

# KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT CẮT ĐẦU TUY TÁ TRÀNG TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

NGUYỄN NGỌC BÍCH và cộng sự  
Khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai

## TÓM TẮT

Chủ đề: Phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai

Đối tượng và phương pháp : Gồm 87 trường hợp (TH) cắt đầu tụy tá tràng được thực hiện trong 8 năm do một nhóm phẫu thuật theo một quy trình kỹ thuật thống nhất, có cải tiến. Các chỉ định phẫu thuật do nguyên nhân: ung thư đầu tụy (33 TH), ung thư bóng Vater (29), viêm tụy mạn tính và sỏi (5 TH), u tá tràng (5 TH), chấn thương đầu tụy tá tràng(3TH) và ung thư thấp đường mật (2 TH). Nghiên cứu được thực hiện bằng phương pháp mô tả hồi và tiến cứu từ năm 2002 đến 5/2009

Kết quả : Tất cả các trường hợp đều cắt được thương tổn và nạo vét hạch khi có chỉ định. Tai biến trong lúc mổ chủ yếu là tổn thương bó mạch mạc treo tràng trên 4 TH, xoắn mạch mạc treo 2 TH, vỡ lách 2 TH. Tử vong trong thời gian nằm viện 4TH (4,58%),viêm phúc mạc sau mổ 3 TH (3,34%) chảy máu trong ổ bụng 2TH (2,29%) liệt ruột sau mổ kéo dài là đáng lưu ý ở 35 TH (40,22%). Thời gian sống thêm sau mổ ở nhóm ung thư 1 năm, 3 năm và 5 năm là 56, 25 và 9%.

Kết luận : Phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng vẫn còn là một phẫu thuật lớn và nặng nề cho người bệnh. Tuy nhiên là sự lựa chọn cần thiết cho các thương tổn quanh vùng Vater, đầu tụy khi có chỉ định. Để hạn chế các tai biến, biến chứng sau mổ người bệnh phải được chuẩn bị tốt cũng như kinh nghiệm và kỹ năng của phẫu thuật viên và gây mê hồi sức.

Từ khóa: Phẫu thuật, cắt đầu tụy tá tràng

## SUMMARY

87 cases of duodenopancreatectomy were performed in BachMai Hospital from 2002 to May 2009 following a modified technic. It consisted 33 cases of cancer of pancreatic head, 29 cases of ampullary adenocarcinoma, 5 cases of chronic pancreatitis, 5 cases of duodenal tumor, 3 cases of duodenopancreatic trauma and 2 cases of cholangioma

The procedures had been done in all the cases successfully. There were 4 morbidity in the time of intervention and the mortality was on 4.59%. The complications post-operative were on 3 cases of peritonitis (3.34%), 2 cases of intra-abdominal bleeding (2.29%) especially 35 cases of delayed gastric emptying (40.22%). The long-term survival on 1, 3 and 5 year were 57.69, 25.92 and 7.69% respectively.

Keywords: duodenopancreatectomy, BachMai Hospital

## ĐẶT VẤN ĐỀ:

Phẫu thuật cắt đầu tụy-tá tràng được Godivilla (Ý) và Kausch (Đức) khởi xướng từ những năm 1912 sau này được Whipple (Mỹ) hoàn thiện và được phổ biến rộng rãi sau năm 1935 cho các bệnh nhân bị ung thư bóng Vater và ung thư đầu tụy(2,3,7). Những năm 60 của thế kỷ trước đến nay phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng thực sự bùng nổ vì sự phát triển của kỹ thuật phẫu thuật cũng như những tiến bộ của gây mê hồi sức.. Tuy nhiên phẫu thuật trên vẫn còn là một phẫu thuật nặng nề cho người bệnh vì sự phức tạp về tổn

thương giải phẫu tại chỗ nên có nhiều tai biến và biến chứng sau mổ cũng như tỷ lệ tử vong vẫn còn cao. Hiện nay ở Mỹ tỷ lệ tử vong chung cho phẫu thuật trên thay đổi từ 3-5 % có một số trung tâm đã hạ thấp xuống tới 0 %, nhưng các biến chứng chảy máu và rò tụy vẫn cao từ 13- 20%. Chính vì vậy phải cân nhắc về chỉ định cũng như chuẩn bị người bệnh tốt cùng các yếu tố kỹ thuật nhằm giảm thiểu các tai biến và biến chứng sau phẫu thuật. Những năm gần đây với tiến bộ của nội soi (NS) mà phẫu thuật phức tạp trên đã được thực hiện từng phần qua NS ổ bụng.

