

KINH NGHIỆM QUA 37 TRƯỜNG HỢP CẮT KHỐI TÁ TỤY DO CHẤN THƯƠNG TÁ TRÀNG VÀ ĐẦU TỤY TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

*Nguyễn Đức Tiến**

TÓM TẮT

Nghiên cứu 37 bệnh nhân (BN) (34 nam) được phẫu thuật cắt khối tá tụy do chấn thương. Kết quả cho thấy: tuổi trung bình $33,75 \pm 13$, (9 - 74 tuổi). Thời gian từ lúc tai nạn cho đến khi nhập viện của 19 BN đến thẳng Bệnh viện Việt Đức và 18 BN qua trung tâm khác lần lượt là: $16,34 \pm 23,26$ giờ và $116,8 \pm 147,2$ giờ. Tổn thương tụy độ IV: 72,9%, tổn thương tá tràng: 86,5%, tổn thương tụy độ IV kết hợp với tổn thương tá tràng độ I: 22,2%.

Thời gian mổ trung bình $6,07 \pm 1,03$ giờ. Tổng lượng máu và dịch truyền trung bình $2966,30 \pm 1673,65$ ml. Thời gian nằm viện trung bình 32,52 ngày, tỷ lệ tai biến 32,4%, tử vong 13,5%.

* Từ khóa: Tổn thương tụy-tá tràng; Cắt tụy-tá tràng; Kinh nghiệm.

EXPERIENCE ON 37 CASES OF PANCREATODUODENUM INJURY UNDERGONE PANCREATODUODENECTOMY AT VIETDUC HOSPITAL

SUMMARY

Study on 37 cases (34 males) who was performed pancreatoduodenectomy due to pancreatoduodenum injury, the result show that: The mean age: 33.75 ± 13.63 (9 - 74 years). The duration from accident to hospitalization of 19 patients who was transfered directly to Vietduc Hospital and 18 patients who through other center: 16.34 ± 23.26 hours and 116.8 ± 147.2 hours, respectively. Pancreatic injury in IV degree: 72.9% duodenal injury 86.5%; pancreatic injury in IV degree combined with duodenal injury in I degree 22.2%.

The mean operative time was 6.07 ± 1.03 hours. The mean of amount of blood and solution that was transfused $2,966.30 \pm 1,673.65$ ml. The mean time of hospitalization was 32.52 days, the rate of complication 32.4% and mortality was 13.5%.

* Key words: Pancreatoduodenum injury; Pancreatoduodenectomy; Experience.

* Bệnh viện Việt Đức

Phán biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

Chấn thương tá tràng và đầu tụy nặng nếu không được phát hiện sớm, điều trị kịp thời và hợp lý sẽ dẫn tới nhiều biến chứng nặng nề, làm tỷ lệ tử vong tăng cao. Ở nước ta, những năm gần đây, với sự bùng nổ của các phương tiện giao thông và tốc độ đô thị hoá nhanh chóng, chấn thương bụng nói chung và chấn thương khối tá tụy nói riêng đang có chiều hướng gia tăng. Việc chỉ định cắt khối tá tụy trong cấp cứu do thương tổn nặng ở đầu tụy và tá tràng đang là chủ đề quan tâm của nhiều phẫu thuật viên và nhiều cơ sở phẫu thuật lớn. Phẫu thuật cắt khối tá tụy được Whipple thực hiện đầu tiên năm 1935 cho 1 trường hợp khối u ở đầu tụy. Sau một số cải tiến, đến nay phẫu thuật này được coi là kinh điển cho những thương tổn ở đầu tụy và tá tràng. Năm 1961, Howell và CS [1] lần đầu tiên thực hiện cắt khối tá tụy cấp cứu do vết thương hở khí gây nên tổn thương rộng ở đầu tụy, bệnh nhân (BN) tử vong sau mổ. Năm 1964, Thal và Wilson thực hiện cắt khối tá tụy cấp cứu do chấn thương bụng kín và khuyến cáo có thể áp dụng phẫu thuật này trong những trường hợp chấn thương phức tạp ở đầu tụy và tá tràng. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích: *Nghiên cứu chẩn đoán, chỉ định, xử trí và đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật cắt bỏ khối tá tụy do chấn thương.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

37 BN được chẩn đoán xác định chấn thương tá tụy trong mổ tại Bệnh viện Việt Đức từ 01 - 2000 đến 10 - 2010.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

Bảng 1: Phân độ thương tổn tá tụy.

