

CẮT TÁ TRÀNG BẢO TỒN ĐẦU TỤY TRONG CHẤN THƯƠNG TÁ TRÀNG

**TRỊNH HỒNG SƠN, NGUYỄN THÀNH KHIÊM, NGUYỄN HÀM HỘI,
QUÁCH VĂN KIÊN, TRẦN HÀ PHƯƠNG,
BÙI TRUNG NGHĨA, HOÀNG MINH THẮNG**

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tá tràng vẫn là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên. Kết quả điều trị phụ thuộc vào lựa chọn phương pháp xử lý thương tổn [6]. Có rất nhiều phương pháp điều trị chấn thương tá tràng như khâu kín, phẫu thuật Jordan, làm Patch, cắt khối tá tụy, cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy [5]... So với phẫu

thuật cắt khối tá tụy, cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy có rất nhiều ưu điểm trong xử lý các tổn thương tá tràng rộng. Mặc dù vậy phẫu thuật vẫn chưa được phổ biến ngay cả trên thế giới với chỉ 53 ca được thông báo cho đến 2009; ở Việt Nam chúng tôi chưa tìm thấy thông báo nào về phẫu thuật này. Tuy nhiên đã có một số thông báo của Trịnh Hồng Sơn về xử lý một số

tổn thương vùng tá tràng đầu tụy [1], [2], [3], [4].

Tại bệnh viện Việt Đức ngày 26/01/2011 chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật cắt toàn bộ tá tràng bảo tồn đầu tụy cho một trường hợp bệnh nhân chấn thương tá tràng rộng. Chúng tôi viết thông báo trường hợp này để ghi nhận một trường hợp phẫu thuật cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy đầu tiên tại bệnh viện Việt Đức qua đó điểm lại ý văn về chỉ định và kỹ thuật thực hiện phương pháp này.

THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nguyễn Thị Hương Q, nữ, 9 tuổi, địa chỉ Quảng Châu, Việt Yên, Bắc Giang. Bệnh án có số vào viện 02264. Ngày vào viện 25/01/2011, ngày mổ 26/01/2011, ngày ra viện 18/2/2011. Bệnh nhân vào viện vì đau bụng sau tai nạn ngã.

Bệnh sử: trẻ chơi đùa với bạn bị đập bụng vào tường thấp trước vào viện 3 ngày. Sau tai nạn trẻ đau bụng từng cơn, đau nhiều hạ sườn phải. Trẻ có nôn và bí trướng đại tiện.

Khám lâm sàng: bệnh nhân tỉnh, sốt 38 độ, da niêm mạc hồng, mạch 110 lần/phút, huyết áp 100/60. Bụng chướng, ấn đau nhiều hạ sườn phải, có phản ứng thành bụng, 2 hố chậu mềm.

Các xét nghiệm sinh hoá và huyết học: hồng cầu 4.92 triệu, hematocrit 40%, bạch cầu 21000, ure 35, creatinin 148, GOT 54UI/L, GPT 33UI/, các chỉ số khác trong giới hạn bình thường.

Chẩn đoán hình ảnh: Xquang phổi và bụng không chuẩn bị không thấy gì đặc biệt. Siêu âm ổ bụng thấy hình ảnh khối giảm âm vị trí quanh rốn kích thước 7x9cm bên trong có nhiều vách. Khối nằm trước tĩnh mạch chủ và động mạch chủ, không thấy liên quan gì với thận, gan và đầu tụy. Chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh dạ dày giãn to chứa dịch đồng nhất. Ở vị trí D1, D2, D3 tá tràng có khối ranh giới rõ, kích thước 76 x 46 mm, tăng tỷ trọng tự nhiên dạng máu tụ, có vài bóng khí bao quanh khối vị trí D2.

Chẩn đoán trước mổ: Chấn thương tá tràng

Khi mổ bụng: ổ bụng có ít dịch máu loãng, gan 2 thùy hồng đẹp, không thấy đường vỡ. Dạ dày, ruột non, đại trực tràng không thấy tổn thương, khối máu tụ lớn dọc tĩnh mạch chủ dưới lan toàn bộ sau phúc mạc bên phải. Giải phóng khối tá tràng đầu tụy, mở tá tràng kiểm tra thấy toàn bộ thành tá tràng đung dập, lóc thành, tụ máu. Nhú tá lớn, nhú tá bé và phần tá tràng dính vào đầu tụy còn bình thường. Đầu tụy mềm mại không thấy đường vỡ, không thấy đung dập.

