

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ



VÕ TRƯỜNG QUỐC

**NGHIÊN CỨU BIẾN CHỨNG RÒ TỤY VÀ
CHẢY MÁU SAU PHẪU THUẬT CẮT KHỐI
TÁ TỤY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ QUANH
BÓNG VATER**

Ngành: Ngoại khoa

Mã số: 9720104

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. Hồ Chí Minh, Năm 2024

Công trình được hoàn thành tại:
Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS. Phan Minh Trí
TS. Trần Công Duy Long

Phản biện 1:.....

Phản biện 2:.....

Phản biện 3:.....

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường
Hợp tại Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh
vào hồi.....giờ.....ngày.....tháng.....năm

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP.HCM
- Thư viện Đại học Y Dược TP.HCM

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

Tính cấp thiết của đề tài

Ung thư quanh bóng Vater bao gồm ung thư đầu tụy, ung thư đoạn cuối ống mật chủ, ung thư bóng Vater và ung thư tá tràng. Phẫu thuật cắt khối tá tụy hiện nay vẫn là phương pháp điều trị triệt để cho bệnh này. Với các tiến bộ về mặt kỹ thuật, tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật đã giảm nhiều (dưới 3%), song tỉ lệ biến chứng vẫn còn cao (30 - 50%). Trong đó, rò tụy và chảy máu là những biến chứng nguy hiểm nhất.

Theo tiêu chuẩn của ISGPS năm 2016, rò tụy được phân chia thành 2 nhóm: rò tụy không có triệu chứng lâm sàng (rò tụy sinh hóa hoặc rò tụy độ A) và rò tụy có triệu chứng lâm sàng (rò tụy độ B hoặc độ C). Trong đó, rò tụy có triệu chứng lâm sàng nghiêm trọng hơn cả vì làm tăng tỉ lệ tử vong sau cắt khối tá tụy. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu phân tích các đặc điểm lâm sàng, diễn tiến xét nghiệm và hình ảnh học giúp phân biệt các mức độ rò tụy cũng như chảy máu sau phẫu thuật. Tại Việt Nam, cũng chưa có nhiều nghiên cứu đa trung tâm áp dụng tiêu chuẩn này cho các bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater.

Các yếu tố liên quan đến biến chứng rò tụy và chảy máu sau phẫu thuật cắt khối tá tụy vẫn còn đang nghiên cứu và chưa thống nhất. Các nghiên cứu trước đây cũng chưa tập trung nhiều vào rò tụy có triệu chứng lâm sàng; một số yếu tố nguy cơ còn bàn cãi và chưa được đồng thuận. Ở Việt Nam, các kết quả điều trị biến chứng rò tụy và chảy máu vẫn chưa có nhiều báo cáo. Các đặc điểm về hình thái trong mổ rò tụy và chảy máu vẫn chưa

được thống kê chi tiết. Câu hỏi được đặt ra là: “Tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rò tụy và chảy máu sau cắt khối tá tụy là bao nhiêu? Các yếu tố nào có liên quan tới biến chứng rò tụy và chảy máu sau phẫu thuật cắt khối tá tụy? Kết quả điều trị biến chứng rò tụy và chảy máu sau cắt khối tá tụy như thế nào?”

Mục tiêu nghiên cứu

Từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đa trung tâm với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rò tụy và chảy máu sau phẫu thuật cắt khối tá tụy.
2. Xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ trước, trong phẫu thuật với rò tụy, chảy máu sau phẫu thuật cắt khối tá tụy.
3. Kết quả điều trị biến chứng rò tụy và chảy máu sau phẫu thuật cắt khối tá tụy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater có chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy.

Phương pháp nghiên cứu: đoàn hệ tiến cứu đa trung tâm.

Những đóng góp mới của nghiên cứu

Là 1 trong số ít công trình nghiên cứu đa trung tâm tại Việt Nam liên quan tới biến chứng rò tụy và chảy máu sau cắt khối tá tụy. Nghiên cứu giúp xác định các yếu tố liên quan đến biến chứng rò tụy và chảy máu sau phẫu thuật, xây dựng mô hình nomogram dự đoán biến chứng này. Qua đó giúp cho việc chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật được tốt hơn.

Nghiên cứu còn mô tả các đặc điểm lâm sàng, diễn tiến các

xét nghiệm và đặc điểm hình ảnh học trên bệnh nhân có biến chứng rò tụy và chảy máu, cũng như kết quả điều trị 2 biến này. Từ đó giúp cho việc theo dõi và phát hiện các biến chứng này sau phẫu thuật hiệu quả hơn.

Bố cục của luận án

Luận án gồm 133 trang: phần đặt vấn đề 3 trang, tổng quan tài liệu 32 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 23 trang, kết quả nghiên cứu 32 trang, bàn luận 40 trang, kết luận 2 trang, kiến nghị 1 trang. Có 41 bảng, 8 biểu đồ, 28 hình và 143 tài liệu tham khảo (tiếng Anh, tiếng Việt).

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Ung thư quanh bóng Vater

Ung thư quanh bóng Vater là các tân sinh ác tính vùng quanh bóng Vater, bao gồm ung thư biểu mô tuyến đầu tụy, ung thư biểu mô tuyến đoạn cuối ống mật chủ, ung thư biểu mô tuyến bóng Vater và ung thư biểu mô tuyến tá tràng. Biểu hiện thường gặp là vàng da (75%), kèm theo các triệu chứng khác liên quan tới tình trạng tắc mật như ngứa (11%), tiểu sậm màu và tiêu phân bạc màu. Nồng độ CA 19 - 9 tăng trong 75% trường hợp ung thư biểu mô tuyến ở tụy. Vai trò chính của CA 19 - 9 là theo dõi và tiên lượng vì giá trị CA 19 - 9 về bình thường sau phẫu thuật 2 tuần, tăng trở lại khi ung thư tái phát.

