

nhân đái tháo đường. Khi bệnh nhân đái tháo đường đã xuất hiện MAU thì vấn đề kiểm soát đường máu cần phải được quan tâm hơn nhằm hạn chế sự tiến triển tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 [8]. Nghiên cứu của N Pasko và cộng sự (2013) cho thấy kiểm soát kém đường máu là yếu tố nguy cơ độc lập cho sự xuất hiện MAU (OR: 4,51, CI95%: 1,45-13,98). Nghiên cứu của Aneesah AIFehaid (2017) cho thấy MAU (+) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có liên quan đến sự kiểm soát đường máu [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ MAU (+) ở bệnh nhân đái tháo đường cao. Thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường typ 2, vòng bụng tăng, tăng huyết áp, chỉ số HDL-C giảm và kiểm soát đường máu kém là các yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Oân (2007)**, Đái tháo đường và điều trị, Nhà xuất bản Y học.
2. **Trần Xuân Trường, Nguyễn Chí Dũng (2008)**, Nghiên cứu nồng độ microalbumin niệu chẩn đoán sớm biến chứng thận trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2, Tạp chí Y học thực hành, 1 (594 +

595): 34-37.

3. **Nguyễn Khoa Diệu Vân (2006)**, Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị tích cực để hạn chế các yếu tố nguy cơ đối với bệnh lý mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mới phát hiện, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Afkhami-Ardekani M, Modarresi M, Amirchaghmaghi E (2008)**, Prevalence of microalbuminuria and its risk factors in type 2 diabetic patients, Indian J Nephrol, 18(3): 112-117.
5. **Aneesah AIFehaid (2017)**, Prevalence of microalbuminuria and its correlates among diabetic patients attending diabetic clinic at National Guard Hospital in Alhasa, Journal of Family and Community Medicine, 24 (1).
6. **Molefe-Baikai OJ, M Molefi, F Cainelli, GM Rwegerera (2018)**, The prevalence of microalbuminuria and associated factors among patients with type 2 diabetes mellitus in Botswana, Original Article, 21(11).
7. **Pasko N, F Toti, A Strakosha, E Thengjilli (2013)**, Prevalence of microalbuminuria and risk factor analysis in type 2 diabetes patients in Albania: the need for accurate and early diagnosis of diabetic nephropathy, Hippokratia, 17(4): 337-341.
8. **Rabie E, EI Bahansy, Omaima A. Mahrous, Mahmod E. Abu Salen (2013)**, The role of microalbuminuria in population screening for chronic kidney disease in an Egyptian village, Original Article, 26(1): 18-22.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUY BẢO TỒN MÔN VỊ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị điều trị bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng và quanh bóng Vater tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 75 trường hợp được mổ cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2015 đến 2020. **Kết quả:** 75 trường hợp bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng và quanh bóng Vater bao gồm 49 nam và 26 nữ, độ tuổi trung bình là 56,5 đã được phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị trong đó u đầu tụy là 41,3%, u Vater là 40%, u phần thấp ống mật chủ là 14,7%, u tá tràng là 4,0 %. Thời gian mổ trung bình là 265,5±32,3 phút, Thời gian nằm viện sau mổ là 12,7 ± 4,8 ngày. Tỷ lệ tử vong sau mổ là 4,0 % do rò miệng nối tụy ruột. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 18,6% trong đó rò mật là 5,3%, chậm lưu thông dạ dày là

6,6%, áp xe tồn dư là 2,6%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị là một kỹ thuật hiệu quả an toàn rút ngắn thời gian phẫu thuật, không có hội chứng sau cắt đoạn dạ dày, phục hồi sau mổ nhanh. Rò tụy vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong sau mổ, chuẩn bị trước mổ tốt, kinh nghiệm của phẫu thuật viên là yếu tố làm giảm tỉ lệ biến chứng.

Từ khóa: cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị, cắt khối tá tụy.