- BN ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính, chẩn đoán có chấn thương ở khối tá tụy trong mổ.

- Có xét nghiệm amylase ngay khi vào viện (trước mổ).

- Không có các bệnh thận mạn tính, không có bệnh rối loạn men - miễn dịch trong máu (macro-amylasemia) trước khi chấn thương.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Những trường hợp xét nghiệm amylase trong hoặc sau mổ.

- Bệnh của khối tá tụy không do chấn thương: viêm tụy cấp, viêm tụy mãn, u bóng Vater...

- Cắt khối tá tụy cấp cứu không do chấn thương.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Mô tả, tiến cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, thời gian từ lúc tai nạn đến khi vào viện lấy máu xét nghiệm.

+ Định lượng amylase trong huyết tương (đo bằng đơn vị quốc tế/lít U/l). Xét nghiệm amylase máu bình thường (< 220 U/l).

+ Phân độ thương tổn giải phẫu bệnh lý chấn thương tá tụy trong mổ theo hệ thống phân loại của Hiệp hội Phẫu thuật Chấn thương Hoa Kỳ (The American Association for the Surgery of Trauma - AAST, 1990).

ĐỘ	TỔN THƯƠNG TÁ TRÀNG	TỔN THƯƠNG TUY
I	Tụ máu một đoạn của tá tràng, thành tá tràng dày lên, không thủng	Tụ máu do đụng dập nhẹ, rách nông không có tổn thương ống tụy
II	Tụ máu hơn một đoạn tá tràng, vỡ < 50% chu vi	Tụ máu, rách lớn nhưng không tổn thương ống tụy hoặc mất tổ chức nhu mô tụy
III	Vỡ 50-75% chu vi của D2; vỡ 50 - 100% chu vi của D1, D3, D4	Rách, đứt hoặc chấn thương nhu mô có tổn thương ống tụy bên trái tĩnh mạch mạc treo tràng trên
IV	Vỡ > 75% chu vi của D2 liên quan đến bóng Vater hoặc đoạn thấp của ống mật chủ (OMC)	Rách, đứt hoặc tổn thương nhu mô bên phải tĩnh mạch mạc treo tràng trên liên quan đến bóng Vater
V	Dập nát lớn đầu tụy - tá tràng, mất mạch nuôi tá tràng	Rách, dập nát nặng đầu tụy và tá tràng

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* *Về giới:* nam: 34 BN (90,3%), nữ: 3 BN (9,7%); tuổi trung bình: $33,75 \pm 13,63$ tuổi (cao nhất 74 tuổi, thấp nhất 9 tuổi).

* *Nguyên nhân:* chấn thương bụng kín: 36 BN (97,2%), trong đó: tai nạn giao thông: 18 BN (73,91%), bò húc: 2 BN (5,4%), tai nạn sinh hoạt: 7 BN (18,9%), vết thương thấu bụng: 1 BN (2,8%). Mổ lần đầu tại Bệnh viện Việt Đức: 19 BN, mổ lại cho tuyến trước: 18 BN.

* *Về thời gian:* từ khi tai nạn tới khi đến Phòng khám Bệnh viện Việt Đức đối với nhóm 18 BN được mổ ở tuyến trước: trung bình $116,8 \pm 147,2$ giờ (từ 7 - 574 giờ); với nhóm 19 BN đến thẳng bệnh viện Việt Đức là $16,34 \pm 23,26$ giờ (từ 1 - 64,08 giờ). Thời gian chung cho hai nhóm là $75,20 \pm 135,10$ giờ.

* *Tình trạng lúc vào viện:* đối với nhóm 18 BN được mổ ở tuyến trước: sốc: 3 BN (16,7%), viêm phúc mạc, áp xe sau mổ: 5 BN (27,8%), huyết động ổn định: 10 BN (55,5%). Đối với nhóm 19 BN đến thẳng Bệnh viện Việt Đức: sốc: 5 BN (26,3%), viêm phúc mạc: 3 BN (15,9%), huyết động ổn định: 11 BN (57,8%).