CLVT ngoài phát hiện u còn giúp phát hiện di căn hạch, cung cấp thông tin về khả năng cắt được u dựa vào đặc điểm có di căn xa hay không, tình trạng xâm lấn mạch máu. Chụp cộng hưởng

từ mật tụy được sử dụng để ghi nhận hình ảnh cây đường mật và ống tụy. Siêu âm qua nội soi kèm sinh thiết bằng kim nhỏ giúp xác định giải phẫu bệnh trước phẫu thuật, mức độ ung thư xâm lấn. Chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi giúp chẩn đoán và sinh thiết ung thư quanh bóng Vater, có thể kèm đặt ống thông giải áp đường mật. Chụp đường mật xuyên gan qua da giúp chẩn đoán hẹp đoạn cuối ống mật chủ và giải áp đường mật.

1.2. Phẫu thuật cắt khối tá tụy

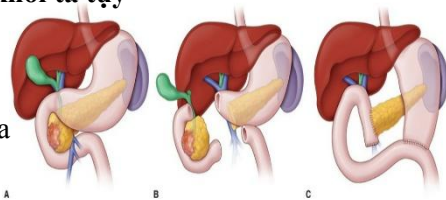
Các bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater còn khả năng cắt triệt để sẽ được chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy. Có thể thực hiện cắt khối tá tụy qua phẫu thuật nội soi hỗ trợ hoặc phẫu thuật mở bụng. Sau khi thăm sát đánh giá khả năng khối u có thể cắt bỏ được trong phẫu thuật, tiến hành phẫu thuật như hình 1.1.

Hình 1.1. Phẫu thuật cắt khối tá tụy

A) Khối ung thư

B) Khối tá tụy được cắt bỏ

C) Tái lập lưu thông tiêu hóa



Nguồn: Csaba G, 2018

Tái lập lưu thông tiêu hóa với 3 miệng nối bao gồm: nối đoạn đầu hồi tràng với mật cắt tụy (miệng nối tụy - hồi tràng kiểu 2 lớp cổ điển hoặc kiểu Blumgart cải biên), nối ống gan chung - hồi tràng và nối phần còn lại của dạ dày với hồi tràng.

1.3. Biến chứng rò tụy sau cắt khối tá tụy

1.4.1. Tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rò tụy

Trước năm 2016, có nhiều nghiên cứu về tiêu chuẩn chẩn đoán rò tụy, như dựa vào cung lượng dịch dẫn lưu bụng hoặc

amylase dịch ống dẫn lưu, qua đó phân rò tụy thành 3 độ (A,B,C). Năm 2016, nhóm nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật tụy thống nhất lại định nghĩa rò tụy, trong đó quan tâm đến các rò tụy có triệu chứng lâm sàng (clinically relevant post operative pancreatic fistula - CRPF), theo đó rò tụy mức độ A theo định nghĩa năm 2005 gọi là rò sinh hóa, rò tụy mức độ B và C được gọi là rò tụy có triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ rò tụy có triệu chứng lâm sàng vẫn chưa thống nhất qua nhiều báo cáo, dao động trong khoảng từ 9 - 30%, trong đó tỷ lệ rò tụy độ C chiếm khoảng 2 - 11,6%. Bảng 1.1 thể hiện phân độ rò tụy theo Nhóm nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật tụy (ISGPS).

Bảng 1.1. Định nghĩa và phân độ rò tụy theo ISGPS

Mức độ rò tụy	Độ A	Độ B	Độ C
Amylase dịch > 3 lần amylase huyết thanh	Có	Có	Có
Lưu ống dẫn lưu > 3 tuần	Không	Có	Có
Thay đổi điều trị rò tụy	Không	Có	Có
Dẫn lưu qua da/nội soi	Không	Có	Có
Can thiệp nội mạch điều trị chảy máu do rò tụy	Không	Có	Có
Phẫu thuật lại vì rò tụy	Không	Không	Có
Dấu hiệu nhiễm khuẩn	Không	Có	Có
Suy đa cơ quan do rò tụy	Không	Không	Có
Tử vong do rò tụy	Không	Không	Có

Nguồn: Bassi C và Marchegiani G (2017)⁶

1.4.2. Các yếu tố liên quan đến biến chứng rò tụy

Mật độ nhu mô tụy mềm: theo các tác giả Ulrich năm 2010, mật độ nhu mô tụy mềm chiếm 53,2%, yếu tố này làm tăng biến chứng rò tụy có ý nghĩa thống kê. Tác giả Kim JY và cộng sự năm 2013, nhận thấy rằng, bệnh nhân mô tụy mềm có tỉ lệ biến chứng rò tụy tăng gấp 3,02 lần so với nhóm có nhu mô tụy cứng.

Đường kính ống tụy nhỏ: nghiên cứu của tác giả Ying năm 2003 cho thấy kích thước ống tụy nhỏ hơn 3 mm làm tăng tỉ lệ rò tụy (38% so với 4,9% ở nhóm có ống tụy dẫn). Tác giả Nguyễn Cao Cương cũng ghi nhận kích thước ống tụy nhỏ có liên quan làm tăng biến chứng rò tụy sau phẫu thuật.

Kiểu tạo miệng nối tụy - hồng tràng: tác giả Lee năm 2018 chia làm 2 nhóm (nhóm thực hiện miệng nối tụy - hồng tràng kiểu Blumgart cải biên và nhóm nối ống tụy - hồng tràng 2 lớp cổ điển) ghi nhận, không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng rò tụy ở cả 2 nhóm. Tác giả Sohei năm 2019 lại cho rằng, nhóm thực hiện miệng nối tụy kiểu Blumgart cải biên có tỉ lệ rò tụy có triệu chứng lâm sàng thấp hơn có ý nghĩa thống kê (10% so với 19%).

1.4.3. Kết quả điều trị biến chứng rò tụy

Điều trị bảo tồn: tác giả Kazanjian ghi nhận tỉ lệ rò tụy sau cắt khối tá tụy trong nghiên cứu của ông là 12,6%, trong đó 94,5% bệnh nhân được điều trị bảo tồn thành công bằng cách lưu ống dẫn lưu, 7,3% bệnh nhân cần dẫn lưu qua da.

Điều trị phẫu thuật lại: theo tác giả Marek, các phương pháp phẫu thuật được sử dụng bao gồm dẫn lưu đơn thuần cạnh miệng nối tụy, làm lại miệng nối tụy kèm dẫn lưu ống tụy ra ngoài và cắt toàn bộ tụy. Tỉ lệ tử vong sau cắt toàn bộ tụy là 47,1%, so với

56,3% trong dẫn lưu đơn thuần cạnh miệng nối tụy ($p = 0,593$), và 50% trong làm lại miệng nối tụy ($p = 0,883$).