SUMMARY

PYLORUS PRESEVING PANCREATICODUODENECTOMY AT BACH MAI HOSPITAL

Subject: Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy. **Aims:** the results of Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy for diseases of the head of pancreas and periampulla at Bach Mai hospital. **Material and methods:** descriptive retrospective study of 75 patients were underwent pylorus preserving pancreaticoduodenectomy at the General Surgery Department, Bach Mai Hospital in the period from 2015 – 2020. **Results:** 75 cases with diseases of the head pancreas

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng
Email: tranmanhhungngoaimb@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.01.2021
Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021
Ngày duyệt bài: 8.3.2021

and periampullary area that male/female 49/26 and mean age: 56,5 (26- 80). In 75 patients that Pylorus preserving pancreatic coduodenectomy were performed, there are tumor of pancreatic head 31 cases (41,3%), of Vater ampullary 30 cases (40%) of the lower common bill duct 11 cases (14,7%), of the duodenum 3 cases (4,0%) . The mean operative time was 265 ±32,3 minutes, the mean hospital stay was 12,7 days. The perioperative mortality rate was 4,0 % due to pancreatic fistula. The perioperative morbidity rate was 18,6%. among those biliary fistula 5,3%, delayed gastric emptying 6,6% and abscess intrabdoment 2,6%. **Conclusion:** Pylorus-preserving pancreatic coduodenectomy is a safe technique to shorten surgery time, do not have post-gastrointestinal syndrome, fast recovery after surgery. Pancreatic fistula was major problem with mortality after Pylorus preserving pancreatic coduodenectomy. Pre- op preparation with good selected cases and expert surgeon could help to reduce the perioperative morbidity rate.

Key words: Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy; pancreticoduodenectomy Traverso-longmire.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt khối tá tụy là một phẫu thuật lớn, phức tạp, mặc dù tỷ lệ tử vong được báo cáo là dưới 5% đối với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm tuy nhiên tỷ lệ biến chứng là vào khoảng 15 - 30%, làm kéo dài thời gian nằm viện, phẫu thuật lại và tử vong, trong đó rò tụy vẫn là biến chứng nặng và nguy hiểm được các phẫu thuật viên quan tâm. Tại Việt Nam các nghiên cứu chủ yếu tập trung về phẫu thuật cắt khối tá tụy kinh điển (Whipple), còn rất ít các nghiên cứu về phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị: Nguyễn Minh Hải (2003), Văn Tân (2004) nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị. Tại Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị cho nhiều trường hợp đạt kết quả tốt. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị tại Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý khối u vùng đầu tụy tá tràng dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

+ Được phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị

+ Hồ sơ, bệnh án đầy đủ thông tin.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân phẫu thuật cắt khối tá tụy theo phương pháp kinh điển (Whipple).

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả bao gồm hồi cứu và tiền cứu.

Chọn mẫu thuận tiện: Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Các chỉ tiêu đánh giá kết quả. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật; Thời gian phẫu thuật (phút), thời gian nằm viện, tử vong sau mổ (ngày); Biến chứng sau mổ như: Chảy máu sau mổ, chậm thoát lưu dạ dày, rò tụy, rò tiêu hóa, rò mật, áp xe tồn dư, nhiễm trùng vết mổ, viêm tụy cấp sau mổ, viêm phổi.

Kết quả gần chia làm 3 loại mức độ: (1) Tốt là BN ra viện và không có biến chứng nào cho đến khi ra viện; (2) Trung bình là BN ra viện và có biến chứng nhưng điều trị khỏi, ổn định; (3) Xấu là BN tử vong hậu phẫu tại viện hoặc được xác nhận tình trạng nặng gia đình ký bệnh án xin về.

Kết quả xa: Thời gian sống thêm sau mổ dự đoán theo Kaplan – Meier

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 75 đối tượng nghiên cứu, 49 nam (63,6%) cao hơn 26 nữ (36,4%). Tuổi trung bình là 56,5±12,3 (nhỏ nhất: 16 tuổi, lớn nhất: 80 tuổi). Trong đó chẩn đoán trước mổ là u Vater 30 trường hợp (40%), u đầu tụy 28 trường hợp (37,3%), u phần thấp ống mật chủ 13 trường hợp (17,3%), u tá tràng 4 trường hợp (5,4%).

