

CHE PHỦ DIỆN CẮT TỤY BẰNG TĨNH MẠCH LÁCH TRONG TRƯỜNG HỢP CẮT LÁCH, THÂN ĐUÔI TỤY

TRỊNH HỒNG SƠN, NGUYỄN THẾ SÁNG, NGUYỄN HOÀNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau cắt lách, thân đuôi tụy do chấn thương hoặc do khối u, diện cắt tụy thường được khâu kín hoặc đưa quai ruột non lên nối tụy ruột để tránh rò tụy.

Ngày 21.1.2013 chúng tôi sau khi cắt lách, thân đuôi tụy cho 1 bệnh nhân u thân đuôi tụy, đã dùng 1 đoạn tĩnh mạch lách che phủ diện cắt tụy.

Chúng tôi thông báo trường hợp này hy vọng góp thêm một kỹ thuật nhỏ che phủ diện cắt tụy tránh rò tụy sau cắt lách, thân đuôi tụy.

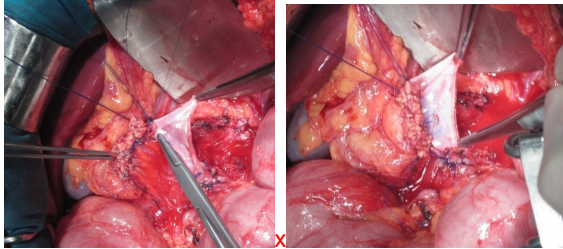
THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Bệnh án có mã số 1759/2013. Bệnh nhân Nguyễn Thị H, 28 tuổi, dân tộc Kinh, nghề tự do, ở Đội 4, Khánh thịnh, An hồng, Hải phòng. Nhập bệnh viện (BV) Việt Đức ngày 18 tháng 01 năm 2013 vì đau bụng vùng trên rốn. Bệnh nhân (BN) đau bụng âm ỉ vùng trên rốn khoảng 3 năm nay, không đi khám, mấy ngày trước khi đến viện đau nhiều hơn, kèm theo buồn nôn, mệt mỏi. Đến phòng khám Điện Biên Phủ - Hải phòng siêu âm, chụp cộng hưởng từ nghi ngờ u đuôi tụy, chuyển vào BV Việt tiếp Hải Phòng, tiếp tục được chuyển BV K Trung Ương rồi chuyển sang BV Việt Đức. Tiền sử khỏe mạnh, không tăng huyết áp, không đái tháo đường. Thăm khám lâm sàng: BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt, thể trạng trung bình, da và niêm mạc mắt không vàng, hạch ngoài vi không to. Mạch: 80 lần/phút; nhiệt độ 36.5; huyết áp: 120/70 mmHg; thở 18 lần/phút, bụng mềm, ấn đau tức vùng thượng vị, không sờ thấy khối, gan mật không to, không thấy tuần hoàn bàng hệ.

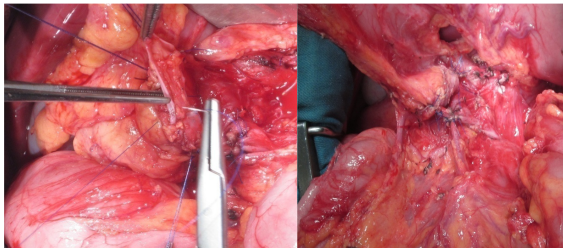
Cận lâm sàng: Nhóm máu O, các xét nghiệm sinh hóa máu trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm chất chỉ điểm khối u: AFP: 1ng/ml; CEA: 1 ng/ml; CA19-9: 33U/ml; Các test: HIV, HbSAg, HCV đều âm tính. Ngoài ra các chỉ số khác trong giới hạn bình thường. Siêu âm tại BV K Trung ương (17.01.2013): vùng đuôi tụy có khối kích thước 42x48 mm, các tạng khác không phát hiện tổn thương. Chẩn đoán u vùng đuôi tụy. Trên phim chụp cắt lớp vi tính tại BV K Trung ương (17.01.2013): tụy nhu mô vùng đầu kích thước bình thường, vị trí vùng thân đuôi tụy bờ không đều,