Bệnh nhân đã được cắt toàn bộ phần tự do của D1, D2, D3; cắt D4 và đoạn hồng tràng đầu tiên, bảo tồn nhú tá bé, nhú tá lớn. Môn vị, phần tá tràng còn lại và đầu tụy được nối với hồng tràng trên một quai biệt lập 2 lớp. Lớp thứ nhất tận dụng phần tá tràng nối với hồng tràng còn lại bằng đường khâu vắt, lớp thứ 2 khâu tụy và dạ dày với hồng tràng các mũi rời. Đầu tận của hồng tràng được nối với dạ dày qua mạc treo đại tràng ngang.

Hậu phẫu ổn định: sau mổ số lượng nước tiểu tốt, ure và creatinin nhanh trở về chỉ số bình thường.

Bệnh nhân trung tiện ngày thứ 6, bụng mềm, vết mổ liền tốt, cho ăn qua mỏ thông hồng tràng ngày thứ 7. Ra viện trong tình trạng không sốt, vết mổ khô, bụng mềm, đã rút hết các dẫn lưu, đi lại ăn uống, đại tiểu tiện bình thường.

BÀN LUẬN

Cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy được Chung và cộng sự mô tả đầu tiên năm 1995 [5]. Phẫu thuật bao gồm cắt toàn bộ đoạn tá tràng và để lại toàn bộ phần đầu tụy còn lại. Thay đổi kỹ thuật cắt không toàn bộ tá tràng (ví dụ như cắt D3, D4 cũng có thể gọi với thuật ngữ trên [9], [12]) hoặc cắt gần toàn bộ tá tràng bảo tồn đầu tụy (Pancreas-sparing subtotal duodenectomy), thuật ngữ này mô tả chính xác hơn cách thức phẫu thuật [11]. Như vậy trường hợp của chúng tôi cũng có thể gọi là phẫu thuật cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy mặc dù để lại một phần tá tràng dính vào tụy, bảo tồn nhú tá lớn và nhú tá bé.

Về chỉ định của phẫu thuật [7]: phẫu thuật có được áp dụng trong các trường hợp chấn thương tá tràng, tuy nhiên chỉ định chính của phẫu thuật vẫn là những khối u hay tổn thương tiền ung thư lan tỏa ở tá tràng nhưng chỉ giới hạn ở lớp niêm mạc mà không có nguy cơ di căn theo đường bạch huyết quanh tá tràng.

Chỉ định tốt nhất là bệnh đa polyp tuyến ở tá tràng có tính chất gia đình. Một chỉ định tốt khác là u tuyến đơn độc dạng nhung mao, đáy rộng ở phần dưới của bóng Vater. Rất nhiều tác giả [7], [8], [10] cũng đã khẳng định đây là một kỹ thuật tốt, có thể thay thế cắt khối tá tụy trong những bệnh lý trên.

Trong chấn thương tá tràng phẫu thuật rất hữu ích cho những tổn thương tá tràng phức tạp mà không có tổn thương đầu tụy kèm theo [8].

Về kỹ thuật: những nét đáng chú ý của phẫu thuật cắt toàn bộ tá tràng bảo tồn đầu tụy kinh điển có thể tóm tắt trong các bước như sau [7]:

- Bước 1: Phẫu tích tách rời ranh giới giữa tá tràng và đầu tụy. Các mạch máu giữa 2 cơ quan được thắt một cách tỷ mỉ. Phẫu tích được thực hiện ở phía dưới bóng Vater trước cho đến giới hạn dưới của nhú tá lớn.

- Bước 2: Bóc giữa thành tá tràng (intramural duodenal plane) ở phía trên bóng Vater theo hướng từ trên xuống dưới và trước ra sau cho đến khi thấy nhú tá tràng. Nhú tá bé được phẫu tích và thắt. Lớp ngoài của thành tá tràng được để lại dính vào đầu tụy

- Bước 3: Nối hồng tràng với môn vị dạ dày

- Bước 4: Nối bóng Vater với ruột non

Để thực hiện thuận lợi những bước trên làm động tác Kocher để di động toàn bộ khối tá tràng đầu tụy là bắt buộc.

Tuy nhiên, có rất nhiều thay đổi kỹ thuật trong phẫu thuật này nhất là đối với những trường hợp chấn thương khi chỉ cần loại bỏ những vùng có tổn thương của tá tràng. Năm 2009 Wig và cộng sự [8] thông báo 2 trường hợp chấn thương tá tràng. Trong cả 2 trường hợp này tác giả đều cắt toàn bộ tá tràng vì tổn thương đung dập toàn bộ tá tràng. Trong 5 bệnh nhân chấn

thương tá tràng của Paluszkiewicz và cộng sự [12] có 3 bệnh nhân được cắt D3, D4 và để lại 1cm tá tràng D2 dưới bóng Vater, 2 trường hợp còn lại toàn bộ D2 tá tràng và hành tá tràng được lấy bỏ. Bệnh nhân của chúng tôi được cắt toàn bộ D3, D4, một phần D1, D2 và còn giữ lại thành tá tràng D1 phía trong và D2 dính với tá tràng. Theo chúng tôi trong chấn thương nếu phần dính vào đầu tụy của tá tràng không tổn thương có thể giữ lại phần này để làm lớp thứ nhất miệng nối đầu tụy- hồng tràng và bảo tồn được cả 2 nhú tá tràng. Trong bệnh lý, khi chắc chắn tổn thương khu trú và không có nguy cơ lan tràn cũng có thể để lại một phần tá tràng [11].