Lập lại lưu thông tiêu hóa: tụy ruột, mật ruột, tá hồng tràng trên cùng một quai ruột trong đó miệng nối tụy ruột và mật ruột ở phía trên mạc treo đại tràng ngang, miệng nối tá hồng tràng ở phía dưới mạc treo đại tràng ngang. Miệng nối tụy ruột tận – tận 18TH (24,0%), tận – bên 57TH (76,0%), các miệng nối mật ruột, tá hồng tràng tận – bên ở 100% các TH

Bảng 3.1. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật (n=75)

Hình ảnh		n = 75	Tỉ lệ (%)
U lành tính (n=25)	U vater loạn sản độ thấp	4	5,3
	U Gist tá tràng	2	2,7
	U đầu tụy dạng nang	4	5,3
	U đầu tụy đặc giả nhú	2	2,7
	Viêm tụy mạn	11	14,7
	U nhầy nhú vater	2	2,7
U ác tính	U tá tràng	1	1,3
	U đầu tụy	14	18,6

(n=50)	U phần thấp OMC	11	14,7
	U vater	24	32,0

Kết quả giải phẫu bệnh là ác tính 50 TH (66,6%), lành tính 25TH (33,4%) trong đó u đầu tụy và bóng Vater hay gặp nhất (41,3 và 40%)

Bảng 3.2. Thời gian phẫu thuật và nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)	Thời gian trung bình
Phẫu thuật (phút)	180-239	38	50,7	265,5±32,3 (180 - 310)
	240-300	27	36,0	
	>300	10	13,3	
Nằm viện (ngày)	7 - 10	37	49,3	12,7±4,8 (7-31)
	11 - 15	29	38,7	
	>15	9	12,0	

Thời gian phẫu thuật trung bình là 265,5±32,3 phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 180 phút, lâu nhất là 310 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 11,7±4,8 (ngày), thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 (ngày), nhiều nhất là 31 (ngày).

Bảng 3.4. Mối liên quan của các yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng chậm lưu thông dạ dày (n=75)

Các yếu tố		Biến chứng chậm thoát lưu dạ dày					
		Tổng	Không		Có		P
			n	%	n	%	
Chảy máu ống tiêu hóa	Có	2	1	50,0	1	50,0	>0,05
	Không	73	70	95,9	3	4,1	
Dò miệng nổi tụy	Có	5	1	20,0	4	80,0	<0,001
	Không	70	69	98,6	1	1,4	
Dò miệng nổi mật ruột	Có	4	2	50,0	2	50,0	>0,05
	Không	71	68	95,8	3	4,2	
Viêm tụy sau mổ	Có	1	1	100,0	0	0,0	>0,05
	Không	74	69	93,2	5	6,8	
Ổ đọng dịch sau mổ	Có	2	1	50,0	1	50,0	>0,05
	Không	73	69	94,5	4	5,5	
Viêm phổi	Có	1	1	100,0	0	0,0	>0,05
	Không	74	70	94,6	5	5,4	

*: Kiểm định Fisher's exact test

Nhận xét: Tỷ lệ có chậm thoát lưu dạ dày ở nhóm có biến chứng dò miệng nổi tụy cao hơn nhóm không có biến chứng với $p < 0,001$. Không mối liên quan giữa biến chứng chậm thoát lưu dạ dày và các yếu tố như: chảy máu ống tiêu hóa, dò miệng nổi mật ruột, viêm tụy sau mổ, ổ đọng dịch sau mổ và viêm phổi ($p > 0,05$).

Đánh giá chung tình trạng sức khỏe khi ra viện

Bảng 3.5. Kết quả điều trị khi ra viện (n=75)

Kết quả điều trị khi ra viện	n = 75	Tỉ lệ (%)
Tốt	58	77,4

Bảng 3.3. Các biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	Tỉ lệ (%)
Có từ một biến chứng trở lên	14	18,6
Chảy máu sớm	1	1,3
Chảy máu muộn (Rò tụy)	1	1,3
Chảy máu ống tiêu hóa	2	2,6
Dò miệng nổi tụy	3	4,0
Dò miệng nổi mật ruột	4	5,3
Viêm tụy sau mổ (rò tụy)	1	1,3
Ổ đọng dịch sau mổ	2	2,6
Nhiễm trùng vết mổ	6	8,0
Viêm phổi	1	1,3
Chảy máu vết mổ	2	2,6
Chậm lưu thông dạ dày	5	6,6
Tử vong	3	4,0
Không có biến chứng	58	81,4

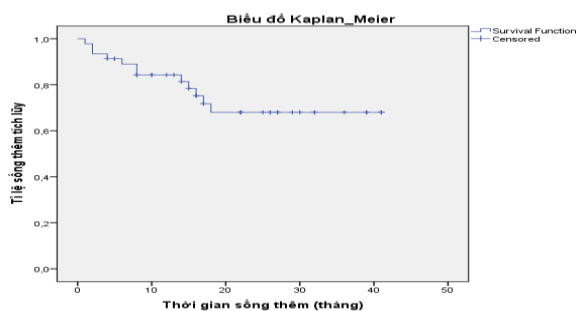
Tỷ lệ có biến chứng nói chung là 18,6%. Trong đó, biến chứng nhiễm trùng vết mổ và biến chứng chậm lưu thông dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt là 8,0 và 6,6%).