* *Về các thăm dò cận lâm sàng trước mổ:* xét nghiệm amylase cho 33 trường hợp, 78,8% số BN này có amylase cao hơn bình thường. Amylase máu cao > 1.000 U/l chiếm 39,4%. Chụp cắt lớp vi tính trước mổ: 19 BN, kết quả:

- 9 BN tổn thương ở tụy, nhưng có vỡ tá tràng trong mổ.
- 2 BN vỡ tá tràng, nhưng đều có thương tổn tụy trong mổ.

* *Về chỉ định mổ:* chẩn đoán đa chấn thương, vỡ tạng đặc: 8 BN (21,6%), chấn thương tụy: 8 BN (21,6%), chấn thương tá tràng: 3 BN (8,1%), viêm phúc mạc sau mổ vỡ tá tràng: 5 BN (13,5%), xuất huyết tiêu hóa do loét miệng nối sau mổ: vỡ tá tràng: 1 BN (2,7%), chấn thương tá tụy: 12 BN (32,5%).

* *Về chỉ định cắt khối tá tụy:* chúng tôi dựa vào phân loại của Hiệp hội Chấn thương Hoa Kỳ (AAST - 1990). Tổn thương tụy độ IV: 27 BN (72,9%), trong đó tổn thương tụy đơn thuần: 4 BN (14,8%), tụy độ IV kết hợp tá tràng độ I: 6 BN (22,2%), tụy độ IV kết hợp tá tràng độ II: 5 BN (18,5%), tụy độ IV kết hợp tá tràng độ III: 5 BN (18,5%). Tổn thương tụy độ V: 1 BN có kèm theo tổn thương tá tràng độ IV (2,7%), 3 BN không có thương tổn ở tụy nhưng tá tràng thương tổn nặng độ V (1 BN hoại tử khung tá tràng và quai đến; 1 vỡ D2, D3, D4; 1 hoại tử D2, D3 lộ bóng Vater) (8,1%). Vỡ tá tràng độ IV: 8 BN (21,6%), trong đó kết hợp vỡ tụy độ II: 2 BN (25%), độ III: 2 BN (25%) và độ IV: 4 BN (50%).

* *Tổn thương tá tràng đơn thuần và phối hợp:* 32 BN (86,5%). Vị trí tá tràng bị thương tổn gặp nhiều nhất là D2: 20 BN (62,5%), D1: 3 BN (9,4%), D3: 4 BN (12,5%), D4: 3 BN (9,4%), hoại tử khung tá tràng: 1 BN (3,1%), hoại tử D4: 1 BN (3,1%). Trong 18 BN được mổ ở tuyến trước, 10 BN mổ chỉ cầm máu hoặc xử trí tạm thời để chuyển lên tuyến trên, 8 BN mổ điều trị thực thụ nhưng do không đánh giá đúng hoặc để sót tổn thương, sau mổ có biến chứng mới chuyển lên tuyến trên điều trị.

* *Các thương tổn phối hợp:*

- Thương tổn phối hợp với các cơ quan ngoài ổ bụng (gãy chi, tràn dịch màng phổi): 7 BN (20,6%).

- Thương tổn phối hợp với các cơ quan trong ổ bụng: gan 9 BN (26,5%), thận: 4 BN (11,8%), dạ dày: 5 BN (14,7%), đại tràng và ruột non: 6 BN (17,6%), tĩnh mạch mạc treo tràng trên: 1 BN (2,9%), tĩnh mạch cửa: 1 BN (2,9%), tĩnh mạch chủ dưới: 1 BN (2,9%).

- Trung bình có 0,97 thương tổn phối hợp/1 BN.