về phía tiếp xúc nhu mô tụy vùng đầu có hình ảnh khối tổn thương tỷ trọng mô mềm kích thước 46x38mm, ít ngấm thuốc cản quang sau tiêm, khối đẩy mạnh tĩnh mạch lách ra sau. Kết luận: hình ảnh tổn thương sau phúc mạc nghi nhiều tới tổn thương liên quan đến thân- đuôi tụy hơn là tổn thương hạch sau tụy. BN đã được khám tại BV Việt Đức, hội chẩn mổ phiến với chẩn đoán: U thân tụy. Dự kiến: cắt lách thân đuôi tụy. BN được phẫu thuật ngày 21/01/2013, thời gian mổ: từ 16h15' đến 18h45' ngày 21.01.2013. Phẫu thuật viện: Trịnh Hồng Sơn. Cách thức mổ: mở bụng đường trắng giữa trên rốn kéo dưới rốn, ổ bụng khô, gan 2 thùy hồng đẹp, không có u, không xơ, túi mật và cuống gan bình thường. Dạ dày, ruột non, đại tràng không có gì đặc biệt. Tử cung phần phụ bình thường. Vùng thân tụy có khối chắc, máu mận chín, đường kính 4x6 cm vượt qua bờ phải tĩnh mạch cửa. Tĩnh mạch lách đoạn hợp lưu tĩnh mạch mạc treo tràng dưới dính chặt vào u. U chưa xâm lấn động mạch mạc treo tràng trên. Chẩn đoán trong mổ: U thân tụy nhiều khả năng u đặc giả nhú. Xử trí: Cắt lách thân đuôi tụy cùng u thành khối, tạo hình tĩnh mạch lách che phủ diện cắt tụy. Cụ thể: làm động tác Kocher, bộc lộ động mạch mạc treo tràng trên, di động lách thân đuôi tụy ra ngoài ổ bụng. Bộc lộ tam giác THS và bờ dưới eo tụy, bộc lộ động mạch lách, thắt và cắt động mạch lách tận gốc, dẫn máu từ lách về hệ tuần hoàn qua tĩnh mạch lách. Khâu kín tĩnh mạch lách sát chỗ đổ của tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. Cắt lách thân đuôi tụy. Khâu diện cắt tụy bằng các mũi chữ U vicryl 3/0. Giữ đoạn tĩnh mạch lách từ chỗ thắt (sát với hợp lưu tĩnh mạch mạc treo tràng dưới) tới rốn lách, đoạn đủ dài che phủ diện cắt tụy. Mở dọc tĩnh mạch lách tạo vạt che phủ. Sau đó, khâu che phủ diện cắt tụy bằng đoạn tĩnh mạch lách đã bóc dọc dài khoảng 5 cm, chỉ prolene 5/0 khâu vắt với bao tụy mặt sau rồi mặt trước. Toàn bộ diện cắt tụy được phủ kín bởi vạt tĩnh mạch lách (Hình ảnh minh họa). Cầm máu kỹ diện bóc tách, đặt 3 dẫn lưu hố lách, lau bụng, đóng bụng hai lớp. Hậu phẫu ổn định: trung

tiện ngày thứ 3, các dẫn lưu hố lách và rút hết vào ngày thứ 7. Kết quả giải phẫu bệnh (hóa mô miễn dịch): U đặc giả nhú. BN ra viện 30.1.2013 (ngày thứ 9 sau mổ) thể trạng tốt, không sốt, vết mổ khô, bụng mềm, đi lại và ăn uống bình thường.



Đường khâu vết mổ sau diện cắt tụy



Đường khâu vết mổ trước diện cắt tụy

BÀN LUẬN

1. Biến chứng rò tụy sau cắt tụy: định nghĩa và phân loại quốc tế

Rò tụy là một trong các biến chứng có thể gặp sau mổ cắt tụy với tỷ lệ khác nhau tùy từng nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu quốc tế [1] về định nghĩa rò tụy (ISGPF: International Study Group on Pancreatic Fistula Definition) gồm các phẫu thuật viên có kinh nghiệm phẫu thuật tụy tạng ở các trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới (Mỹ, Pháp, Ý, Nhật, Đức, Anh,...) đã thống nhất định nghĩa rò tụy sau mổ (POPF: Postoperative pancreatic fistula) như sau: POPF do bục miệng nối tụy ruột hoặc thoát dịch tụy từ nhu mô tụy bị tổn thương không liên quan tới miệng nối. Dịch rò qua dẫn lưu ổ bụng từ ngày thứ 3 sau phẫu thuật với nồng độ amylaza gấp 3 lần trong huyết thanh bệnh nhân. Rò tụy được phân 3 mức độ (Grade) dựa vào tình trạng lâm sàng; phát hiện trên siêu âm, cắt lớp; phương thức điều trị; thời gian đặt dẫn lưu; mổ lại hay không; tử vong có thể liên quan tới rò hay không; dấu hiệu nhiễm trùng; nhiễm khuẩn huyết; nhập viện lại. Cụ thể:

Grade	A	B	C
Lâm sàng	Tốt	Thường tốt	Xấu
Điều trị đặc hiệu (nuôi dưỡng tĩnh mạch hoặc qua mở thông hồng tràng, kháng sinh...)	Không	Có hoặc không	Có
Siêu âm, cắt lớp	Không	Không hoặc có	Có
Thời gian rò	<3 tuần	>3 tuần	>3 tuần
Mổ lại	Không	Không	Có

Tử vong có liên quan tới rò	Không	Không	Có thể
Dấu hiệu nhiễm trùng	Không	Có	Có
Nhiễm khuẩn huyết	Không	Không	Có
Nhập viện lại	Không	Có hoặc không	Có hoặc không

2. Nguyên nhân và các biện pháp để phòng rò tụy sau cắt lách, thân đuôi tụy

Sau cắt lách, thân và đuôi tụy biến chứng rò tụy có thể xảy ra tại mồm tụy. Theo chúng tôi, các nguyên nhân có thể gây rò tụy được thống kê dưới đây:

- Ống tụy chính không được khâu kín: rất nhiều trường hợp không thể tìm thấy ống tụy chính tại diện cắt. Phẫu thuật viên thường trú trọng tới khâu cầm máu và bỏ sót khâu kín ống tụy tại diện cắt tụy.
- Đóng mồm cắt tụy không kín: trong những trường hợp nhìn rõ ống tụy và đã khâu kín ống tụy nhưng phẫu thuật viên lại không khâu kín diện cắt nhu mô tụy, do vậy vẫn có thể gây rò tụy từ nhánh nhỏ ở nhu mô diện cắt tụy.
- Rách nhu mô tụy ở diện đóng mồm tụy do kim chỉ to, xiết chỉ quá chặt. Nhu mô tụy nhiều khi rất mềm, dễ rách khi khâu kim to, buộc chỉ xiết quá mạnh tay. Vì vậy, chúng tôi thường khâu chỉ prolene 3/0 cỡ U có tựa vào bao tụy hoặc khâu chỉ prolene 4/0 từng mũi tại diện cắt tụy.

- Đặt dẫn lưu cạnh mồm cắt tụy không hiệu quả và rút dẫn lưu sớm theo chúng tôi cũng là nguyên nhân gây rò tụy. Đặt dẫn lưu tốt diện cắt tụy làm dịch đọng trong khi phẫu thuật (dịch máu, dịch tụy, dịch bạch huyết...) thoát ra ngoài không gây ổ tồn dư nhiễm trùng làm bục mồm đóng tụy. Chúng tôi thường sử dụng 3 dẫn lưu có kích thước khác nhau đặt vào vùng hố lách, mồm cắt tụy và thường rút muộn (sau 7 ngày).

Nói tóm lại có nhiều cách đã được đề cập để phòng tránh rò tụy sau cắt thân đuôi tụy:

- Cần tìm và đóng riêng ống tụy chính rồi mới khâu mồm tụy
- Nên dùng chỉ Prolene, chỉ liên kim, kim tròn, kích thước nhỏ để khâu tụy
- Đặt dẫn lưu tốt tránh áp xe tồn dư hoặc nếu rò có thể tự liền
- Có thể đưa quai hồng tràng lên nối với mồm tụy còn lại kiểu Roux- en Y. (Tuy nhiên phương pháp này cần làm 2 miệng nối: tụy ruột và chân quai chữ Y).

Bệnh án chúng tôi nêu trên với kỹ thuật mới: tạo hình tĩnh mạch lách che phủ diện cắt tụy sau mổ cắt lách thân đuôi tụy. Kỹ thuật này chưa thấy mô tả trong y văn. Cần lưu ý khi dùng tĩnh mạch lách để tạo hình thì trong quá trình phẫu tích cố gắng thắt các nhánh bên nếu có để đảm bảo diện tạo hình kín. Tất nhiên kỹ thuật của chúng tôi chỉ thực hiện được khi phải cắt cả lách trong phẫu thuật cắt thân đuôi tụy, đồng thời phẫu thuật viên biết cách phẫu tích bóc lộ rõ ràng động mạch và tĩnh mạch lách trong quá trình phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Dùng đoạn tĩnh mạch lách để che phủ diện cắt tụy là kỹ thuật có thể áp dụng nhằm phòng biến chứng rò tụy sau mổ trong những trường hợp cắt lách thân đuôi tụy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bassi C, Dervenis C, Butturini G, Fingerhut A, Yeo C, Izbicki J et al. Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. *Surgery*. 2005; 138(1): 8-13.