Hình 1.2. Phẫu trường trong phẫu thuật lại biến chứng rò tụy độ C

Quai hồng tràng được khâu mặt sau với mồm tụy.



Nguồn: Marek, 2019

1.4. Biến chứng chảy máu sau cắt khối tá tụy

1.4.1. Tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng của chảy máu

Tỷ lệ chảy máu sau phẫu thuật: nghiên cứu hồi cứu từ năm 2007 - 2011 của tác giả Kasumova và cộng sự ghi nhận, tỷ lệ chảy máu sau phẫu thuật chiếm 8,5%, trong đó đa số bệnh nhân cần can thiệp ngoại khoa. Một phân tích gộp khác của tác giả Floortje trên 464 bệnh nhân chảy máu cho thấy, tỷ lệ chảy máu dao động từ 3% đến 16% sau cắt khối tá tụy.

Đặc điểm lâm sàng của chảy máu: lâm sàng chảy máu sau phẫu thuật bao gồm tình trạng có máu chảy ra thông mũi - dạ dày hay qua dẫn lưu ổ bụng, nôn ra máu hoặc đi tiêu phân đen. Chảy máu sớm được định nghĩa trong vòng 24 giờ đầu sau phẫu thuật, trong khi chảy máu muộn xuất hiện sau 24 giờ. Theo tác giả Osamu N năm 2012, chảy máu mức độ nhẹ khi triệu chứng lâm sàng nhẹ, giảm hemoglobin nhỏ hơn 3g/dL, truyền máu dưới 3 đơn vị hồng cầu lắng. Chảy máu mức độ nặng khi giảm nồng độ hemoglobin từ 3g/dL, thay đổi huyết động (mạch nhanh, huyết áp tụt, thiếu niệu, sốc), cần truyền từ 3 đơn vị máu trở lên, cần can thiệp nội mạch hoặc phẫu thuật lại.

Bảng 1.2. Phân độ chảy máu sau cắt khối tá tụy theo ISGPS

Độ	Đặc điểm	Chẩn đoán	Can thiệp
A	Sớm, trong hoặc ngoài ống tiêu hóa, mức độ nhẹ	Theo dõi, công thức máu, siêu âm, và nếu cần, CLVT	Không can thiệp
B	Sớm, trong hoặc ngoài ống tiêu hóa, mức độ nặng	Theo dõi, công thức máu, siêu âm, và nếu cần, CLVT, chụp mạch máu, nội soi tiêu hóa trên	Truyền dịch/máu, theo dõi sát (hoặc ICU), nội soi can thiệp, thuyên tắc mạch, hoặc phẫu thuật lại đối với chảy máu sớm
	Muộn, trong hoặc ngoài ống tiêu hóa, mức độ nhẹ		
C	Muộn, trong hoặc ngoài ống tiêu hóa, mức độ nặng	Can thiệp nội mạch, CLVT, nội soi tiêu hóa trên	Khu trú lại điểm chảy máu, chụp mạch máu (nội soi tiêu hóa trên), hoặc phẫu thuật lại, nằm ICU.

Nguồn: Wentz MN, 2007

1.4.2. Các yếu tố liên quan đến biến chứng chảy máu

Các yếu tố liên quan chảy máu của tác giả Kasumova bao gồm giới tính nam, có cắt nối tĩnh mạch cửa, trung tâm có lưu lượng bệnh ít và nhiễm khuẩn ổ bụng sau phẫu thuật có liên quan tới chảy máu. Feng G năm 2014 ghi nhận, cắt nối tĩnh mạch cửa gây tăng nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật. Tác giả Guangxing năm 2011 ghi nhận, tỉ lệ chảy máu ổ bụng sau phẫu thuật cao hơn ở nhóm chỉ đặt stent ống tụy so với nhóm dẫn lưu ống tụy ra ngoài.

1.4.3. Kết quả điều trị biến chứng chảy máu

Nội soi tiêu hóa trên cầm máu: theo Kasumova, 64,1% bệnh nhân chảy máu sau mổ cần can thiệp thủ thuật, trong đó có 64,7% bệnh nhân chỉ cần một can thiệp duy nhất, và nội soi cầm máu chiếm đa số các trường hợp (47,8%). Tuy nhiên các nghiên cứu cho thấy, nội soi đôi khi cho kết quả dương tính giả hoặc không xác định được vị trí chảy máu, làm tăng nguy cơ can thiệp muộn.

Can thiệp nội mạch: theo Corea năm 2012, thuyên tắc mạch được sử dụng phổ biến vì xâm lấn tối thiểu, vừa giúp xác định nguồn gốc chảy máu, vừa điều trị thông qua thuyên tắc mạch hay đặt stent chỗ chảy máu. Còn theo Gordon năm 2016, chụp động mạch đặc biệt phù hợp ở bệnh nhân chảy máu muộn. Tuy nhiên, chụp mạch máu không thích hợp khi chảy máu từng đợt ngắt quãng, chảy máu lan tỏa hay chảy máu tĩnh mạch. Điều trị nội mạch cũng chỉ thích hợp ở các bệnh nhân huyết động ổn định.

Phẫu thuật lại: theo tác giả Osamu năm 2012, phẫu thuật lại nên được thực hiện ở các bệnh nhân sinh hiệu không ổn định. Phương pháp chính là cầm máu và kiểm soát thương tổn sau khi lấy bỏ khối máu tụ, phẫu tích và khâu lại chỗ chảy máu, dẫn lưu tốt ổ bụng, kiểm tra và tái tạo hoặc khâu tăng cường các miệng nối nếu cần thiết. Theo Balzano năm 2014, những bệnh nhân huyết động không ổn định thường chảy máu lượng lớn, như vị trí các động mạch lớn hoặc chảy máu các miệng nối. Trong trường hợp chảy máu do rò miệng nối tụy, phương pháp phẫu thuật lựa chọn tùy vào hình thái rò tụy trong mổ. Có thể dẫn lưu đơn thuần miệng nối tụy, hoặc làm lại miệng nối tụy kèm dẫn lưu ống tụy ra ngoài, hoặc cắt toàn bộ tụy.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Các bệnh nhân được chẩn đoán u quanh bóng Vater dựa vào kết quả CLVT, CHT có tiêm thuốc tương phản hoặc siêu âm qua ngả nội soi.