Các phương pháp xử trí: nối tụy-dạ dày, miệng nối mật-dạ dày trên cùng quai ruột: 7 BN (22,6%); nối tụy-dạ dày, đưa dạ dày, đầu ruột, ống mật chủ (OMC) ra ngoài thành bụng: 1 BN (3,2%); nối tụy-dạ dày, nối dạ dày-hỗng tràng, đưa OMC ra ngoài: 1 BN (3,2%); nối dạ dày-hỗng tràng, đưa OMC, ống tụy ra ngoài: 1 BN (3,2%); miệng nối tụy-mật-dạ dày trên cùng quai ruột: 9 BN (25,8%); miệng nối tụy-ruột trên quai chữ Y, nối dạ dày-hỗng tràng: 18 BN (41,9%).

** Xử trí các thương tổn phối hợp:*

- 9 BN nối tụy-dạ dày, trong đó 2 cắt thùy gan trái, 1 cắt gan phải, 1 khâu gan phải, 1 cắt thận phải, 1 khâu bảo tồn thận phải.

- 2 BN khâu cắt đoạn ruột non, 1 BN cắt đoạn đại tràng làm hậu môn nhân tạo.

- 3 BN khâu tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa.

- 1 BN nối tụy-OMC-dạ dày trên một quai ruột có cắt gan phải và thận phải.

** Thời gian mổ trung bình:* 6,07 ± 1,03 giờ (4 - 9,30 giờ). Truyền máu và dịch trong mổ gồm: huyết thanh: 2.966,30 ± 1.673,65 ml (500 - 6.250 ml); dung dịch keo: 1.152,17 ± 500,79 ml (500 - 2.500 ml); máu: 693,75 ± 470,77 ml (250 - 3.000 ml).

Bảng 2: Biến chứng sau mổ.

BIẾN CHỨNG	XỬ TRÍ	n	%
Xuất huyết tiêu hoá	Rửa dạ dày	1	2,7
Rò tiêu hoá + suy đa tạng	Tách vết mổ đặt ống hút + điều trị hồi sức	2	5,4
Chảy máu sau mổ + viêm phúc mạc	Mổ lại cầm máu 8 lần	2	5,4
Tràn dịch tràn khí màng phổi + nhiễm trùng thành bụng	dẫn lưu màng phổi, cắt chỉ cách	4	10,8
Nhiễm trùng thành bụng	Cắt chỉ cách	4	10,8
Cộng		13	35,1

* *Tử vong sau mổ*: 5 BN, trong đó 1 BN chảy máu vào ngày thứ 25 sau mổ, 1 BN viêm phúc mạc sau mổ và 3 BN suy đa tạng. Tỷ lệ tử vong 13,5%.

* *Thời gian nằm viện trung bình*: $32,52 \pm 52,15$ ngày, ngắn nhất 10 ngày, dài nhất 268 ngày.

BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt bỏ khối tá tụy (Pancreato Duodenectomy - PD) là một phẫu thuật nặng, ít gặp trong cấp cứu chấn thương bụng. Mặc dù, phẫu thuật cắt bỏ khối tá tụy đã được Whipple thực hiện từ những năm 1935 cho khối u ở đầu tụy, nhưng mãi tới năm 1961 Howell và CS [1] mới thực hiện phẫu thuật này lần đầu tiên trên BN do vết thương hở khí có dập nát nặng ở đầu tụy. Tiếp đó, một số tác giả đã thực hiện phẫu thuật này trong cấp cứu chấn thương tá tụy, nhưng số lượng rất ít như: Wynn [7] từ 1970 - 1983 thực hiện 3 cắt bỏ khối tá tụy/84 chấn thương tá tụy (3%); Feliciano [3] từ 1969 - 1985: 10 (không kể 3 trường hợp cắt bỏ toàn bộ tụy)/129 (7,75%); Mansour [2] từ 1977 - 1989: 4/62 (3%); Cogbill [2] từ 1983 - 1988: 5/164 (3%); Asensio [1] từ 1992 - 2002: 18/361 (5%). Nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 1 - 2000 đến 10 - 2010 là 37 cắt bỏ khối tá tụy/342 chấn thương tá tụy.