Trong nghiên cứu này chúng tôi muốn trình bày các chỉ định và các cải tiến kỹ thuật được thực hiện tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai với phẫu thuật cắt đầu tụy-tá tràng cũng như đánh giá kết quả của Phẫu thuật trên trong thời gian từ năm 2002 lại đây..

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Những bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng do các nguyên nhân thường gặp trong thời gian qua là : Ung thư đầu tụy, ung thư bóng Vater, u tá tràng, ung thư thấp đường mật, chấn thương đầu tụy tá tràng ...có đủ hồ sơ chẩn đoán và được theo dõi được đưa vào nghiên cứu.

Chẩn đoán các bệnh cần phải phẫu thuật được dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, các xét nghiệm sinh hóa máu, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh...

Bệnh nhân được chuẩn bị trước mổ tốt đặc biệt là ở các trường hợp tắc mật có rối loạn chức năng đông máu và nhiễm khuẩn.

Quy trình cắt đầu tụy tá tràng với các bước theo chiều kim đồng hồ thống nhất và được thực hiện bởi một nhóm phẫu thuật viên, nạo vét các nhóm hạch cuống gan, vành vị và mạc treo đại tràng nếu có.

Bước 1 Thăm dò khả năng cắt bỏ đầu tụy nhất là các trường hợp ung thư đầu tụy, u Vater, u phần thấp đường mật, u tụy.. bằng giải phóng bờ phải tá tràng hay thủ thuật Kocher.

Bước 2 Giải phóng cuống gan cắt bỏ túi mật và cắt ngang ống mật chủ.

Bước 3-Cắt hang vị hay dưới môn vị

Bước 4-Giải phóng quai hồng tràng đầu tiên

Bước 5-Tháo bắt chéo quai hồng tràng và bộc lộ bó mạch mạc treo tràng trên

Bước 6- Cắt tụy trên hay bờ trái của tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

Bước 7 - Nạo vét hạch cuống gan, bờ cong nhỏ, mạc treo đại tràng.. nếu có

Bước 8-Lập lại lưu thông tụy ruột hay tụy dạ dày, nối mật ruột, nối dạ dày với hồng tràng, có dẫn lưu qua miệng nối mật ruột, tụy ruột hay không.

Chúng tôi ghi nhận các thương tổn trong mổ, các khó khăn trong phẫu thuật, các tai biến và cách khắc phục.

Chăm sóc sau mổ: Bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. dùng kháng sinh, thuốc ức chế bài tiết dịch tụy nhằm hạn chế rò tụy sau mổ..

Theo dõi, phát hiện và ghi nhận lại các diễn biến đặc biệt, các biến chứng (viêm phúc mạc, rò dịch tụy,

mật chảy máu trong ổ bụng, viêm tụy cấp sau mổ, bụng chướng hay liệt ruột kéo dài, áp xe trong ổ bụng, tắc ruột...nhiễm khuẩn huyết, suy thận, suy đa tạng..) và cách giải quyết các biến chứng trên.

Đánh giá kết quả ngay sau mổ bằng cách phân loại người bệnh với các loại :

-Loại tốt : không có diễn biến bất thường ra viện sau 7-12 ngày .

-Trung bình có các biến chứng nhưng được giải quyết người bệnh ra viện ổn định (rò tụy, mật, nhiễm khuẩn vết mổ..)

-Loại xấu : có biến chứng không khắc phục được, tử vong trong thời gian nằm viện hay nặng phải xin về

-Tử vong trong phẫu thuật.