Có chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy: theo hướng dẫn của AJCC năm 2018 về tiêu chuẩn cắt được ung thư; chưa có di căn gan, chưa có nốt di căn phúc mạc; chưa xâm lấn TM MTTT, TM cửa hoặc còn khả năng cắt nối tĩnh mạch.

Thỏa các tiêu chuẩn cho phẫu thuật cắt khối tá tụy: độ tuổi từ 18 trở lên; tình trạng tắc mật không rối loạn đông máu; không thiếu máu cấp hoặc mạn tính; albumin trước phẫu thuật $\geq 2,5$ g/dL; không có tình trạng nhiễm khuẩn (số lượng bạch cầu máu ≤ 12 G/L); phân độ ASA I,II,III

Được cắt khối tá tụy và thực hiện miệng nối tụy 2 hồng tràng kiểu 2 lớp cổ điển hoặc kiểu Blumgart cải biên.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là viêm tụy mạn hoặc u lành.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ tiền cứu, đa trung tâm.

Cỡ mẫu: dự kiến tỉ lệ rò tụy có kèm triệu chứng lâm sàng là 10,3%, và tỉ lệ chảy máu sau phẫu thuật là 9,9%, xác suất sai lầm loại 1 là 5%, ta có cỡ mẫu tối thiểu 141 bệnh nhân.

Phương pháp thu thập số liệu: thu thập số liệu về chẩn đoán và điều trị chu phẫu: lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật, các dữ liệu trong phẫu thuật (bao gồm các yếu tố nguy cơ trong phẫu thuật thuật), chi tiết về lâm sàng và cận lâm sàng sau phẫu thuật, các phương pháp điều trị biến chứng rò tụy và chảy máu, kết quả điều trị 2 biến chứng này trong vòng 90 ngày sau phẫu thuật.

Các biến số về rò tụy và chảy máu sau phẫu thuật

Bảng 2.1: Biến số về rò tụy và chảy máu sau phẫu thuật

Tên biến	Định nghĩa
<i>Biến chứng rò tụy</i>	
Độ A	Rò tụy không kèm thêm các triệu chứng lâm sàng.
Độ B	Rò tụy có kèm triệu chứng lâm sàng nhưng không kèm suy cơ quan, không phẫu thuật lại, không tử vong.
Độ C	Có triệu chứng lâm sàng và suy cơ quan, phẫu thuật lại hoặc tử vong.
<i>Biến chứng chảy máu</i>	
Độ A	Chảy máu sớm sau phẫu thuật, mức độ nhẹ (không tụt huyết áp, giảm hemoglobin dưới 3 g/dL, truyền dưới 3 đơn vị máu)
Độ B	Chảy máu sớm mức độ nặng hoặc chảy máu muộn mức độ nhẹ.
Độ C	Chảy máu muộn mức độ nặng hoặc tử vong.

Phương pháp phân tích số liệu

Để xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ tới rò tụy và chảy máu, hồi quy logistic được sử dụng. Sau khi xác định mối liên quan đơn biến, biến số có giá trị p nhỏ hơn 0,05 sẽ được đưa vào mô hình hồi quy đa biến để xác định các yếu tố nguy cơ thực sự. Độ tin cậy 95% các phép so sánh có ý nghĩa thống kê khi giá trị p nhỏ hơn 0,05.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, có 183 trường hợp ung thư quanh bóng Vater: 39 bệnh nhân tại trung tâm 1 và 144 bệnh nhân tại trung tâm thứ 2.

Tuổi trung bình là $57,5 \pm 12,6$ (21 - 87 tuổi). Tỉ số nam/ nữ là 1,23, 81 trường hợp có bệnh lý nội khoa. Có 151 trường hợp mổ mở và 32 trường hợp phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy.

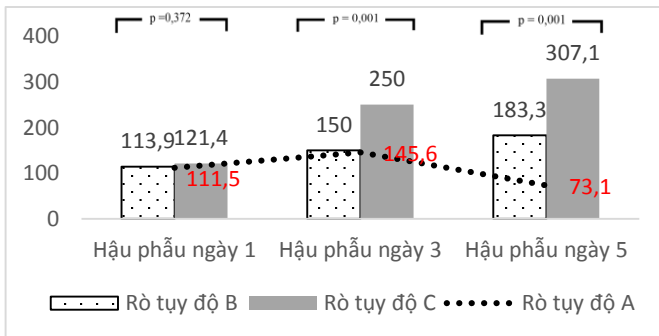
Có 2 trường hợp tử vong sau cắt khối tá tụy, chiếm 1,1%. Trong đó, 1 trường hợp tử vong sau điều trị rò tụy và chảy máu, trường hợp còn lại do biến chứng viêm phổi sau phẫu thuật.

3.2. Biến chứng rò tụy sau cắt khối tá tụy

3.2.1. Tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rò tụy

Có 52 trường hợp rò tụy độ A - chiếm 28,5%, 7 trường hợp (3,8%) độ C và 18 trường hợp rò tụy độ B (9,8%).

Rò tụy độ A: rò tụy độ A chỉ có thay đổi sinh hóa dịch ống dẫn lưu, lâm sàng không có khác biệt so với nhóm không rò tụy.



Biểu đồ 3.1. Thể tích dịch dẫn lưu (mL) các ngày hậu phẫu

Số lượng bạch cầu ở nhóm rò tụy độ B và độ C cao hơn nhóm rò tụy độ A và nhóm không rò tụy, sự tăng này có ý nghĩa thống kê vào ngày hậu phẫu thứ 5 ($p = 0,001$). Nồng độ amylase dịch dẫn lưu của rò tụy độ A tăng vào ngày hậu phẫu thứ 3, sau đó giảm dần vào ngày hậu phẫu 5.

Hình ảnh trên CLVT của các trường hợp rò tụy độ A bao gồm: thâm nhiễm quanh các miêng nối (tụy - hồng tràng, ống gan chung - hồng tràng, vị tràng) và phù nề quai hồng tràng.

