

CHỈ ĐỊNH CẮT KHỐI TÁ TỤY

TRỊNH HỒNG SƠN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt khối tá tụy (DPC) được coi là một phẫu thuật nặng trong phẫu thuật ổ bụng vì nó liên quan tới đường mật; dạ dày; tá tràng; đầu tụy và các nhánh mạch của động mạch thân tạng, động mạch, tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa. Tỷ lệ tử vong sau cắt khối tá tụy thay đổi theo thời gian, trung tâm phẫu thuật.

Chỉ định DPC chủ yếu trong điều trị phẫu thuật các khối u ác tính vùng tá tràng đầu tụy. Tuy nhiên ngoài các chỉ định liên quan tới bệnh lý, chấn thương, chỉ định DPC còn phụ thuộc vào tuổi, thể trạng người bệnh, điều kiện phương tiện gây mê hồi sức cũng như trình độ phẫu thuật viên.

Nghiên cứu này trình bày chỉ định và kết quả DPC qua 59 ca được bản thân tác giả thực hiện trong năm 2 năm (2010-2011).

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 59 trường hợp DPC được tác giả thực hiện tại bệnh viện Việt Đức và một số bệnh viện khác trong thời gian 2 năm từ 1.1.2010 đến 31.12.2011 (năm 2010 là 28 trường hợp, năm 2011 là 31 trường hợp).

2. Phương pháp: nghiên cứu tiền cứu mô tả

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu.

- Tuổi, giới, nghề nghiệp
- Nơi phẫu thuật
- Các hình thức lập lại lưu thông tiêu hóa và phẫu thuật phối hợp
- Nhóm chỉ định, kết quả giải phẫu bệnh
- Kết quả sớm sau mổ: tử vong và biến chứng

KẾT QUẢ

Bảng 1. Tuổi

Tuổi	n	%
<15	2	3,4
15- 30	5	8,5
31- 60	36	61,0
61-70	9	15,3
71-80	7	11,9
Tổng	59	100,0

Tuổi thấp nhất: 13, cao nhất: 78. Tuổi trung bình 55

Bảng 2. Giới

Giới	n	%
Nam	38	64,4
Nữ	21	35,6
Tổng	59	100,0

Bảng 3. Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Làm ruộng	11	18,6
Công nhân	5	8,5
Công an	2	3,4
Kỹ sư	2	3,4
Bác sĩ	1	1,7
Giáo viên	3	5,1
Tư do	11	18,6
Sinh viên	2	3,4
Học sinh	2	3,4
Hưu trí	11	18,6
Lái xe	1	1,7
Cán bộ ủy ban	7	11,9
Nhà báo	1	1,7
Tổng	59	100,0

Bảng 4. Nơi phẫu thuật

Bệnh viện	n	%
Bv Việt Đức	39	66,1
Bv Hữu nghị	10	16,9
Bv 198	2	3,4
Bv Việt Tiệp Hải phòng	2	3,4
Bv Đa khoa Đà Nẵng	1	1,7
Bv Bưu điện Hà Nội	1	1,7
Bv Đông anh	1	1,7
Bv Bắc Thăng long	1	1,7
Bv Saint Paul	1	1,7
Bv Đa khoa tỉnh Bắc ninh	1	1,7
Tổng	59	100,0

Bảng 5. Các hình thức lập lại lưu thông tiêu hóa và phẫu thuật phối hợp

Lập lại lưu thông tiêu hóa và phẫu thuật phối hợp	n	%
Nối nang đuôi tụy quai hồng tràng thứ 2	1	1,7
Nối lại động mạch gan	2	3,4
Nối tụy ruột	4	6,8
Nối tụy dạ dày	55	93,2
Cắt thùy gan trái phối hợp	1	1,7
Kèm phẫu thuật Partington	1	1,7

Bảng 6. Nhóm chỉ định, kết quả giải phẫu bệnh

Chỉ định	n	%
K đầu tụy	29	49,2
Viêm tụy mãn	6	10,2
U đặc giả nhú	5	8,5
K Vater	5	8,5
K tá tràng	4	6,8
K phần thấp ống mật chủ	3	5,1
Chảy máu tiêu hóa do u lành tá tràng	2	3,4
U tụy nội tiết	1	1,7
Loét D2 tá tràng	1	1,7
GIST tá tràng	1	1,7
K dạ dày xâm lấn đầu tụy	1	1,7
K đại tràng phải xâm lấn tá tràng và đầu tụy	1	1,7
Tổng	59	100,0