Những bệnh nhân ra viện được hẹn kiểm tra và theo dõi, được điều trị kết hợp với hóa chất và xạ trị khi có chỉ định.

- Theo dõi thời gian sống sau mổ bằng phương pháp Kaplan-Meier.

### KẾT QUẢ:

Từ đầu năm 2002 đến tháng 5/2009 gồm 86 trường hợp (TH) được phẫu thuật có 49 nam và 37 nữ, tuổi thấp nhất 35 và cao nhất là 72 tuổi

Các nguyên nhân

- Ung thư đầu tụy : 33 TH

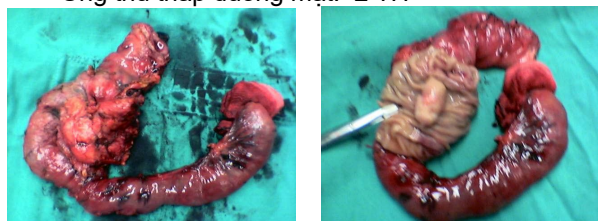
- Ung thư bóng Vater: 29 TH

- Viêm tụy mạn tính 5 TH

- U tá tràng : 5 TH

- Chấn thương đầu tụy tá tràng: 3 TH

- Ung thư thấp đường mật: 2 TH



Ảnh 1: Khối tá tụy được cắt bỏ. Ảnh 2 : U vater



Ảnh 3 Ung thư đầu tụy

Chẩn đoán bệnh được dựa trên các dấu hiệu lâm sàng kinh điển : vàng da, gan to, túi mật to. đặc biệt chẩn đoán hình ảnh (chụp mật tụy ngược dòng, siêu âm thường và siêu âm nội soi, CT, MIR..) ngoài vai trò xác định vị trí thương tổn còn cho phép đánh giá khả năng cắt bỏ. Từ năm 2004 có một số định lượng Tumor marker (CA 19.9) cho phép chẩn đoán phân biệt với các u lành vùng đầu tụy.

Những trường hợp tắc mật đều được kiểm tra đánh giá chức năng gan và điều chỉnh đông máu ở mức cho phép (Tỷ lệ prothombine > 60 %). Có 45 BN

(52,36 %) phải điều chỉnh tỷ lệ prothombin trước mổ có hiệu quả.

Những trường hợp tắc mật nặng có túi mật to cần phải dẫn lưu đường mật trước bằng 11 TH : chọc mật qua da (3 TH) hay nội soi mổ cơ thắt (8 TH).

Bảng 1. Các dấu hiệu lâm sàng được ghi nhận và các phương pháp cận lâm sàng được thực hiện :

Dấu hiệu	n/87	%/87
Vàng da	62	71,26
Gan to	58	66,66
Túi mật to	60	68,96
Chọc mật tụy ngược dòng	27	31,03
Siêu âm bụng	82	94,25
Soi tá tràng	45	51,72
Siêu âm tá tràng qua nội soi	14	16,09
CT	63	72,41
MRI	47	50,02
CA19.9	32	36,78

Nhận xét trong nhóm bệnh lý u đầu tụy, u Vater, tắc mật thấp và viêm tụy mạn đều có vàng da và gan to, túi mật to. Riêng nhóm chấn thương tụy và u tá tràng không có biểu hiện trên

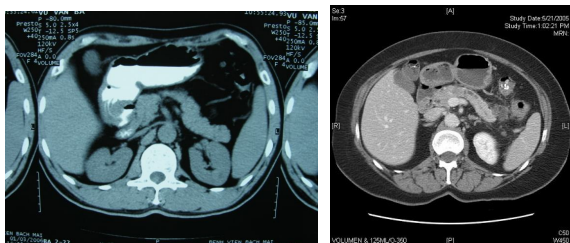
Siêu âm ổ bụng được thực hiện hầu hết các trường hợp (95%). Có nhiều trường hợp vừa được chẩn đoán bằng CT và MRI để xác định thêm vị trí u và giai đoạn bệnh