Rò tụy độ B: triệu chứng thường gặp của rò tụy độ B là đau bụng (72,2%) và thay đổi màu sắc dịch ống dẫn lưu (61,1%). Có 17 bệnh nhân (94,4%) rò tụy độ B có kèm thêm các biến chứng khác.

Bảng 3.2. Triệu chứng các trường hợp rò tụy độ B và độ C

Tr/chứng lâm sàng, n %	Rò độ B	Rò độ C
Đau bụng	13 (72,2)	4 (57,2)
Sốt	6 (33,3)	2 (28,6)
Bụng chướng	7 (38,8)	2 (28,6)
Không thể ăn đường miệng	9 (50)	4 (57,2)
Thay đổi màu ống dẫn lưu	11 (61,1)	6 (85,7)
Tụt huyết áp	0	5 (71,4)
Nhiêm nhọt	6 (33,3)	4 (57,2)

CLVT thường gặp là tụ dịch khu trú cạnh miêng nối tụy - hồng tràng (38,8%), hở miêng nối tụy - hồng tràng (100%), giả phình ĐM gan (11,1%), phù nề quai hồng tràng (22,2%). Kích thước trung vị ổ tụ dịch cạnh miêng nối tụy: 3,2 cm (2,1 - 4,6 cm).

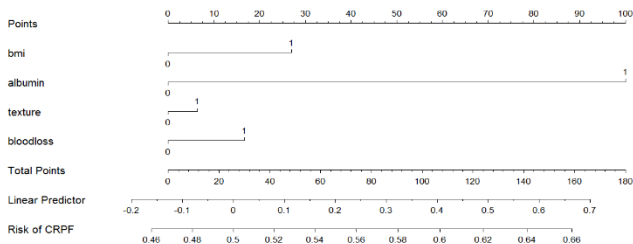
Rò tụy độ C: có 7 trường hợp rò tụy được phân độ C, đa số có tụt huyết áp tại thời điểm chẩn đoán (71,4%), hơn phân nửa có kèm

chảy máu sau mổ (71,4%). Xét nghiệm ghi nhận có giảm nồng độ hemoglobin qua các ngày hậu phẫu.

Hình ảnh CLVT gồm phù nề quai hông tràng (71,4%), hở miệng nổi tụ - hông tràng (100%), tụ dịch cạnh miệng nổi tụ - hông tràng (42,9%), kích thước ổ tụ dịch trung vị 5,8 cm (4,5 – 7,3 cm), dịch lan tỏa khắp bụng (57,1%), tụ dịch khí khoang sau phúc mạc (28,5%).

3.2.2. Các yếu tố liên quan đến biến chứng rò tụy

Có 4 yếu tố nguy cơ rò tụy có kèm triệu chứng lâm sàng, bao gồm chỉ số khối cơ thể ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$), lượng máu mất ($\geq 400\text{mL}$), mật độ mô tụy mềm, albumin trước phẫu thuật $< 3,5 \text{ g/dL}$.



Biểu đồ 3.2. Nomogram dự đoán rò tụy độ B/C

3.2.3. Kết quả điều trị biến chứng rò tụy

Rò tụy độ A: có 8 trường hợp kèm rò đường chấp độ A, ngoài ra không kèm biến chứng khác. Theo dõi sau ra viện, có 1 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, và 1 trường hợp tắc ruột do dính.

Rò tụy độ B: Có 6 phương pháp điều trị rò tụy độ B, bao gồm thay đổi kháng sinh điều trị (55,5%), lưu ống dẫn lưu trên ba tuần (72,2%), sử dụng Octreotide (38,8%), dinh dưỡng tĩnh mạch (44,4%), can thiệp qua da (22,2%), can thiệp nội mạch (11,1%).

Thời gian lưu ống dẫn lưu là 23,5 ngày (14 - 41 ngày). Thời gian nằm viện trung vị là 18 ngày. Có 2 bệnh nhân nhập viện lại vì rò tụy chiếm 11,1%, các bệnh nhân nhập viện lại đều được điều trị nội khoa ổn.

Rò tụy độ C: 6 trường hợp phẫu thuật lại và 1 trường hợp tử vong. Thời điểm phẫu thuật lại trung vị là 11, 5 ngày (7 - 16 ngày).

Bảng 3.3. Các hình thái trong phẫu thuật lại rò tụy độ C

Hình thái rò tụy (N = 6)	n (%)
Khối máu tụ vùng dưới gan/cạnh tụy	2 (33,3)
Vết nền vùng HCMN	1 (16,7)
Kèm rò mật	2 (33,3)
Kèm chảy máu sau mổ	
ĐM vị tá	1 (16,7)
Nhánh TM đại tràng giữa	2 (33,3)
Nhánh TM MTTT	1 (16,7)
Bục mặt trước miệng nối tụy - hồng tràng	2 (33,3)
Bục toàn bộ miệng nối tụy - hồng tràng	2 (33,3)
Hoại tử môm tụy	1 (16,7)

Thời gian phẫu thuật lại trung vị 178 phút. Có 1 trường hợp cần truyền máu sau phẫu thuật lại (700 mL). Thời gian lưu ống dẫn lưu bụng 19, 5 ngày. Thời gian rút ống nuôi ăn hồng tràng trung bình 18 ngày sau phẫu thuật lại. Không có trường hợp nào tử vong sau phẫu thuật lại. Trong quá trình theo dõi, có 1 trường hợp nhập viện lại vì chậm tổng xuất dạ dày, 2 trường hợp nhập viện lại vì rò tụy tiếp diễn.

3.3. Biến chứng chảy máu sau cắt khối tá tụy

3.3.1. Tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chảy máu

Có 16 trường hợp được chẩn đoán chảy máu sau phẫu thuật, chiếm 8,7% (3 chảy máu sớm, 13 trường hợp chảy máu muộn).

Cả 3 TH chảy máu sớm đều là chảy máu trong lòng OTH. Thời điểm chẩn đoán là 9 giờ sau cắt khối tá tụy. Cả 3 TH đều có máu ra ống thông mũi dạ dày, 2 TH có ói ra máu.