Bảng 7. Kết quả sớm sau mổ

Biến chứng sớm sau mổ, tử vong, nặng về	n	%
Rò tụy (ở bệnh nhân nối tụy ruột), điều trị nội khối	1	1,7
áp xe tồn dư điều trị nội khối	2	3,4
Chảy máu tiêu hóa sau mổ, điều trị nội khối	1	1,7
Nhiễm trùng vết mổ	3	5,1
Tử vong	0	0
Nặng xin về	0	0

BÀN LUẬN

1. Chỉ định của DPC.

DPC trong nghiên cứu này chiếm 64,4% là bệnh nhân nam giới (Bảng 2), tuổi trung bình là 55. Đáng lưu ý lứa tuổi trên 70 có 7 trường hợp chiếm 11,9% (Bảng 1), tuổi cao nhất 78 và tuổi thấp nhất 13.

DPC được thực hiện ở các bệnh nhân thuộc nhiều ngành nghề khác nhau (Bảng 3): làm ruộng, hưu trí, giáo viên, kỹ sư, bác sĩ, nhà báo, công an... Số cán bộ ủy ban có 7 trường hợp chiếm 11,9%.

DPC trong thời gian này được tác giả thực hiện chủ yếu tại bệnh viện Việt Đức 66,1%, bệnh viện Hữu nghị 16,9%, số còn lại được thực hiện một số bệnh viện như bệnh viện 198, Việt Tiệp Hải phòng, đa khoa Đà Nẵng, đa khoa Bắc ninh, Đông anh, Bắc Thăng long, Saint Paul, Bưu điện Hà Nội (Bảng 4).

Bảng 5 cho biết: miệng nối tụy dạ dày được thực hiện chủ yếu (93,2%). Miệng nối tụy ruột chỉ được thực hiện 4 trường hợp (6,8%). Lý do thực hiện miệng nối tụy dạ dày đã được tác giả nêu rõ [1]:

- Về mặt sinh lý, dịch tụy chứa các men tiêu hoá ở dạng chưa được hoạt hoá, các men này sẽ được hoạt hoá bởi các men ở ruột và đây là một yếu tố góp phần gây rò tụy. Trong khi đó acid trong dịch vị lại có khả năng ngăn ngừa việc hoạt hoá các enzym của tụy.

- Về mặt cơ học, ở miệng nối tụy dạ dày, nhờ có sonde dạ dày mà miệng nối luôn được giảm áp lực, không bị căng, ít nguy cơ rò, bục. Trong khi miệng nối tụy ruột non có thể gặp sự tắc nghẽn lưu thông trong quai ruột đưa lên nối với tụy cộng với sự phù nề thành ruột làm tăng nguy cơ rò, bục miệng nối.

- Về mặt giải phẫu, nối dạ dày - tụy có nhiều ưu điểm hơn như thành dạ dày dày, tưới máu rất tốt, có thể dễ dàng thực hiện đường khâu, đồng thời có thể dễ dàng kiểm soát cầm máu ở diện cắt tụy trong lòng dạ dày.

- Khi có biến chứng rò miệng nối thì việc hút sonde dạ dày làm cho việc điều trị rò tốt hơn, giảm bớt khả năng mổ lại. Vì vậy miệng nối tụy dạ dày được đưa ra như là một sự thay thế hiển nhiên cho miệng nối tụy ruột.

- Trong những trường hợp can thiệp bằng nội soi sẽ dễ dàng, thậm chí có thể thực hiện cầm máu qua nội soi khi có biến chứng chảy máu miệng nối.

Bảng 5 cũng cho thấy phẫu thuật phối hợp nối lại động mạch gan 2 trường hợp (3,4%) do nạo vét hạch cuống gan gây tổn thương động mạch. 1 trường hợp cắt thùy gan trái (1,7%) phối hợp cắt khối tá tụy do di căn gan từ K đầu tụy.