Bảng 2 Các dấu hiệu trên siêu âm bụng trên 82 TH :

Dấu hiệu siêu âm	n/82	%
Gan to	72	82,75
Túi mật to	70	85,36
Đường mật trong gan giãn	80	97,56
Sỏi đường mật	1	1,21
Sỏi đầu tụy	4	4,87
Đường mật ngoài gan giãn	80	97,56
ống Wirsung giãn	57	69,51
Khối giảm âm đầu tụy	30	36,58
Hạch cường gan	15	18,29

Nhận xét : Dấu hiệu tắc mật gặp ở hầu hết các trường hợp (trên 80 %), xác định di căn hạch ở mức độ thấp 18,29 %, sỏi mật kết hợp ít (1,21%)

-Nội soi dạ dày tá tràng và sinh thiết: Trong 45 lần thực hiện phát hiện u bóng Vater 24 lần, loét 2 lần, không rõ u 9 lần. 22 lần sinh thiết có kết quả ung thư biểu mô tuyến và 4 lần tổ chức viêm mạn



Ảnh 4 u tá tràng trên CT; Ảnh 5 u đầu tụy trên MRI

Chụp CT ổ bụng trong 63 lần được chụp CT bụng, có 14 lần chụp dựng hình

Chụp MRI 47 lần thực hiện đều xác định rõ vị trí thương tổn và giai đoạn bệnh (100%)

- 32 lần định lượng CA19.9 : 3 lần bình thường, 20 lần tăng từ 40 đến 100 U/ml và 10 lần trên 100 U/ml

Nhận xét trong mổ: Số liệu của chúng tôi là các bệnh nhân có thương tổn còn cắt được đầu tụy tá tràng nên số lượng hạch di căn ít, thường các trường hợp u thư đầu tụy có hạch cường gan, vành vị và gốc mạc treo ruột còn các trường hợp u bóng Vater thì hạch cường gan và cạnh tá tràng. Chúng tôi có 38 TH được ghi chép nạo vét hạch.

Các trường hợp viêm tụy mạn rất khó xác định phân biệt với nhân ung thư tụy vì thường có một nhân đầu tụy không to 3-5 Cm chắc, vì ở sâu, khó khăn cho sinh thiết, chúng tôi phải cân nhắc. Những trường hợp này phải dựa vào lâm sàng và nếu phần tụy còn lại mềm mại thì chúng tôi tiến hành cắt đầu tụy tá tràng. 5 trong số nhiều trường hợp viêm tụy mạn được thực hiện phẫu thuật trên.

Trong 5 TH u tá tràng thì có 3 lần chảy máu tiêu hóa và 2 lần do hẹp môn vị được điều chỉnh ổn định và xác định bằng các biện pháp chẩn đoán hình ảnh để thực hiện phẫu thuật. Có 8 trường hợp bỏ khối đầu tụy tá tràng để lại môn vị.

Lập lại lưu thông :

- Nối tụy còn lại với hồng tràng 74 TH, nối tụy với dạ dày 12 TH

- Nối mật -ruột tận- bên, có thả OM vào lòng ruột để hạn chế trào ngược trong 45 trường hợp. Trong đó có dẫn lưu đường mật qua miệng nối 63 TH

Các tai biến trong mổ :

-Tổn thương tĩnh mạch mạc treo tràng trên 4 lần (3 rách dọc, 1 mất đoạn) phải truyền máu 3 lần mỗi lần 2 đơn vị

- Xoắn mạch mạc treo : 2 lần được phát hiện ngay trong mổ và tháo xoắn kịp thời.