Khá	14	18,6
Xấu	3	4,0

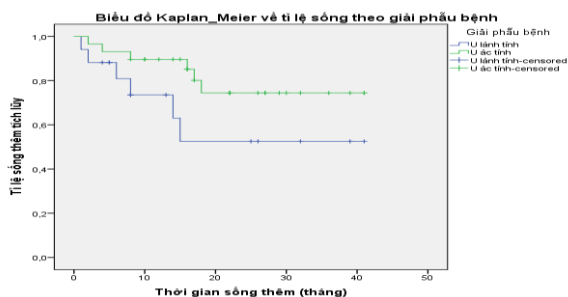
Nhận xét: Phần lớn kết quả điều trị khi ra viện là mức độ tốt (77,4%), tiếp đến là khá (18,6%) và thấp nhất là xấu (4,0%).

Bảng 3.6. Thời gian sống trung bình dự đoán theo Kaplan – Meier (n=75)

	n = 75	Trung bình	SE	95%CI
Thời gian sống (tháng)	75	31,2	2,4	26,7-32,9



A



B

Biểu đồ 3.1. Biểu diễn thời gian sống thêm dự đoán theo Kaplan-Meier

A: Thời gian sống thêm toàn bộ; B: Thời gian sống thêm theo giải phẫu bệnh

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật mở bụng ở đường trắng giữa trên dưới rốn cho tất cả các trường hợp trong nghiên cứu, thăm dò đánh giá tổn thương, xác định vị trí u, mức độ xâm lấn của khối u, di căn hạch, các tổn thương phối hợp, khả năng cắt bỏ của khối u. Nghiên cứu cho thấy tận suất các khối u được xác định khi thực hiện phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị thuộc về đầu tụy và bóng Vater là cao nhất, tiếp đến u ở phần thấp ống mật chủ, ít nhất là ở tá tràng. (bảng 3.1). Phân chia theo tính chất khối u cho thấy tỷ lệ u ác tính 50 TH (66,6%) cao hơn u lành tính 25 TH (33,4%). Trong các loại u lành tính, chủ yếu phát hiện viêm tụy mạn 11 TH (14,7%) có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng còn lại là các u dạng nang hay giả như đầu tụy, u Vater nhầy nhú, loạn sản là các đối tượng được khuyến cáo nên cắt bỏ vì khả năng ác tính rất cao. Trong các u ác tính, chủ yếu phát hiện ung thư bóng vater (32,0%), ung thư đầu tụy (18,6%), ung thư phần thấp ống mật chủ (14,7%), ít gặp nhất là ung thư tá tràng.

Nghiên cứu của Gouma và cộng sự trong số 163 trường hợp cắt khối tá tụy có 62 bệnh nhân (38%) u bóng Vater, 51 trường hợp (31%) có khối u vùng đầu tụy, 33 bệnh nhân (20%) là u

phần thấp ống mật chủ, 4 trường hợp (2%) tổn thương nằm ở vị trí khác [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Hải ở 101 trường hợp cắt đầu tụy tá tràng có ung thư Vater 55 TH (54,4%), ung thư đầu tụy 36 TH (35,6%), ung thư tá tràng 7 TH (7,0%), khác 3TH (3,0%) [1]. Như vậy cũng như kết quả nghiên cứu khác, đặc điểm bệnh lý chỉ định cắt khối tá tụy của chúng tôi có 4 tổn thương chính có thể gặp là u đầu tụy, u bóng Vater, u phần thấp ống mật chủ, u tá tràng.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 265 ± 32 phút (180 – 310 phút) So sánh với các tác giả Văn Tần có thời gian mổ trung bình là 250 phút, Nguyễn Minh Hải có thời gian mổ trung bình là 270 phút thì thời gian phẫu thuật của chúng tôi là tương đương [2],[1]. Nghiên cứu của Khe T.C. ở 87 bệnh nhân cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị có thời gian mổ trung bình là 300 phút dài hơn so với thời gian trung bình của chúng tôi tuy nhiên thời gian ngắn nhất của tác giả này chỉ 130 phút và thời gian dài nhất là 600 phút là các TH cần cắt nối tĩnh mạch cửa, hay tĩnh mạch mạc treo tràng [5].