Trong thời gian từ 1.2005 đến tháng 11.2009, Trịnh Hồng Sơn đã thực hiện 79 trường hợp DPC [3]. Chỉ định bao gồm: chiếm hơn một nửa số bệnh nhân là K đầu tụy: 45 trường hợp (57%), tiếp theo là K phần thấp ống mật chủ: 10 trường hợp (12,6%), K bóng Vater: 9 trường hợp (11,4%), Cystadenome đầu tụy: 6 trường hợp (7,6%), K tá tràng: 3 trường hợp (3,7%), Insulinome đầu tụy: 1 trường hợp (1,3%), khối viêm tụy mãn: 1 trường hợp (1,3%). Chỉ có 4 trường hợp (5,1%) do chấn thương tá tụy. Các phẫu thuật kèm theo DPC trong nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn chủ yếu ở 4 bệnh nhân chấn thương tá tụy kèm theo vỡ gan, vỡ thận độ 4, độ 5. Trong nhóm DPC do bệnh lý chỉ có 1 trường hợp cắt thùy gan trái kèm theo do ung thư tụy di căn gan thùy trái. Có 1 trường hợp cắt đoạn tĩnh mạch cửa nối trực tiếp do u xâm lấn [3].

Nghiên cứu của Gouma và cộng sự [9] trong số 163 DPC có 10% trường hợp lành tính (16 bệnh nhân), 90% là ác tính (147 bệnh nhân); 31% trường hợp có khối u vùng đầu tụy (51 bệnh nhân), 20% có tổn thương ở phần thấp ống mật chủ (33 bệnh nhân), 38 % tổn thương ở vùng bóng Vater (62 bệnh nhân), 2% trường hợp tổn thương nằm ở các vị trí khác (4 bệnh nhân). 61% trường hợp tiến hành phẫu thuật triệt căn (89 bệnh nhân), 39% không thể phẫu thuật triệt căn (58 bệnh nhân).

Trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào DPC do chấn thương tá tụy (Bảng 6). Một trong những lý do là đối với những trường hợp có tổn thương tá tràng nặng, thay vì DPC, phẫu thuật viên có thể thực hiện cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy [5]. Đúng đầu chỉ định DPC vẫn là K đầu tụy (chiếm 49,2%), tiếp theo viêm tụy mãn (10,2%). Ở bệnh nhân viêm tụy mạn, một số yếu tố được coi là nguy cơ cao phát triển ung thư tụy: viêm tụy mạn tính do di truyền, viêm tụy mạn tính vô căn ở người trên 40 tuổi hoặc ở người mới xuất hiện đại

tháo đường không phụ thuộc insulin [10]... Trong bài viết về viêm tụy mãn và ung thư tụy, các tác giả kết luận [2]: chẩn đoán phân biệt viêm tụy mãn và ung thư tụy nhiều khi rất khó khăn, ngay cả chẩn đoán trong mổ. Cần phải phân tích kỹ tất cả các triệu chứng và làm bilan chẩn đoán trước mổ tốt nhất tăng khả năng chẩn đoán phân biệt, giúp cho lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp. Đối với trường hợp viêm tụy mãn có khối đầu tụy, nếu điều kiện bệnh nhân cho phép, nên DPC. Cần theo dõi, quản lý tốt các trường hợp sau phẫu thuật điều trị viêm tụy mãn vì viêm tụy mãn là bệnh tiến triển liên tục, những thay đổi do viêm có thể tiếp tục ở phần nhu mô tụy còn lại nên K tụy có thể phát triển sau phẫu thuật. Sự xuất hiện các triệu chứng tái phát, đặc biệt là đau bụng kèm vàng da và sút cân rất có giá trị gợi ý chẩn đoán K tụy sau phẫu thuật điều trị viêm tụy mãn.

Đáng lưu ý trong nghiên cứu này, u đặc giả nhú chiếm tới 8,5% trong nhóm bệnh nhân DPC (Bảng 6). U đặc giả nhú của tụy (solid pseudopapillary tumor) là u ngoại tiết của tụy, hiếm gặp (1-2% các khối u tụy ngoại tiết), được mô tả đầu tiên bởi Frantz năm 1959, nguồn gốc u còn chưa rõ, u có khả năng ác tính thấp, tỷ lệ tái phát và di căn rất nhỏ. U đặc giả nhú của tụy được xếp vào nhóm các khối u nang của tụy (Cystic neoplasms). Cùng trong nhóm này còn có u nang thanh dịch (serous cystic neoplasms), u nang nhầy (mucinous cystic neoplasms), u nhú nhầy trong ống (intraductal papillary-mucinous neoplasms) và một số thể khác. U nang thanh dịch hoặc nang nhầy còn được gọi với thuật ngữ Cystadenoma. Theo phân loại của WHO năm 2002 khối u nằm trong nhóm ranh giới giữa lành tính và ác tính của các khối u biểu mô tụy. Cùng nhóm này còn có u nang nhầy loạn sản vừa và u nhầy nhú nội ống loạn sản vừa [6].