- Vỡ lách 2 TH

Các biến chứng sau mổ :

Các biến chứng	n/87	%
Viêm phúc mạc toàn thể	3	3,44
Chảy máu trong ổ bụng	2	2,29
Rò mật sau mổ	5	5,74
Rò tụy	2	2,29
áp xe dưới hoành	3	3,34
Chướng bụng hay liệt ruột kéo dài	35	40,22
Suy gan	4	4,59
Suy kiệt sau mổ	2	2,29
Chảy máu vết mổ	5	5,74
Chảy máu tiêu hóa sau mổ	5	5,74
Nhiễm khuẩn vết mổ	6	6,89
Tử vong trong khi mổ	0	0
Phải truyền máu trong mổ	3	3,44
Tử vong trong thời gian nằm viện	3	3,44
Nặng xin về	1	1,14

Nhận xét : Biến chứng hay diễn biến không thuận lợi hay gặp sau mổ là chướng bụng kéo dài từ 5-7 ngày hay gặp sau cắt đầu tụy tá tràng chiếm 40,22%. Các biến chứng khác ở mức độ cho phép.

Xếp loại trước khi ra viện: Loại tốt 50 TH (57,47%), loại trung bình 33TH (37,93%), xấu và tử vong 4 TH (4,50%)

#### Theo dõi lâu dài

52 trường hợp ở nhóm ung thư được theo dõi từ 3 tháng đến 90 tháng

- Sau 1 năm số còn sống 30 TH (57,69)
- Sau 3 năm số còn sống 14 TH (25,92 %)
- Sau 5 năm số còn sống 4 TH (7,69 %)

Sau 8 năm có 2 TH, 1 TH quay lại viện vì hẹp miệng nối mật-ruột cổ sỏi ứ trệ (đã cắt dạ dày do ung thư sau đó 2 năm được cắt đầu tụy tá tràng do ung thư đầu tụy.

#### BÀN LUẬN

Các chỉ định của phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng (DP-Duodenopancreatectomy)

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ định chính của phẫu thuật này là 2 loại bệnh ung thư đầu tụy 33/87 TH(37,93%) và ung thư bóng Vater 29/87 (33,33%), các nguyên nhân viêm tụy mạn, tắc mật thấp và đặc biệt chấn thương đầu tụy tá tràng ít gặp hơn.

Ung thư đầu tụy: là nguyên nhân chính trong nghiên cứu và chỉ là 1/4 trong số các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đầu tụy của chúng tôi trong giai đoạn vừa qua còn khả năng cắt bỏ. Những trường hợp còn lại u quá to đã xâm lấn, di căn xa nên không còn khả năng làm phẫu thuật triệt để. Tuy nhiên chúng tôi có 3 trường hợp có tổn thương mạch trong khi phẫu thuật vì có thâm nhiễm vào tĩnh mạch treo tràng trên. Những trường hợp này cần có chẩn đoán hình ảnh của MS CT hay MRI trước mổ để tiên lượng trước phẫu thuật.

Nhóm ung thư bóng Vater thường u khú trú khả năng cắt bỏ nhiều hơn. Trước mổ thường được xác định chẩn đoán bằng nội soi và sinh thiết (25/26) và có siêu âm nội soi tá tràng 5 TH cùng CT và MRI xác định (20/26). Trong nhóm bệnh này quá trình phẫu thuật thường thuận lợi và ít tai biến hơn nhóm ung thư đầu tụy.

U tá tràng : chúng tôi có 5 TH chẩn đoán trước mổ u tá tràng 3TH có chảy máu tiêu hóa và 2TH có hẹp môn vị. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ đều là u biểu mô đệm (GIST).

Trong nghiên cứu chúng tôi có 3 TH chấn thương tá tụy thì 2 TH chấn thương bụng phải mổ cấp cứu khi mổ bụng thấy thương tổn đầu tụy và tá tràng phối hợp phải cắt bỏ và 1 TH được chẩn đoán được tổn thương tụy tá tràng bằng MRI trước mổ do tình trạng chung của người bệnh ổn định.