Thời điểm chẩn đoán chảy máu muộn sau mổ trung vị là 8 ngày (5 - 14 ngày). Có 6/13 trường hợp tụt huyết áp tại thời điểm chẩn đoán. Giảm nồng độ hemoglobin trung vị 5,5 g/dL. Vị trí chảy máu muộn đa dạng, đa số chẩn đoán dựa vào chảy máu ra ống dẫn lưu bụng (9 trường hợp).

Hình CLVT bao gồm hở miệng nổi tụ - hồng trảng (53,8%), dịch đậm độ cao cạnh miệng nổi tụ - hồng trảng (15,4%).

3.3.2. Các yếu tố liên quan đến biến chứng chảy máu

Rò tụy có triệu chứng lâm sàng làm tăng tỉ lệ biến chứng chảy máu muộn sau phẫu thuật, có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$).

3.3.3. Kết quả điều trị biến chứng chảy máu

Cả 3 trường hợp chảy máu sớm đều không phát triển thêm biến chứng khác. Có 2 trường hợp cần truyền máu sau can thiệp, tỉ lệ thành công sau can thiệp lại đạt 100%.

Kết quả điều trị chảy máu muộn sau phẫu thuật:

Điều trị bảo tồn (4 TH): 3 TH thành công, 1 TH tử vong

Nội soi tiêu hóa trên cầm máu (2 TH): đều thành công

Can thiệp nội mạch (3 TH): 2 TH thành công, 1 TH thất bại phải phẫu thuật lại do chảy máu động mạch bờ cong nhỏ dạ dày.

Phẫu thuật lại (4 TH): đều thành công.

Bảng 3.4. Kết quả 4 trường hợp phẫu thuật lại

Kết quả điều trị	Trung vị/số ca	Tỉ lệ (%)
Truyền máu sau phẫu thuật	3	75
Thể tích máu truyền	350 - 700 mL	
Nằm viện sau phẫu thuật	21 ngày (12 → 45 ngày)	
Chảy máu tiếp diễn	0	0
Tử vong	0	0

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Khi tuổi bệnh nhân càng cao, tỉ lệ các biến chứng càng tăng.¹Theo y văn, tuổi trung bình dao động từ 57 - 61,7 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $57,5 \pm 12,6$ tuổi. Đa số các trường hợp (46%) có độ tuổi nằm trong khoảng 50 - 65. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng so với các tác giả khác.

Tỉ lệ tử vong, theo tác giả Rumstadt, tử vong được định nghĩa là chết trong thời gian nằm viện hoặc là hậu quả của các biến chứng. Tác giả Ballarin năm 2010 ghi nhận tỉ lệ tử vong sau cắt khối tá tụy là 1,3%. Tác giả Nguyễn Cao Cương báo cáo tỉ lệ tử vong là 4,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có hai trường hợp tử vong trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỉ lệ 1,1%. Nguyên nhân tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi có giảm so với các tác giả trước đây, có thể do áp dụng đồng bộ các kỹ thuật nối tụy theo y văn và học hỏi kinh nghiệm trong quá khứ, đồng thời cũng thận trọng hơn trong việc lựa chọn bệnh nhân trước phẫu thuật.

4.2. Biến chứng rò tụy sau cắt khối tá tụy

4.2.1. Tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rò tụy

Theo tác giả Ulrich năm 2010, rò tụy độ A chiếm tỉ lệ 63,1%, rò tụy độ B chiếm 15,8%, rò tụy độ C chiếm 21,1%. Trong nghiên cứu chúng tôi, có 77 bệnh nhân có biến chứng rò tụy, trong đó tỉ lệ rò tụy độ A, B, C lần lượt là 28,5%, 9,8% và 3,8%.

Về lâm sàng, rò tụy độ A chủ yếu thay đổi về xét nghiệm. Theo tác giả Jamal, thay đổi lâm sàng duy nhất của rò tụy độ A là tăng cung lượng dịch dẫn lưu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dịch dẫn lưu trong rò tụy độ A tăng vào ngày hậu phẫu thứ 3, sau đó dần trở về bình thường. Trong khi ở rò tụy độ B và C, lượng dịch ống dẫn lưu tiếp tục tăng dần ở các ngày hậu phẫu tiếp theo. Triệu chứng của rò tụy độ B bao gồm đau bụng (72,2%), thay đổi tính chất dịch dẫn lưu (61,1%), sốt, không thể ăn lại đường miệng, bụng chướng. Đau bụng và thay đổi tính chất dịch dẫn lưu luôn là các triệu chứng sớm gợi ý rò tụy độ B. Chướng bụng, sốt là các dấu hiệu muộn và thường đi kèm với áp xe ổ bụng. Đa số rò tụy độ C có tụt huyết áp (71,4%), hơn phân nửa có kèm chảy máu (71,4%). Đây là 1 trong các nguyên nhân khiến rò tụy phải phẫu thuật lại, và làm tăng tỉ lệ tử vong.

Về cận lâm sàng, rò tụy độ A đều không khác biệt về số lượng bạch cầu máu qua các ngày hậu phẫu. Trong khi rò tụy độ B và C, số lượng bạch cầu máu tăng dần. Nguyên nhân do sau hậu phẫu ngày thứ 3, rò tụy độ A bắt đầu lành miệng nối tụy - hồng tràng, khi đó phản ứng viêm giảm dần. Trong khi ở rò tụy có kèm triệu chứng lâm sàng, sự hở miệng nối tụy - hồng tràng tiếp tục diễn ra, gây tăng phản ứng viêm và bạch cầu máu cũng tăng theo.

Trên hình ảnh CLVT, ổ rò tụy độ A không có tụ dịch trong ổ bụng, không hở miệng nối tụy - hồng tràng. Đối với rò tụy độ B, thường gặp là các ổ tụ dịch khu trú cạnh tụy, hở miệng nối tụy - hồng tràng và phù nề quai hồng tràng, có một trường hợp rò tụy độ B có giả phình động mạch gan. Đối với rò tụy độ C, tất cả hình CLVT ghi nhận hở miệng nối tụy - hồng tràng (100%). Dịch tự do lan tỏa khắp ổ bụng là một điểm đặc hiệu trong rò tụy độ C. Dấu hiệu ổ tụ dịch khí khoang sau phúc mạc cũng thường gặp ở các bệnh nhân rò tụy độ C, gợi ý áp xe tồn lưu. Hình ảnh tụ dịch đậm độ cao trên CLVT có thể gợi ý có sự xuất hiện rò tụy độ C.