Trong nghiên cứu này, DPC do tổn thương tá tràng không phải hiếm gặp mà khá đa dạng. Cụ thể K tá tràng có 4 trường hợp (6,8%), chảy máu do u lành tá tràng có 2 trường hợp (3,4%), loét D2 tá tràng gây hẹp môn vị và tắc mật có 1 trường hợp (1,7%), GIST tá tràng có 1 trường hợp (1,7%), trong khi đó DPC do K Vater có 5 trường hợp (8,5%), K phần thấp ống mật chủ 3 trường hợp (5,1%) và u tụy nội tiết chỉ có 1 trường hợp (1,7%).

Đặc biệt cũng trong nghiên cứu này có 2 trường hợp ung thư tiêu hóa là K dạ dày và K đại tràng phải có xâm lấn tá tràng đầu tụy được thực hiện DPC kèm theo sau cắt đoạn dạ dày, cắt đại tràng phải nạo vét hạch.

Chỉ định DPC của 9 trường hợp tử vong sau DPC tại bệnh viện Việt Đức: chấn thương tá tụy 1 (11,1%), K đầu tụy 4 (44,5%), K bóng Vater 3 (33,3%) và khối đầu tụy do viêm tụy mãn 1 (11,1%) [4].

Nghiên cứu của nhóm tác giả bệnh viện Massachusetts (Mỹ) [8] với 581 DPC giai đoạn 1/2001 đến 6/2006 cho biết chỉ định: tổn thương dạng nang: 122 trường hợp (21,0%), K bóng Vater: 66 trường hợp (11,4%), K đầu tụy: 183 trường hợp (31,5%), Viêm tụy mãn: 49 trường hợp (8,4%), u tụy nội tiết: 33 trường hợp (5,7%), khác: 128 trường hợp (22,0%).

Nhóm các tác giả Bỉ 103 DPC giai đoạn 1968-1981 ghi nhận: chỉ định DPC được chia làm 2 nhóm lành tính (43,7%) và ác tính (56,3%). Cụ thể: nhóm lành tính: viêm tụy mãn 36 trường hợp (35%), u tụy nội tiết: 3 trường hợp, phình động mạch tụy: 2 trường hợp, chấn thương tá tụy: 2 trường hợp, viêm tụy cấp hoại tử: 2 trường hợp. Nhóm ác tính: K vùng bóng Vater: 24 trường hợp (23,3%), K vùng đầu tụy: 25 trường hợp (24,3%), K phần thấp ống mật chủ: 5 trường hợp (4,8%), K túi mật: 1 trường hợp, K tá tràng: 1 trường hợp và K dạ dày: 2 trường hợp.

Nhóm các tác giả Hy Lạp cho biết từ 1996 đến 2008 đã thực hiện 149 DPC trong đó có 141 K đầu tụy, 8 viêm tụy mãn.

2. Kết quả sớm sau DPC

Kết quả sớm DPC trong nghiên cứu này được thể hiện ở Bảng 7. Tỷ lệ tử vong bằng 0 là một kết quả rất đáng khích lệ vì trên thế giới cũng chỉ có một vài trung tâm thông báo tỷ lệ tử vong sau DPC bằng 0. Như vậy với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn: 79 trường hợp (1.2005 đến 10.2009) [3], 8 trường hợp (11.2009 đến hết 12.2009) và 59 trường hợp trong nghiên cứu này (1.2010 đến hết 12.2011), tổng cộng là 146 trường hợp DPC liên tục từ 1.2005 đến hết tháng 12.2011 của tác giả có tỷ lệ tử vong sau mổ là 0%.

Kết quả của nhóm các tác giả Hy Lạp ghi nhận: biến chứng chiếm 40% bao gồm nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng phổi, nhiễm trùng vết mổ và chậm lưu thông ruột. Nhóm các tác giả này cũng cho biết rò miệng nối tụy ruột chiếm 14,1% (21 bệnh nhân), xuất huyết tiêu hóa gặp ở 3 bệnh nhân (chiếm 2%) trong đó 2 bệnh nhân tử vong sau khi mổ lại.