Các nghiên cứu của các tác giả về ung thư đầu tụy được làm DP cũng dựa vào lâm sàng, các xét nghiệm và hình ảnh để xét khả năng cắt bỏ. Vai trò của chẩn đoán hình ảnh MRI hay chụp mạch kết hợp tỏ ra rất quan trọng và giúp cho quá trình phẫu thuật (1,2,3)

Chuẩn bị người bệnh tắc mật và tỷ lệ Prthrothombin thấp: Chúng tôi cho là cần thiết vì các trường hợp túi mật căng to và đau nên giảm áp lực

trước mổ có 14 TH được thực hiện theo nguyên tắc trên : chọc mật qua da 11 và 3 nội soi mổ cơ thắt. Với các bệnh nhân có tỷ lệ Prothrombin thấp dưới 50% cần được dùng Vitamin K ở liều cao và các thuốc hỗ trợ gan. Sau đó kiểm tra nếu tỷ lệ prothrombin trên 60% thì mới tiến hành phẫu thuật. Chúng tôi có 52,36 % số bệnh nhân thuộc loại trên.

Nghiên cứu của các trung tâm của Nhật Bản lại cho rằng giữa 2 nhóm có can thiệp giảm áp và không kết quả sau mổ và biến chứng sau mổ không khác nhau có ý nghĩa (2)

Tỷ lệ tử vong và biến chứng: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp tử vong trong thời gian nằm viện và xin về chiếm 4,59 %. Tỷ lệ này rất cao trong những năm 60-80 của thế kỷ trước 8-10% ở các nước Âu Mỹ, nhưng nay đã thấp còn 3-5 % và có một số trung tâm là 0%.(1,2,3,8)

Các biến chứng thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi là chảy máu, viêm phúc mạc do miệng nối tụy -ruột, mật-ruột. Tuy nhiên nếu so sánh với các nghiên cứu khác trong giai đoạn này thì không có sự khác biệt nhiều (2,8)

Chảy máu sau mổ: thường do kỹ thuật và rối loạn chảy máu ở các bệnh nhân tắc mật. Trong nghiên cứu chúng tôi có 2 TH chảy máu trong ổ bụng phải can thiệp lại thì 1 trường hợp do tổn thương động mạch lách và một do chảy máu tại vùng trước tĩnh mạch chủ dưới và phần mót tụy còn lại. 5 TH có chảy máu đường tiêu hóa trên có lẽ do miệng nối đều được điều trị nội khoa ổn định và 5 TH chảy máu vết mổ do suy gan sau mổ, tỷ lệ prothrombin thấp.

- Bục miệng nối tụy ruột sau mổ DP điều đáng ngại nhất hay các biến chứng của phần tụy còn lại gây viêm phúc mạc toàn thể hay rò tụy nếu được khu trú. Chúng tôi có 5 trường hợp có vấn đề tại miệng nối tụy ruột trong đó 3 TH gây viêm phúc mạc toàn thể phải mổ bụng lại có 2 TH rò tụy khu trú. Trên Y văn tỷ lệ này cao ở những thập kỷ 60-70 của thế kỷ trước. Nhưng hiện nay tỷ lệ trên đã giảm nhiều.(10) Chúng tôi cho rằng tỷ lệ trên đã giảm nhiều là do: vật liệu khâu nối hiện nay tốt, các mũi chỉ liên kim ít gây thương tổn cho tụy hơn. Để hạn chế rò tụy các tác giả đã thường làm bằng cách bơm vào ống tụy keo sinh học (6) nhằm gây tắc ống tụy tạm thời trong khi miệng nối tụy ruột được ổn định, hoặc dẫn lưu ống tụy ra ngoài.

Những năm 60-80 của thế kỷ trước phẫu thuật DP được phát triển mạnh mẽ vì các yếu tố kỹ thuật nhưng tử vong sau mổ (trên 10 %) và biến chứng còn quá cao (20-40 %). Hơn nữa sống sau mổ thấp (sau 5 năm có thể là 0 %) nên người ta đã phải tự đặt ra câu hỏi liệu có nên thực hiện phẫu thuật này nữa hay không ? (9). Câu hỏi này được trả lời rằng phẫu thuật trên vẫn được áp dụng và phát triển vì sự cần thiết và là một lựa chọn không thể khác được với các bệnh lý vùng quanh bóng Vater (periampulary cancer) Hơn nữa sau này tỷ lệ tử vong sau mổ giảm, biến chứng ít và đặc biệt thời gian sống sau mổ có cải thiện hơn nhiều.