Thời gian nằm viện trung bình của chúng tôi là 12,7± 4,8 (ngày). So sánh với các nghiên cứu khác có thời gian nằm viện cũng có sự thay đổi. Khe T.C. có thời gian nằm viện sau mổ là 18 ngày, Văn Tần có thời gian nằm viện sau mổ là 17 ngày [5], [2], cũng như các tác giả chúng tôi cho rằng phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị có thời gian mổ ngắn hơn so với nhóm không bảo tồn môn vị.

Biến chứng và tử vong sau mổ được trình bày ở bảng 3.3. Trong nghiên cứu có 3 BN tử vong (4,0%) do mổ lại trong đó 1 TH chảy máu sớm sau mổ, 2 TH rò tụy sau mổ. 14 BN (18,6%) có biến chứng, nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ 6 BN (8,0%), rò miệng nối mật ruột 4 BN (5,3%), chàm thoát lưu da dày 5 BN (6,6%), viêm tụy cấp sau mổ 1 BN (1,3%).

Sử dụng phân loại giai đoạn chảy máu sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng theo hiệp hội nghiên cứu quốc tế về tụy (2011) để đánh giá và theo dõi biến chứng này trong nghiên cứu của mình, chúng tôi thấy điều quan trọng nhất để giảm biến chứng chảy máu là phải cầm máu kỹ diện cắt tụy, không nên đốt điện mà phải khâu cầm máu hoặc dùng dao siêu âm để cắt eo tụy, nối tụy ruột tân bên cũng là biện pháp để hạn chế chảy máu ở diện cắt tụy; ngoài ra các mạch máu nhỏ thuộc các nhánh bên của TM cửa, TM mạc treo tràng trên hay các nhánh của mạc treo hông tràng nên buộc bằng chỉ không nên đốt cầm máu. Một bệnh nhân chảy máu sớm sau mổ

trong nghiên cứu của chúng tôi có nguyên nhân chảy máu từ nhánh của động mạch mạc treo hông tràng cũng có thể do trong quá trình cầm máu phẫu thuật viên đốt cầm máu hoặc buộc chỉ không tốt.

Chúng tôi có 3 bệnh nhân (4,0%) rò miệng nối tụy hông tràng vào ngày thứ 5 đến 7 sau phẫu thuật trong đó 1 TH được điều trị nội khoa, kết quả hết rò ra viên, 2 TH mổ lại, tử vong. Trên thực tế lâm sàng, các phẫu thuật viên về tụy đều cho rằng biến chứng rò miệng nối tụy sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng thường diễn biến rất nặng nề, phức tạp, điều trị khó khăn, đây cũng là nguyên nhân gây tử vong sau phẫu thuật đến 50%. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến rò miệng nối tụy tiêu hóa bao gồm: yếu tố nguy cơ ở tụy (cấu trúc nhu mô tụy, bệnh lý tụy, máu nuôi dưỡng mòm tụy, dịch tụy, kích thước ống tụy); yếu tố người bệnh (tuổi, giới và tình trạng tắc mật trước phẫu thuật) và cuối cùng là yếu tố trong phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, kỹ thuật nối tụy tiêu hóa và đặt stent ống tụy hoặc không). Hiện nay một quy trình chung được chúng tôi thực hiện đó là nối tụy ruột tận bên 2 lớp kèm theo dẫn lưu ống tụy, đặc biệt được chú ý với những trường hợp ống tụy không giãn chính vì vậy mà tỉ lệ rò tụy của chúng tôi đã giảm nhiều.