Về nguyên nhân chấn thương: Asensio [1], Heimansohn [5] gặp chủ yếu là do vết thương hở khí (Asensio 94%, Heimansohn 66,7%). Nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp (2,7%) vết thương thấu bụng do bạch khí. Theo các tác giả, những trường hợp do vết thương thường nặng do tổn thương nhiều tạng và mất máu nhiều nên tỷ lệ tử vong rất cao. Ngược lại, chấn thương bụng kín dấu hiệu lâm sàng thường nghèo nàn, khó phát hiện, vì thế hay xử trí muộn. Chúng tôi gặp 5 BN sau tai nạn 2 - 3 ngày mới nhập viện.

Đối với nhóm 18 BN được mổ ở tuyến trước, chúng tôi thấy:

- 11 BN (29,72%) được điều trị thực thụ (chủ yếu tại các bệnh viện tuyến tỉnh với phẫu thuật không cắt bỏ khối tá tụy) đều bỏ sót tổn thương hoặc có biến chứng sau mổ. Những BN này thường giữ điều trị dài ngày ở tuyến trước (trung bình 7,6 ngày, ít nhất 20 giờ, dài nhất 25 ngày), vì thế khi chuyển đến Bệnh viện Việt Đức đã trong tình trạng rất nặng về toàn thân do tổn thương không được xử lý sớm. 3/18 BN này, sau mổ có biến chứng nặng, trong đó có 2 BN tử vong, thời gian nằm viện kéo dài (trung bình $61 \pm 91,9$ ngày). Phân tích kỹ 11 trường hợp này chúng tôi thấy :

+ 4/7 BN được chỉ định mổ cấp cứu ngay trong 24 giờ đầu có biến chứng sau mổ: 1 biến chứng chảy máu, 2 bực miệng nối vị tràng xảy ra ngay thứ 10, phải mổ lại nhiều lần, 1 tử vong ngày thứ 25 do chảy máu.

+ 4 BN mổ sau 24 giờ vì viêm phúc mạc do bực chỗ khâu tá tràng: 1 BN mổ sau 31 giờ nối tụy-dạ dày rồi đưa dạ dày, OMC, ruột non ra ngoài thành bụng, mổ lập lại lưu thông đường tiêu hoá sau 23 ngày; 3 BN còn lại mổ sau 143 giờ nối tụy, OMC theo phương pháp Roux en Y, 2 BN biến chứng bực miệng nối gây viêm phúc mạc xảy ra ngày thứ 5 sau mổ, BN tử vong.

- 7 BN (38,9%) khi mổ ở tuyến trước thấy tổn thương ở tá tràng, tụy hoặc tụy máu sau phúc mạc, chỉ tiến hành cầm máu tạm thời rồi chuyển ngay đến Bệnh viện Việt Đức. Những BN này sau phẫu thuật có 1 tử vong do tổn thương nặng kết hợp vỡ đại tràng, còn

lại có biến chứng nhẹ (5/8 trường hợp có biến chứng), không phải mổ lại, thời gian nằm viện ngắn hơn (trung bình $24,5 \pm 8,78$ ngày).

Đối với nhóm 19 BN được xử lý ngay từ đầu tại Bệnh viện Việt Đức: 2 BN tử vong do đa chấn thương phối hợp, còn lại là biến nhẹ thông thường: nhiễm trùng vết mổ và tràn máu màng phổi phải sau mổ ngày thứ 8 không có áp xe tồn dư sau mổ, chỉ cần chọc hút và cắt chỉ cách, thời gian nằm viện ngắn hơn nhóm trên (trung bình $17,6 \pm 6,5$ ngày). Sự khác biệt về số lượng BN, biến chứng và thời gian nằm viện giữa hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,01$.

