tụy 10% (17 bệnh nhân), rò mật 6% (9 bệnh nhân), chảy máu sau mổ 14% (22 bệnh nhân), áp xe tồn dư 29% (48 bệnh nhân), biến chứng về hô hấp 17% (27 bệnh nhân), biến chứng về tim mạch 8% (13 bệnh nhân). Số bệnh nhân phải mổ lại trong nghiên cứu này 13% (22 bệnh nhân).

Nghiên cứu của các tác giả ở Johns Hopkins, Maryland (Mỹ) [4] trên 114 bệnh nhân được cắt khối tá tụy do ung thư vùng Vater chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 có 56 bệnh nhân không được nạo vét hạch sau phúc mạc và nhóm 2 có 58 bệnh nhân được nạo vét hạch sau phúc mạc cho biết : tỷ lệ tử vong nhóm 1 là 5,4% (3 bệnh nhân), nhóm 2 là 3,4% (2 bệnh nhân) ; tỷ lệ biến chứng nhóm 1 là 34%, nhóm 2 là 40% ; mổ lại nhóm 1 là 7%, nhóm 2 là 7% ; chậm nhu động ruột nhóm 1 là 4%, nhóm 2 là 16% ; rò tụy nhóm 1 là 7%, nhóm 2 là 10% ; nhiễm trùng vết mổ nhóm 1 là 7%, nhóm 2 là 9% ; áp xe tồn dư nhóm 1 là 7%, nhóm 2 là

7% ; rò mật nhóm 1 là 5%, nhóm 2 là 5% ; viêm đường mật nhóm 1 là 4%, nhóm 2 là 3% ; tụ nang bạch huyết nhóm 1 là 0%, nhóm 2 là 3%.

KẾT LUẬN

Qua phẫu thuật 79 trường hợp cắt khối tá tụy được thực hiện 12 bước với 0% tử vong, 0% rò tụy, chảy máu sau mổ 2,5%, chúng tôi thấy :

- Miệng nối tụy dạ dày là an toàn với điều kiện : khi lồng miệng nối tụy vào dạ dày mặt sau, miệng nối phải cách diện cắt dạ dày ít nhất 5cm. Diện mở mặt sau dạ dày để lồng tụy vào vừa đủ khít chặt để tránh phải khâu bớt diện mở dạ dày. Qua diện cắt dạ dày phải nhìn rõ mỏm tụy và ống wirsung nằm lồi vào trong lòng dạ dày. Nên khâu miệng nối tụy- dạ dày mũi rời, tránh làm rách nhu mô tụy khi xiết chỉ (nếu rách cân bổ xung mũi khâu prolène 3/0 hoặc 4/0).

- Cần kiểm tra tất cả diện bóc tách và cầm máu kỹ trước khi đóng bụng trong phẫu thuật cắt khối tá tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Thế Anh, Nguyễn Hoàng. Nền nối tụy- dạ dày hay nối tụy- ruột trong cắt khối tá tụy. Y học thực hành, 2009, 9 (678) : 69- 72.
2. Trịnh Hồng Sơn. Một số kỹ thuật trong mổ tiêu hóa. Y học thực hành, 2009, 8 (670) : 53- 57.
3. Trịnh Hồng Sơn. Các phương pháp chẩn đoán giai đoạn ung thư biểu mô tụy cuối thế kỷ 20. Y học thực hành, 2001, 10: 16-20.
4. Charles J. Yeo, MD, John L. Cameron, MD, Taylor A. Sohn, MD, JoAnn Coleman, RN, Patricia K. Sauter, RN, Ralph H. Hruban, MD, Henry A. Pitt, MD, and Keith D. Lillemoe, MD. Pancreaticoduodenectomy with or without extended retroperitoneal lymphadenectomy for periampullary adenocarcinoma. Annals of surgery, 1999, Vol 229, No.5, 613-624
5. Dirk J. Gouma, Rutger C.I. van Geenen, Thomas M. van Gulik, Rob J. de Haan, PhD Laurens T.de Wit, Olivieri R.C. Bruschi, Huug Obertop. Rates of complications and Death after pancreaticoduodenectomy : Risk factors and impact of hospital volume. Annals of surgery, 2000, Vol 232, No, 6, 786-795
6. Gouma DJ, Nieveen van Dijkum EJ, Obetop H. The standard diagnostic work – up and surgical treatment of pancreatic head tumours. Eur J Surg Oncol 1999 ; 25 :113-123
7. Nakao A, Harada A, Nonami T, Kaneko T, Inoue S, Takagi H. Clinical significance of portal invasion by pancreatic head carcinoma. Surgery, 1995, 3 :50-55.
8. Traverso LW, Longmire WP Jr. Preservation of the pylorus in pancreaticoduodenectomy. Surg. Gynecol. Obstet, 1978 ; 146 : 959- 962.
9. Tripodi A.M, Sherwin C.F. Experimental transplantation of the pancreas into the stomach. Arch. Surg, 1934, 28 : 345
10. Watsons K. Carcinoma of the ampullary of Vater. Successful radical resection. Br Surg 1944, 31: 368-73.