4.2.2. Các yếu tố liên quan đến biến chứng rò tụy

Tăng chỉ số khối cơ thể (BMI): tác giả Sébastien kết luận rằng tăng chỉ số khối cơ thể là một nguy cơ rò tụy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ có liên quan tới rò tụy có triệu chứng lâm sàng. Điều này có thể được giải thích do tăng chỉ số khối cơ thể có liên quan tới tình trạng nhu mô tụy thoái hóa mỡ. Tăng chỉ số khối cơ thể còn ảnh hưởng tới sự lành vết thương.

Giảm albumin máu: tác giả Shinkawa kết luận rằng 83%-88% bệnh nhân ung thư quanh bóng bóng Vater có chế độ dinh dưỡng kém trước phẫu thuật. Phân tích đa biến trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức albumin $< 3,5 \text{ mg/dL}$ có liên quan đến rò tụy có triệu chứng lâm sàng ($p=0,008$). Albumin thấp có thể làm giảm tổng hợp protein cho quá trình lành miệng nối và giảm phản ứng viêm, đặc biệt là trong quá trình hậu phẫu.

Mật độ nhu mô tụy mềm: tác giả Nguyễn Cao Cương cho rằng mật độ nhu mô tụy mềm làm tăng biến chứng rò tụy. Trong

nguyên cứu của chúng tôi, phân tích đa biến ghi nhận mật độ mô tụy mềm làm tăng tỉ lệ rò tụy lên 3,08 lần. Nhu mô tụy mềm dễ bị tổn thương trong quá trình khâu nối. Thêm vào đó, chức năng ngoại tiết thường tăng trong các trường hợp nhu mô tụy mềm, dẫn đến tăng tiết dịch tụy giàu enzyme proteolytic.

Lượng máu mất trong phẫu thuật: Hayashi hồi cứu 106 bệnh nhân được cắt khối tá tụy tính toán được lượng máu mất trung bình là 588 mL. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân mất máu từ hơn 400 mL chiếm tỉ lệ thấp nhưng là một yếu tố làm tăng nguy cơ rò tụy có kèm triệu chứng lâm sàng lên gấp 1,9 lần.

4.2.3. Kết quả điều trị rò tụy

Về điều trị rò tụy độ A, thời gian rút ống dẫn lưu trung bình là $6,8 \pm 1,5$ ngày, thời gian nằm viện trung bình là $9,8 \pm 3,6$ ngày. Không có sự khác biệt giữa nhóm không rò và rò độ A về thời gian lưu ống dẫn lưu và thời gian nằm viện sau mổ.

Đặc trưng của điều trị rò tụy độ B là kết hợp nhiều phương thức nội khoa và ngoại khoa. Tác giả Kazanjian ghi nhận tỉ lệ rò tụy độ B sau cắt khối tá tụy là 12,6%, trong đó 94,5% bệnh nhân được điều trị bảo tồn thành công bằng cách lưu ống dẫn lưu, 7,3% bệnh nhân cần can thiệp dẫn lưu qua da. Về kết quả điều trị, thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình là 23,5 ngày (từ 14 đến 41 ngày). Sau ra viện, có 2 trường hợp phải nhập viện lại rò tụy tiếp diễn (chiếm 11,1%).

Điều trị rò tụy độ C: theo tác giả Marek, mổ lại sớm nên được khuyến cáo trong vòng 72 giờ kể từ thời điểm chẩn đoán rò tụy độ C. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 6 bệnh nhân được chỉ định

mở lại ngay tại thời điểm chẩn đoán rò tụy độ C, 1 trường hợp được điều trị nội khoa, bệnh nhân phát triển chảy máu, diễn tiến nhiễm khuẩn huyết và nặng xin về. Trong phẫu thuật lại, có thể bảo tồn nhu mô tụy hoặc cắt toàn bộ tụy. *Phẫu thuật bảo tồn nhu mô tụy*: có 3 trường hợp (50%) khâu tăng cường mặt trước tụy và 2 trường hợp làm lại miệng nối tụy - hồng tràng (33,3%). Khâu tăng cường mặt trước tụy có tỉ lệ mở lại cao hơn làm lại miệng nối tụy - hồng tràng. Nhược điểm của bảo tồn mô tụy là nguy cơ rò tụy tiếp diễn. *Cắt toàn bộ tụy*: có tỉ lệ mở lại thấp hơn so với khâu tăng cường miệng nối tụy (23,5% so với 56,3%, $p = 0,055$). Chúng tôi chỉ có 1 trường hợp phải cắt toàn bộ tụy. Đây là phẫu thuật xâm lấn và mất chức năng tụy, nên chỉ trường hợp hoại tử hoàn toàn nhu mô tụy mới chọn lựa cắt toàn bộ tụy.

4.3. Biến chứng chảy máu sau cắt khối tá tụy

4.3.1. Tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của chảy máu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ chảy máu sau phẫu thuật là 8,7%. Tác giả Osamu ghi nhận biến chứng chảy máu sau phẫu thuật chiếm 2%. Tỉ lệ tử vong do biến chứng này là 30-58%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một trường hợp tử vong do biến chứng này, chiếm tỉ lệ 6,3%. Theo tác giả Rumstadt, 52,38% chảy máu do xuất huyết tiêu hóa, chảy máu từ vùng phẫu thuật chiếm 47,62%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 trường hợp chảy máu sớm là từ miệng nối dạ dày - hồng tràng. Đối với chảy máu muộn, có 2 trường hợp loét miệng nối dạ dày - hồng tràng (12,5%), giả phình động mạch gan (12,5), chảy máu ĐM vị tá (6,3%), chảy máu từ TM mạc treo tràng trên (6,3%), TM đại

tràng giữa (12,5%), nhánh ĐM bờ cong nhỏ dạ dày (6,3%). Điều này có thể giải thích do biến chứng rò tụy gây xói mòn các mạch máu và gây chảy máu vào trong ổ bụng.