Nghiên cứu của nhóm tác giả bệnh viện Massachusetts (Mỹ) [8], với 581 DPC cho kết quả: 12,9% rò tụy (75 bệnh nhân). Trong đó có 38,7% bệnh nhân rò tự liền với thời gian trung bình 18 ngày. 46 bệnh nhân còn lại (61,3%) rò hình thành áp xe cần phải dẫn lưu qua da hoặc phải nhịn ăn nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch hoặc biến chứng chảy máu. Những trường hợp chảy máu phải mổ lại thời gian liền sau phẫu thuật lại trung bình 35 ngày. Tỷ lệ tử vong chung là 1,9% và tỷ lệ tử vong tăng lên 6,7% với những trường hợp rò tụy. Tỷ lệ tử vong do rò tụy toàn bộ là 9,3% (7 bệnh nhân) trong đó có 1 bệnh nhân liên quan chảy máu dữ dội.

Phân tích 9 trường hợp tử vong sau DPC tại bệnh viện Việt Đức, [5] cho thấy: nguyên nhân tử vong và nặng xin về là do sốc mất máu không hồi phục vì chảy máu sau mổ; suy đa tạng do mổ lại mất máu, rối loạn đông máu, suy kiệt sau mổ; suy tuần hoàn, suy hô hấp chưa rõ nguyên nhân. Rất tiếc các trường hợp tử vong chưa rõ nguyên nhân không được khám nghiệm tử thi nên không xác định được chính xác nguyên nhân tử vong (do biến chứng ngoại khoa hay nội khoa?).

Chảy máu sau DPC gặp từ 2 đến 18% tùy từng nghiên cứu. Mặc dù chảy máu sau DPC là một biến chứng nặng và nguy hiểm nhưng cách phân loại và thái độ xử lý còn nhiều điểm chưa thống nhất trên thế giới. Tới nay, phân loại của hội phẫu thuật tụy quốc tế (ISGPS: International Study Group of Pancreatic

Surgery) có tính chất hệ thống nhất. ISGPS quy định như sau: chảy máu sớm (trong vòng 24 giờ) và chảy máu muộn (sau 24 giờ). Vị trí chảy máu: trong lòng ống tiêu hóa (từ các miệng nối ống tiêu hóa, diện cắt tụy, loét stress, giả phình mạch...) và ngoài ống tiêu hóa (các mạch máu, diện bóc tách, miệng nối, giả phình mạch...). Hình thức chảy máu (Nhẹ: lượng máu chảy qua dẫn lưu, hoặc qua sond dạ dày, hình ảnh trên siêu âm không nhiều, giảm nồng độ hemoglobin <3g/dl. Biến đổi lâm sàng không nghiêm trọng, truyền hồng cầu khối 2 đến 3 đơn vị trong vòng 24 giờ sau mổ hoặc truyền từ 1 đến 3 đơn vị sau 24 giờ sau mổ. Không phải mổ lại hoặc can thiệp tắc mạch; có thể điều trị nội soi cầm máu. Nặng: lượng máu chảy mất nhiều, giảm nồng độ hemoglobin >3g/dl. Dấu hiệu lâm sàng rối loạn: mạch nhanh, huyết áp tụt, thiếu niệu, sốc giảm khối lượng tuần hoàn... phải truyền máu trên 3 đơn vị. Cần thiết phải mổ lại hoặc can thiệp tắc mạch). ISGPS cũng đề nghị phân loại 3 mức độ (Grade) chảy máu sau mổ DPC dựa vào lâm sàng, phương tiện chẩn đoán và cách thức điều trị. Grade A: chảy máu sớm, trong hoặc ngoài đường tiêu hóa; tình trạng lâm sàng tốt; có thể chỉ cần theo dõi hoặc xét nghiệm công thức máu, siêu âm bụng, cần thiết có thể chụp cắt lớp; điều trị: không cần bất cứ một can thiệp nào. Grade B: chảy máu sớm nhưng mức độ nặng, trong hoặc ngoài đường tiêu hóa; chảy máu muộn nhưng mức độ nhẹ trong hoặc ngoài đường tiêu hóa; tình trạng lâm sàng tương đối ổn định, rất hiếm đe dọa tính mạng; có thể chỉ cần theo dõi, làm công thức máu, siêu âm, chụp cắt lớp, hoặc chụp mạch, nội soi. Điều trị: truyền máu, đôi khi nằm điều trị tại đơn vị hồi sức tăng cường, điều trị bằng nội soi, can thiệp mạch, mổ lại ở những trường hợp chảy máu sớm. Grade C: chảy máu muộn trong hoặc ngoài đường tiêu hóa, các dấu hiệu lâm sàng nặng, đe dọa tính mạng người bệnh; cần chụp mạch, chụp cắt lớp, nội soi. Điều trị: khu trú vị trí chảy máu, chụp mạch và tắc mạch hoặc mổ lại, bệnh nhân phải nằm phòng hồi sức tích cực.