* *Về chỉ định cắt khối tá tụy do chấn thương*: Snyder [10] thống kê 247 BN chấn thương tá tụy, 7 trường hợp phải cắt khối tá tụy, trong đó 5 tổn thương OMC đoạn trong tụy và 2 chảy máu quanh tụy không cầm được, kết quả tử vong 2. Theo Lewis và CS [4], có ba chỉ định tuyệt đối: thương tổn bóng Vater, chảy máu ở đầu tụy không kiểm soát được, dập nát nặng ở tá tràng và đầu tụy; một chỉ định tương đối: tổn thương ống tụy chính ở đầu tụy; một chỉ định cần thảo luận: tổn thương tĩnh mạch cửa sau đầu tụy. Perissat [9] chỉ định cắt bỏ khối tá tụy khi tổn thương độ 3, vỡ tá tràng, đưng dập rách nhu mô tụy bên phải tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Tổn thương độ 4, vỡ tá tràng kèm theo tổn thương tụy đứt ống tụy chính bên phải tĩnh mạch mạc treo tràng trên, hoặc tổn thương tụy độ 1b và vỡ tụy bên phải tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Asensio [1]: chảy máu sau tụy không kiểm soát được (72%); thương tổn đầu tụy, ống tụy chính, OMC đoạn trong tụy không thể khâu phục hồi được (100%). Dựa vào phân độ AAST: tổn thương tụy độ IV: 1 BN (5,6%), độ V: 17 BN (94,4%), tá tràng độ V: 18 BN (100%). Nghiên cứu của chúng tôi chỉ định dựa theo phân loại AAST: tổn thương đầu tụy nặng (IV, V) phối hợp tổn thương tá tràng từ I - IV; tổn thương tá tràng độ V. Trên thực tế, trong phẫu thuật, việc xác định có tổn thương ống tụy chính hay không là một việc không hề dễ, do biến dạng về giải phẫu vì thương tổn. Chẩn đoán ống tụy có tổn thương hay không tốt nhất là chụp ngược dòng ống tụy qua CPRE trước mổ. Tuy nhiên, nhiều tác giả đề nghị chụp ống tụy bằng luồn catheter qua chỗ tá tràng vỡ để bơm thuốc cản quang hoặc nội soi tiêu hoá chụp ngược dòng ống tụy ngay trong mổ. Nghiên cứu của chúng tôi thấy: 5 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh không thấy mô tả có tổn thương ở OMC và ống tụy chính, tá tràng chỉ tụ máu, không thủng (?).

* *Về phương pháp xử trí*: vai trò của miệng nối dạ dày-tụy được nhiều công trình đề cập tới. Theo nhiều tác giả [1, 2, 3], phương pháp này có lợi thế hơn phương pháp nối tụy ruột do an toàn (ít rò) và tốn ít thời gian thực hiện. Nghiên cứu của chúng tôi có:

- 9 BN nối tụy-dạ dày, có 1 BN bị biến chứng bực miệng nối dạ dày-hỗng tràng và chảy máu phải mổ lại.

- 18 BN miệng nối tụy ruột theo phương pháp Roux en Y, 2 BN biến chứng rò mật điều trị hút liên tục qua dẫn lưu, không mổ.

- 7 trường hợp miệng nối tụy-mật-dạ dày trên cùng quai ruột, có hai biến chứng: 1 trường hợp phải mổ lại do chảy máu (BN tử vong), 1 trường hợp chảy máu miệng nối, điều trị bằng rửa dạ dày, không mổ.

• 1 trường hợp viêm phúc mạc được mổ nối tụy-dạ dày rồi đưa dạ dày, OMC, đầu ruột ra ngoài, hậu phẫu tiến triển tốt, không có biến chứng, mổ lập lại lưu thông đường tiêu hoá sau 23 ngày.

* *Thời gian mổ*: theo Asensio [1]: trung bình 5,4 giờ, Delcore [2]: 6,4 giờ. Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình $6,07 \pm 1,03$ giờ (4 - 9,30 giờ), tương đương với các tác giả trên.

* *Biến chứng sau mổ*: theo Asensio [1]: 61%, bao gồm: bực miệng nối vị tràng, rò mật, rò tụy, chảy máu, áp xe trong ổ bụng, viêm tụy cấp, hẹp đường mật. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung 32,4%, chủ yếu là bực miệng nối vị tràng, chảy máu và rò mật.

* *Tỷ lệ tử vong*: theo Asensio [1] (2003): 33,3%, Wynn [7] (1985): 40%, chủ yếu xảy ra ngay sau mổ do chảy máu. Nghiên cứu của chúng tôi: 5 trường hợp tử vong (13,5%) vào ngày thứ 5 và 25 sau mổ do viêm phúc mạc suy đa tạng và chảy máu sau mổ.