Cách lập lại lưu thông miệng nối tiêu hóa cũng có nhiều thay đổi. Phẫu thuật kinh điển nối môn vị với hồng tràng và nối bóng Vater với hồng tràng. Wig và cộng sự [8] nối đầu tận của hồng tràng với đầu tụy, bóng Vater nằm trong miệng nối trên và nối dạ dày- hồng tràng tận bên trong cả 2 trường hợp chấn thương tá tràng. Paluszkiewicz và cộng sự [12] nối môn vị và tá tràng tận tận như kinh điển. 2 trường hợp cắt toàn bộ tá tràng của tác giả, bóng Vater được nối với cùng một quai hồng tràng lên nối với môn vị. Chúng tôi nối tụy và môn vị với hồng tràng trên một quai ruột biệt lập, đầu tận còn lại của hồng tràng được nối với dạ dày. Nói chung chưa có sự thống nhất về cách lập lại lưu thông tiêu hóa trong phẫu thuật cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy, kỹ thuật phụ thuộc nhiều vào thói quen của phẫu thuật viên. Chưa có một nghiên cứu lớn nào chỉ ra biến chứng, ưu nhược điểm của các phương pháp.

Các thủ thuật giảm áp miệng nối thường được làm như dẫn lưu đường mật, có thể dẫn lưu túi mật [8] hoặc dẫn lưu ống mật chủ [12]. Bệnh nhân của chúng tôi không dẫn lưu đường mật giảm áp, sonde dạ dày được đặt qua miệng nối tụy ruột hút liên tục, dịch dạ dày có thể xuống theo quai hồng tràng lên nối với môn vị và đầu tụy hoặc quai hồng tràng nối với dạ dày. Hầu hết các trường hợp đều được mở thông hồng tràng nuôi ăn [7], [8], [12]. Theo chúng tôi đây là một thủ thuật cần thiết và quan trọng có thể tránh phẫu thuật lại trong những trường hợp rò miệng nối.

Bệnh nhân của chúng tôi được làm thêm miệng nối vị tràng với quai chữ Y, và trên quai chữ Y này được mở thông hồng tràng. Miệng nối này cũng có thể không cần thiết? Tuy nhiên miệng nối này làm dẫn lưu lưu thông dạ dày tốt hơn vừa qua đây để xuống ruột, vừa qua môn vị xuống ruột non.

Về ưu nhược điểm của phương pháp phẫu thuật: ưu điểm của cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy so với cắt khối tá tụy trong bệnh lý tá tràng đã được khẳng định. Muller và cộng sự [10] so sánh 23 bệnh nhân đa u tuyến tá tràng được thực hiện phẫu thuật này với 16 trường hợp cắt khối tá tụy cho thấy lượng máu mất trong mổ giảm hơn đáng kể so với cắt khối tá tụy, không có bệnh nhân nào phải dùng men tụy hỗ trợ so với 12 trường hợp sau cắt khối tá tụy. Các tác giả kết luận cắt tá tràng đầu tụy là một phẫu thuật an toàn,

đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho những bệnh nhân đa u tuyến tá tràng so với phẫu thuật Whipple.

Tsitos và Sarr [7] cho rằng khi chỉ định dùng cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy có rất nhiều ưu điểm hơn so với cắt khối tá tụy: thứ nhất phẫu thuật này chỉ lấy đi phần tá tràng giữ lại nhiều hơn chức năng bình thường phần ống tiêu hóa trên; thứ 2 phẫu thuật giảm được số lượng các miệng nối, giảm được nguy cơ miệng nối hồng tràng với đường mật không giãn và miệng nối hồng tràng với ống tụy nhỏ trong nhu mô tụy; thứ 3 phẫu thuật ít xâm lấn hơn với thời gian thực hiện phẫu thuật ngắn hơn; thứ 4 phẫu thuật vẫn cho phép thăm khám được toàn bộ hệ tiêu hóa sau mổ.

Trong khi ưu điểm của cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng đã rõ ràng trong các trường hợp bệnh lý thì chưa có nghiên cứu nào khẳng định giá trị của phẫu thuật này trong chấn thương. Hiệu quả của phương pháp mới chỉ được trình bày trên các thông báo một số ít trường hợp.