Rò tụy và chảy máu sau mổ là 2 biến chứng rất đáng lưu ý sau DPC. Nghiên cứu này chỉ có 1 trường hợp rò tụy ở bệnh nhân K tá tràng có tiền sử cắt đoạn dạ dày nên phải làm miệng nối tụy ruột. Rò tự liền sau 8 tuần điều trị nội. Một bệnh nhân chảy máu tiêu hóa biểu hiện đi ngoài phân đen sau 7 ngày mổ. Điều trị nội khoa truyền máu (tổng cộng 2000ml) bệnh nhân khỏi ra viện.

Rò tụy sau mổ DPC với tỷ lệ khác nhau tùy theo định nghĩa của mỗi nghiên cứu, mỗi trung tâm phẫu thuật. Nhóm nghiên cứu quốc tế 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 (POPF: Postoperative pancreatic fistula). Rò tụy (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 từ 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

Như vậy theo ISGPF, trường hợp rò của chúng tôi thuộc loại Grade B.

KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân DPC là nam giới, tuổi chủ yếu 30 đến 60; chiếm phần lớn là miệng nối tụy dạ dày. Đúng đầu chỉ định DPC vẫn là K đầu tụy, tiếp theo viêm tụy mãn, K Vater, u đặc giả nhú, K tá tràng, chảy máu do u lành tá tràng, loét D2 tá tràng, GIST tá tràng, K phần thấp ống mật chủ, u tụy nội tiết, K dạ dày và K đại tràng phải có xâm lấn tá tràng đầu tụy.

Kết quả sớm sau DPC rất tốt: không có tử vong; tỷ lệ rò tụy, chảy máu sau mổ, áp xe tồn dư sau mổ thấp, không có trường hợp nào phải mổ lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Thế Anh, Nguyễn Hoàng. Nền nối tụy- dạ dày hay nối tụy- ruột trong cắt khối tá tụy. Y học thực hành, 2009, 9 (678): 69- 72.
2. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Hoàng Hà. Viêm tụy mạn và ung thư tụy. Y học thực hành, 2010, 1 (696): 9- 12.
3. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Thế Anh. Kết quả cắt khối tá tụy (kinh nghiệm cá nhân qua 79 trường hợp). Y học thực hành, 2010, 4 (713): 98- 92.
4. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Thế Anh, Nguyễn Tiến Quyết, Phạm Gia Anh, Bùi Trung Nghĩa, Nguyễn Thành Khiêm, Lê Thành Trung, Vương Hải Hà, Nguyễn Minh Trọng, Nguyễn Hàm Hội, Nguyễn Hoàng, Nguyễn Quang Nghĩa. Phân tích các nguyên nhân dẫn tới tử vong sau cắt khối tá tụy. Y học thực hành, 2010, 4 (713): 121- 124.
5. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Thành Khiêm, Nguyễn Hàm Hội, Quách Văn Kiên, Trần Hà Phương, Bùi Trung Nghĩa, Hoàng Minh Thắng. Cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy trong chấn thương tá tràng. Y học thực hành, 2011, 4 (759): 83 - 86.
6. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Thành Khiêm, Phạm Thế Anh, Quách Văn Kiên, Bùi Trung Nghĩa, Nguyễn Trường Giang. U đặc giả nhú của tụy: chẩn đoán và điều trị. Y học thực hành, 2011, 10 (788): 59- 62.
7. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Thành Khiêm, Nguyễn Hàm Hội, Quách Văn Kiên, Trần Hà Phương, Bùi Trung Nghĩa, Hoàng Minh Thắng. Cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy trong chấn thương tá tràng. Y học thực hành, 2011, 4 (759): 83 - 86.

8. Gregory Veillette, Ismael Dominguez, Cristina Ferrone, Sarah P. Thayer, Deborah McGrath, Andrew L. Warshaw, Carlos Fernandez-del Castillo, Implications and Management of Pancreatic Fistulas Following Pancreaticoduodenectomy. *Arch Surg.* 2008;143(5):476-481.
9. Gouma DJ, Nieveen van Dijkum EJ, Obetop H

The standard diagnostic work – up and surgical treatment of pancreatic head tumours. Eur J Surg Oncol 1999 ; 25:113-123.

10. George H. Sakorafas and Adelais G.Tsiotou. Pancreatic cancer in patients with chronic pancreatitis: a challenge from a surgical perspective. *Cancer treatment reviews* 1999; 250: 207 – 217.