* *Thời gian nằm viện*: theo Asensio [1]: trung bình 57 ngày (30 - 514 ngày), Wynn [7]: 45 ngày, Delcore [2]: 37 ngày (11 - 90 ngày). Của chúng tôi là $32,52 \pm 52,15$ ngày (10 - 304 ngày), thấp hơn của các tác giả trên.

KẾT LUẬN

Xét nghiệm amylaza máu, nước tiểu hoặc dịch ổ bụng chỉ có ý nghĩa hướng tới chẩn đoán chấn thương tá tụy. Chụp cắt lớp vi tính cho thấy rõ tổn thương tụy và tá tràng khi có uống thuốc cản quang kết hợp. Chẩn đoán tổn thương ống hiện rất khó thực hiện tại Việt Nam, đặc biệt trong hoàn cảnh cấp cứu. Trong mổ, dấu hiệu tụ máu sau phúc mạc và vết nén có giá trị hướng tới tổn thương tá tụy. Nên áp dụng hệ thống phân loại trong mổ của Hiệp hội Chấn thương Hoa Kỳ hiện đang được nhiều trung tâm phẫu thuật lớn trên thế giới sử dụng để đưa ra chỉ định và lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp cho từng trường hợp, nhằm giảm bớt biến chứng và tử vong sau mổ của loại bệnh lý này. Phẫu thuật cắt bỏ khối tá-tụy trong cấp cứu chấn thương là một phẫu thuật nặng, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao, chỉ có thể thực hiện được ở những cơ sở ngoại khoa có đủ điều kiện về chẩn đoán, gây mê hồi sức và kinh nghiệm phẫu thuật. Đặc biệt, lưu ý chẩn đoán sớm, điều trị triệt để, kịp thời sẽ tránh được các tai biến có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Juan A. Asensio, Patrizio Petrone, Gustavo Roldán, Eric Kuncir, Demetrios Demetriades. Pancreatico-duodenectomy: A rare procedure for the management of complex pancreaticoduodenal injuries. J Am Coll Surg. 2003, pp.937-942.
2. Delcore, Jay S. Stauffer, James H. Thomas, George E. Pierce. The role of pancreatogastrostomy following pancreatoduodenectomy for trauma. J of Trauma. 1994, 37 (3), pp.395-400.
3. David V. Feliciano, Tomas D. Martin, Pamela A. Cruse, George L. Jordan. Management of combined pancreatoduodenal injuries. Ann Surg. 1987, pp.673-679.

4. *Lewis Eastlick, Richard J. Fogler, Gerald W. Shaftan.* Pancreaticoduodenectomy for trauma: Delayed reconstruction. A case report. *J of Trauma.* 1990, 4, pp.503-505.
5. *David A. Heimansohn, David F. Canal, Mary C. McCarthy, Peter B. Madura, James A. Madura, Thomas A. Broadie.* The role of pancreaticoduodenectomy in the management of traumatic injuries to the pancreas and duodenum. *Am Surgeon.* 1990, 56, pp.511-514.
6. *L.M. Gentilello, V. Cortes, K.J. Buechter, G.A. Gomez, M. Castro B.A., R. Zeppa.* Whipple procedure for trauma: is duct ligation a safe alternative to pancreaticojejunostomy? *J of Trauma.* 1991, 31 (5), pp.661-668.
7. *Michael Wynn, Dorca M. Hill, Don R. Miller, Keneth Waxman, Martin E. Eisner, Alan B. Gazzaniga.* Management of pancreatic and duodenal trauma. *Am J Surg.* 1985, 150, pp.327-332.
8. *Yasuyuki Suzuki, Yasuhiro Fujino, Takuro Yoshikawa, Yasuki Tanioka, Tetsuya Sakai, Moriatsu Takada, Yonson Ku, Yoshikazu Kuroda.* Intraoperative continuous external bile drainage during pancreaticoduodenectomy. *Surg Today.* 2004, 34, pp.920-924.
9. *Perissat J. et al.* Traumatismes du duodenopancresass. Pricipes de technique et de tactique chirurgicale. *EMC, tecnicas chirurgicales, appareil digestif.* 1991, p.40898.
10. *Snyder W.H. et al.* The surgical management of duodenal trauma. *Arch Surg.* 1980, 155, pp.422-429.