Khi nối tụy với quai hồng tràng đầu tiên có nhiều

nguy cơ rò tụy do VTC vì dịch ruột trào vào ống tụy hoạt hóa các men tụy ngoại tiết gây nên tình trạng trên. Để hạn chế nguy cơ này mà hiện nay người ta ưa nối tụy với dạ dày vì các lý do : dinh dưỡng miệng nối tụy dạ dày tốt, thành dạ dày dày và chắc hơn nữa Axít của dịch vị có tác dụng ức chế hoạt hóa các men tụy ngoại tiết (9). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 trường hợp sau này được nối tụy với dạ dày dựa theo quan điểm trên, nhưng có 2 trường hợp có biểu hiện chảy máu miệng nối nhẹ sau mổ.

Hiện nay có tới khoảng 80 kiểu nối phân tụy còn lại với ruột hay dạ dày, mỗi kiểu đều được phân tích trên các cơ sở nhằm hạn chế rò tụy sau mổ và sao hợp sinh lý của vóng dạ dày, tá tràng ruột. Nhưng các kết quả của các nghiên cứu đều tương tự và không có sự khác biệt đáng kể (8).

Bàn về bảo tồn môn vị (Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy- PPPD): Lý thuyết nếu còn cơ môn vị sau mổ sẽ sinh lý hơn và trong lúc phẫu thuật nhanh hơn và ít mất máu trong mổ (5) Tuy nhiên chướng bụng sau mổ sẽ kéo dài hơn, nên thời gian đặt ống thông dạ dày lâu hơn.. Nghiên cứu so sánh của trên các nhóm bệnh nhân của Tran và cộng sự (9) lại thấy không có sự khác biệt của nhóm bảo tồn cơ môn vị so với nhóm cắt đầu tụy tá tràng chuẩn của Whipple (Standard Whipple)

Bàn về nạo vét hạch : nguyên tắc điều trị ung thư sau khi cắt bỏ phải nạo vét hạch rộng rãi (Extended Lymphadectomy - ELND), chúng tôi thực hiện trên nguyên tắc trên với các hạch nhìn thấy sau khi DP các nhóm hạch cuống gan, bờ cong nhỏ dạ dày, mạc treo đại tràng.. chúng tôi chưa có đánh giá để so sánh giữa 2 nhóm. Theo các nghiên cứu lớn đa trung tâm của Pedrazzoli và cộng sự (1998) Farnell (2005) Riall(2005) thì việc nạo vét hạch không có ý nghĩa trong DP do ung thư tụy và bóng Vater khi theo dõi lâu dài trên các bệnh nhân này về tử vong, tai biến cũng như kết quả sống lâu dài sau mổ trên 2 nhóm. Nhưng các tác giả lại thấy ở các bệnh nhân nạo vét hạch có dương tính ở nhóm đó có khả năng sống sau mổ lâu hơn nhóm được nạo vét hạch âm tính (1)

Bàn về điều trị phối hợp theo các nghiên cứu trước đây cho rằng điều trị hóa chất hay xạ trị có cải thiện sống sau mổ trên các bệnh nhân ung thư nói chung. Riêng với ung thư tụy theo các nghiên cứu đa trung tâm trên đặc biệt là một nghiên cứu lớn của Johns Hopkins Medical Institution (Mỹ) cho thấy không có cải thiện gì sau 5 năm ngoại trừ nhóm có điều trị hóa chất hay xạ trị lại có nhiều biến chứng hơn trên 294 bệnh ung thư quanh đầu tụy (1)

Cũng theo số liệu ung thư quốc gia Mỹ (NCD) trên 100.313 bệnh nhân ung thư. Trong số đó có 9044 bệnh nhân bị ung thư tụy được phẫu thuật cắt tụy với 60% số họ chỉ cắt bỏ tụy và 28% cắt tụy được điều trị hóa xạ trị còn lại 12 % được kết hợp xạ trị hoặc hóa trị liệu đơn thuần. Kết quả theo dõi thời gian sống sau 5 năm của 3 nhóm lần lượt là 23,3%, 17% và 14 % (2,10). Như vậy theo các kết quả của các nghiên cứu khác nhau và chưa thống nhất về điều trị phối hợp sau mổ với ung thư tụy.

Phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng có vai trò quan trọng để điều trị các bệnh lý quanh vùng đầu tụy và tá tràng đã được thực hiện từ lâu và vẫn còn giá trị tụy có khó khăn về mặt kỹ thuật và có nhiều biến chứng sau mổ với tỷ lệ

sống sau mổ còn thấp. Hiện có rất nhiều nghiên cứu, các kết luận có nhiều điều trái ngược nhau về mặt kỹ thuật hay kết quả sống lâu dài sau 5 năm. Nhưng các nghiên cứu đều có một thống nhất chung đó là vai trò của phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng là cần thiết và là sự lựa chọn cho các bệnh lý vùng này. Các kỹ thuật hay kết quả của phẫu thuật phụ thuộc vào từng chất lượng và khối lượng của bệnh viện hay số lượng phẫu thuật và kinh nghiệm của các phẫu thuật viên (hospital and surgeons volumes) mà không phụ thuộc vào bản chất của phẫu thuật (1,2,7,10).

## KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi dựa trên 87 trường hợp cắt đầu tụy tá tràng được thực hiện trong 8 năm tại Khoa Ngoại Ngoại bệnh viện Bạch Mai và được theo dõi. Chúng tôi thấy chỉ định phẫu thuật là một lựa chọn cần thiết nhất là với các trường hợp ung thư và chấn thương. Phẫu thuật nặng nề nên phải có sự chuẩn bị cho người bệnh tốt cũng như vấn đề kỹ thuật phải thành thạo để hạn chế các tai biến và biến chứng mặc dù đã ở mức như các nghiên cứu cùng thời gian. Kết quả sống sau mổ còn hạn chế vì bản chất của bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Aranha. G V, Aaron.J M, Shoup.M (2006) *Critical Analysis of a Large Series of Pancreaticogastrostomy After Pancreaticoduodenectomy* Arch surg, vol 141; 574-580
- 2- Bachmann.J, Michalski.CW, Martignoni.M et al(2006) *Pancreatic resection for pancreatic cancer* HPB, 2006; 8: 346-351
- 3-Beger H G, Gansauge F, Schwarz M, Poch B. (2007) *Pancreatic head resection: the risk for local and systemic complications in 1315 patients—a monoinstitutional experience* The Am J Surg,Vol 194:S upl ;16-19
- 4-Buchler. M W et al (2007) *Surgical Treatment of Pancreatic Cancer.* J Am coll Surg, Vol 205,N4S; 81 -86
- 5-De Castro S.M.M, Busch. G D J (2004). *Management of bleeding and leakage after pancreatic surgery.* Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. Vol. 18, No. 5; 847-864
- 6- Guillemin.G, Berard.PH, Raymond.A (1990) *Les Pancreatectomies.*EMC Paris 40880 (1-15)
- 7- Germanos S, Guorgiotis S et al (2006) *Diagnostic and therapeutic approach to pancreatic adenocarcinoma.* J Gastrointestin Liver Dis Vol 15 N3 257-263.
- 8-Klempies A, Albertsmeier M, Obeidat F.. et al (2008) *The challenge of pancreatic anastomosis.* Arch Surg 393;459-471
- 9- Niedergethmann.M, Gruätzmann. R, Hildenbrand R (2008) *Outcome of Invasive and Noninvasive Intraductal Papillary-Mucinous Neoplasms of the Pancreas (IPMN): A 10-year Experience.* World J Surg, 32:2253–2260
- 10-Tran,K.T. C, Smeenk H G, van Eijck.C. H. J.(2004) *Pylorus Preserving Pancreaticoduodenectomy Versus Standard Whipple Procedure. (A Prospective, Randomized, Multicenter Analysis of 170 Patients With*