Một tổng hợp các thông báo lâm sàng về phẫu thuật này ở các bệnh nhân chấn thương hoặc vết thương tá tràng [12] cho thấy trong 10 ca của các tác giả Châu á không có trường hợp nào tử vong, có 4 biến chứng sau mổ trong đó có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp chảy máu sau mổ. Trong 43 ca được thực hiện bởi các tác giả Châu Âu có 7 trường hợp biến chứng (1 áp xe tồn dư và 6 rò tá tràng) 2 trong số các bệnh nhân rò tá tràng tử vong. Như vậy trong 53 trường hợp lâm sàng được thông báo tỷ lệ tử vong nhỏ hơn 4%. Tuy chưa có một nghiên cứu hệ thống nhưng hầu hết các tác giả thống nhất rằng đây là phẫu thuật hữu ích cho chấn thương tá tràng phức tạp [8], [7], [12].

Cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy dù có nhiều ưu điểm tuy nhiên kỹ thuật đòi hỏi sự tỷ mỉ tinh tế và hiểu biết sâu về giải phẫu khối tá tràng đầu tụy do đó vẫn còn là một phẫu thuật khó đối với phẫu thuật viên [8]. Theo chúng tôi những biến đổi về kỹ thuật đặc biệt trong chấn thương cho phép để lại phần tá tràng còn lành sẽ giúp phẫu thuật viên thực hiện phẫu thuật này dễ dàng hơn.

KẾT LUẬN

Cắt tá tràng bảo tồn đầu tụy là một phẫu thuật tốt cho những trường hợp chấn thương tá tràng phức tạp nhất là những trường hợp tổn thương tá tràng lan rộng mà không có tổn thương đầu tụy. Nắm vững kỹ thuật này giúp cho phẫu thuật viên có thể thực hiện trong một số bệnh lý tá tràng không phải cắt khối tá tụy, mang lại lợi ích cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Hoàng Hà

Kết quả bước đầu cắt u bóng Vater tạo hình ống mật và ống tụy qua đường mổ D2 tá tràng. Y học thực hành, 2005, 4 : 35-37.

2. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Hoàng

Một cách xử trí trường hợp không đóng được mỏm tá tràng do ung thư dạ dày xâm lấn tá tràng đầu tụy trong phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư.

Y học thực hành, 2009, 3 (650) : 34- 36.

3. Trịnh Hồng Sơn
Một số kỹ thuật trong mổ tiêu hóa
Y học thực hành, 2009, 8 (670) : 53- 57.
4. Trịnh Hồng Sơn, Phạm Quốc Đạt, Nguyễn Trường Giang, Bùi Trung Nghĩa, Nguyễn Thành Khiêm
Xử lý viêm phúc mạc sau dẫn lưu mổ tá tràng không hiệu quả
Y học thực hành, 2011, 1 (748) : 60 – 63.
5. Chung RS, Church JM, van Stolk R:
Pancreas-sparing duodenectomy: Indications, surgical technique, and results. *Surgery* 1995; 117: 254–259.
6. Degiannis. E, Boffard. K.
Duodenal Injury.
British Journal of Surgery, 2000, 87, 1473- 1479.
7. Gregory G. Tsiotos, Michael G. Sarr.
Pancreas- Preserving Total Duodenectomy.
Dig Surg 1998;15: 398–403.
8. Jai Dev Wig, Ashwinikumar Kudari, Thakur Deen Yadav, Rudra Prasad Doley, Kishore Gurumoorthy, Subramanya Bharathy, Naveen Kalra.
Pancreas Preserving Total Duodenectomy for Complex Duodenal Injury.
JOP. J Pancreas (Online) 2009 Jul 6; 10(4): 425-428.
9. Maher MM, Yeo CJ, Lillemoe KD, Roberts JR, Cameron JL.
Pancreas-sparing duodenectomy for infra-ampullary duodenal pathology.
Am J Surg 1996; 171:62–67.
10. Michael W. Mýller, Rolf Dahmen, Jürg Kúrnínger, Christoph W. Michalski, Ulf Hinz, Mark Hartel, Martina Kadmon, Jürg Kleeff, Markus W. Býchler, Helmut Friess.
Is there an advantage in performing a pancreas-preserving total duodenectomy in duodenal adenomatosis?
The American Journal of Surgery. 2008, Volume 195, 6: 741-748.
11. Poves I, Burdio F, Alonso S, Seoane A.
Laparoscopic pancreas-sparing subtotal duodenectomy.
JOP. 2011 Jan 5;12(1):62-5.
- 12.. Piotr Paluszkiewicz, Wojciech Dudek, Kathryn Lowery, Colin A Hart
Pancreas sparing duodenectomy as an emergency procedure.
World Journal of Emergency Surgery. 2009, 4: 19.