4.3.2. Các yếu tố liên quan đến biến chứng chảy máu

Theo tác giả Rumstadt, chảy máu do xói mòn mạch máu sau rò tụy chiếm 26,2%. Theo tác giả Stefano, men tụy là loại protease, sẽ ăn mòn miệng nối, các cấu trúc lân cận và mạch máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7 trong tổng số các bệnh nhân chảy máu sau phẫu thuật có kèm thêm biến chứng rò tụy. Rò tụy có kèm triệu chứng lâm sàng làm tăng nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật gấp 3,18 lần ($p = 0,001$). Do đó, các bệnh nhân rò tụy đã được chẩn đoán, kèm theo sự giảm đột ngột hemoglobin, nên theo dõi thật kỹ và luôn cần can thiệp để tránh biến chứng chảy máu và tử vong.

4.3.3. Kết quả điều trị chảy máu sau cắt khối tá tụy

Điều trị bảo tồn cho các bệnh nhân chảy máu thường được lựa chọn khi sinh hiệu ổn định. Những vị trí chảy máu này thường liên quan tới các tĩnh mạch nhỏ và tại vết mổ. Trong nghiên cứu có một trường hợp tử vong sau điều trị bảo tồn biến chứng chảy máu muộn, chiếm 6,3%. Tỷ lệ này gần tương đương với tác giả Kasumova (5,7%), nhưng thấp hơn của tác giả Yekebas (16%).

Về nội soi can thiệp chảy máu, tác giả Ding X ghi nhận tỷ lệ thành công qua nội soi tiêu hóa trên cầm máu là khoảng 75%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Yekebas là 80%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một trường hợp chảy máu sớm nội soi tiêu hóa trên không thể cầm máu (tỷ lệ thành công đạt 66,7%).

Về can thiệp nội mạch, tác giả Ding X ghi nhận thuyên tắc mạch có tỉ lệ thành công cao 87%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một trường hợp giả phình nhánh động mạch vị trái tuy nhiên can thiệp nội mạch thất bại. Bệnh nhân phẫu thuật lại, ghi nhận chảy máu 1 nhánh từ động mạch bờ cong nhỏ dạ dày.

Trong nhóm các trường hợp phẫu thuật lại, có 3 trường hợp cần truyền máu sau mổ, lượng máu truyền dao động từ 350 - 700 mL, tỉ lệ điều trị thành công ban đầu lên 81,2%. Thời gian nằm viện trung vị của tất cả các ca chảy máu sau phẫu thuật là 21 ngày (12 - 45 ngày). Khi theo dõi, không có trường hợp nào nhập viện lại vì chảy máu trở lại và không có trường hợp tử vong.

KẾT LUẬN

Qua 183 trường hợp ung thư quanh bóng Vater tại hai trung tâm được phẫu thuật cắt khối tá tụy, chúng tôi ghi nhận:

1. Tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rò tụy, chảy máu

Tỉ lệ rò tụy độ A chiếm 28,5%, rò tụy có kèm triệu chứng lâm sàng chiếm 13,6% (trong đó rò tụy độ B chiếm 9,8%, rò tụy độ C chiếm 3,8%), chảy máu sau phẫu thuật chiếm 8,7%.

Rò tụy độ A: đặc điểm tương đương với nhóm không rò tụy.

Rò tụy độ B: đau bụng và thay đổi màu sắc dịch dẫn lưu thường gặp. Nồng độ amylase dịch, số lượng bạch cầu máu và thể tích dịch ống dẫn lưu tăng dần qua các ngày hậu phẫu.

Rò tụy độ C: tụt huyết áp và niêm nhạt là các triệu chứng thường gặp nhưng muộn. CLVT cung cấp các đặc điểm giúp phân biệt rò tụy độ C so với độ B.

Chảy máu sớm sau phẫu thuật hầu hết là chảy máu trong lòng OTH, thường gặp là chảy máu miệng nối vị tràng. Chảy máu muộn sau phẫu thuật có thể là chảy máu trong lòng OTH hoặc ngoài OTH, được chẩn đoán dựa vào lâm sàng, CLVT, chụp mạch máu hoặc qua phẫu thuật lại.

2. Các yếu tố nguy cơ rò tụy và chảy máu sau phẫu thuật

Các yếu tố nguy cơ rò tụy có kèm triệu chứng lâm sàng: BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, albumin máu $< 3,5 \text{ g/dL}$, mật độ nhu mô tụy mềm và lượng máu mất trong phẫu thuật $\geq 400 \text{ mL}$.

Rò tụy là yếu tố nguy cơ của chảy máu ($p = 0,001$).

3. Kết quả điều trị biến chứng rò tụy và chảy máu

Rò tụy độ B cho tỉ lệ nhập viện lại vì rò tụy cao (11,1%). Phẫu thuật lại rò tụy độ C có tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật (0%)

Tỉ lệ điều trị thành công biến chứng chảy máu là 81,2%. Có 2 trường hợp cần đến can thiệp thứ phát và 1 trường hợp tử vong.

KIẾN NGHỊ

Cần xem xét các yếu tố chu phẫu liên quan tới biến chứng rò tụy và chảy máu sau phẫu thuật; đồng thời cũng thực hiện thường quy CLVT vào 1 ngày hậu phẫu nhất định.

Bên cạnh, khi nghi ngờ có chảy máu, có thể thực hiện nội soi dạ dày hoặc chụp can thiệp mạch thường quy; cần có thêm nghiên cứu sâu hơn về rò tụy độ C, nhằm phân biệt rõ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng so với rò tụy độ B, để có xử trí sớm nhất.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Vo Truong Quoc, Phan Minh Tri, Tran Cong Duy Long, Doan Tien My. Risk factors and nomogram of clinically relevant pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy for periampullary cancer: A prospective multicenter cohort study. *Formosan Journal of Surgery*. 2024; 57(5):195-201.
2. Vo Truong Quoc, Phan Minh Tri, Tran Cong Duy Long, Doan Tien My. Computerized tomography on the 5th postoperative day helps distinguish grade C from grade B pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy for periampullary cancer. *Formosan Journal of Surgery*. 2024; 57(6):232-237.
3. Võ Trường Quốc, Phan Minh Trí, Trần Công Duy Long, Đoàn Tiến Mỹ. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy: nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm. *Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam*. 2023;1(13):20-25.