Biến chứng ứ trệ dạ dày có 5TH (6,6%). 5 BN này đều có nhiều hơn một biến chứng như: viêm tụy cấp sau mổ, chảy máu muôn, rò tụy... Cả 5 BN đều có biểu hiện nôn ra dịch mật hoặc thức ăn cũ sau khi đã rút sonde dạ dày để nuôi dưỡng bằng đường miệng; chúng tôi phải đặt lại sonde dạ dày để giảm áp lực và nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, 3 TH mổ lại vì rò tụy và chảy máu muôn nặng lên, 2 TH cải thiện triệu chứng tốt và điều trị bảo tồn thành công, không có TH nào phải mổ lại vì ứ trệ dạ dày. Như vậy bảo tồn môn vị không phải là lý do gây ứ trệ dạ dày [6], [7], [8]. Biến chứng này chỉ xảy ra ở bệnh nhân có một biến chứng khác nữa sau cắt khối tá tụy (bảng 3.4). Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra phương pháp phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị cho hiệu quả an toàn rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm mất máu trong mổ, không có hội chứng sau cắt đoạn dạ dày, phục hồi sau mổ nhanh với kết quả tốt là 77,4%; trung bình là 18,6%; xấu là 4% (bảng 3.5)

Theo dõi ở thời điểm hiện tại 65 trường hợp có 40 trường hợp còn sống (61,5%), tử vong 25 trường hợp (38,5%) và có 22 trường hợp còn sống sau 5 năm (33,8%), 15 bệnh nhân tử vong trước 2 năm. Thời gian sống thêm sau mổ dự

đoán theo Kaplan – Meier là 31,2 tháng. Chúng tôi thấy rằng thời gian sống thêm sau mổ phụ thuộc vào nhiều yếu tố: bản chất của khối u, độ biệt hóa của tế bào, di căn hạch, điều trị hóa chất phối hợp, nhiễm trùng cơ hội do đài đường suy tụy... tuy vậy phẫu thuật vẫn là giải pháp an toàn và hiệu quả cho các khối u vùng đầu tụy tá tràng và quanh bóng Vater khi còn chỉ định

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị chỉ định tốt cho các TH tổn thương vùng đầu tụy tá tràng chưa xâm lấn môn vị, là phẫu thuật lớn và khó đòi hỏi phải có những chỉ định phẫu thuật chặt chẽ, phẫu thuật viên phải có kỹ thuật tinh thông thành thạo. Kết quả sớm cho thấy đây là một kỹ thuật hiệu quả an toàn rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm mất máu trong mổ, không có hội chứng sau cắt đoạn dạ dày, phục hồi sau mổ nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung, Hồ Sĩ Minh, Đoàn Tiên Mỹ, Hồ Cao Vũ (2004) "phẫu thuật cắt khối tá tụy cho bệnh lý đầu tụy và quanh như Vater tại bệnh viện Chợ Rẫy trong 6 năm 101 trường hợp" Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 8, tr 113- 118.
2. Văn Tận, Lê Bá Hùng (2015), "chỉ định và lợi ích phẫu thuật Whipple cải tiến điều trị bệnh lý vùng mật – tụy – tá tràng", Y học thành phố Hồ Chí Minh
3. Diener MK, Fitzmaurice C, Schwarzer G et al (2015), "Pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy (ppWhipple) versus pancreaticoduodenectomy (classicWhipple) for surgical treatment of periampullary and pancreatic carcinoma", The Cochrane Library, 11, 1-58.
4. Gouma DJ, Nieveen van Dijkum EJ, Obetop H (1999), "The standard diagnostic work - up and surgical treatment of pancreatic head tumors", Eur j Surg Oncol, 25,113 – 123
5. Khe T.C. Tran, Hans G. Smeenk, Casper H. J. Van Eijck, et al (2004), "pylorus preserving pancreaticoduodenectomy versus standard Whipple procedure" Annals of Surgery, 5, 240, 738 – 745.
6. Malleo G., Crippa S., Butturini G. et al (2010). Delayed gastric emptying after pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy: validation of International Study Group of Pancreatic Surgery classification and analysis of risk factors. HPB, 12(9), pp. 610-618.
7. Traverso L.W. (1980). "Preservation of the pylorus in pancreaticoduodenectomy: a follow up evaluation", Vol. 192, pp. 306-311
8. Tran K.T., Smeenk H.G., van Eijck C.H. et al (2004). Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy versus standard Whipple procedure: a prospective, randomized, multicenter analysis of 170 patients with pancreatic and periampullary tumors. Annals of surgery, 240(5), pp. 738.