

BIẾN CHỨNG CHẬM LÀM RỎNG DẠ DÀY SAU PHẪU THUẬT TỤY - NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP

Ngô Sỹ Thanh Nam¹, Nguyễn Sỹ Quang¹, Lê Văn Lượng¹, Đào Văn Minh¹, Lưu Văn Đạt¹,
Lưu Đình Nam¹, Trần Đức Hùng¹, Nguyễn Dương Hùng¹, Triệu Triều Dương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật tụy là các phẫu thuật phức tạp với tỷ lệ biến chứng cao (30–60%). Trong đó, chậm làm rỗng dạ dày (DGE) là biến chứng thường gặp, ảnh hưởng đáng kể đến thời gian hồi phục, chi phí điều trị và kết cục bệnh nhân.

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm lâm sàng của 2 trường hợp DGE sau phẫu thuật tụy và tổng quan y văn nhằm làm rõ cơ chế bệnh sinh, yếu tố nguy cơ và chiến lược điều trị biến chứng này.

Phương pháp: Báo cáo 2 ca bệnh sau phẫu thuật tụy (cắt khối tá tụy và cắt thân đuôi tụy) có biến chứng DGE. Thu thập dữ liệu lâm sàng, hình ảnh học, diễn biến hậu phẫu và kết quả điều trị; kết hợp tổng quan tài liệu.

Kết quả: Cả hai trường hợp đều xuất hiện DGE sau mổ với biểu hiện nôn, chậm dung nạp ăn uống. Một trường hợp diễn biến nặng, kéo dài, phải phẫu thuật lại nối vị-tràng và mở thông hồng tràng; trường hợp còn lại đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn kết hợp dẫn lưu ổ dịch. Các yếu tố liên quan bao gồm viêm, tụ dịch ổ bụng và ảnh hưởng của phẫu thuật lên thần kinh và nội tiết dạ dày.

Kết luận: DGE là biến chứng đa yếu tố sau phẫu thuật tụy, liên quan đến cơ chế hormon (mất motilin), thần kinh (tổn thương phế vị), cơ học và viêm thứ phát. Việc phân biệt DGE nguyên phát và thứ phát có ý nghĩa quan trọng trong điều trị. Chiến lược điều trị cần kết hợp dinh dưỡng, thuốc tăng nhu động và xử trí nguyên nhân (như dẫn lưu ổ dịch).

Từ khóa: Chậm làm rỗng dạ dày, phẫu thuật tụy, biến chứng sau mổ, pancreaticoduodenectomy, DGE.

SUMMARY

DELAYED GASTRIC EMPTYING AFTER PANCREATIC SURGERY - A REPORT OF TWO CASES

Background: Pancreatic surgery is highly complex and associated with a high complication rate (30–60%). Among these, delayed gastric emptying (DGE) is a common complication that significantly affects recovery time, treatment costs, and patient outcomes.

Objectives: To analyze the clinical characteristics of two cases of DGE following pancreatic surgery and to review the literature in order to clarify the pathophysiology, risk factors, and management strategies of this complication.

Methods: We report two cases of DGE following pancreatic surgery (pancreaticoduodenectomy and distal pancreatectomy). Clinical data, imaging findings, postoperative course, and treatment outcomes were collected and analyzed, along with a literature review.

Results: Both patients developed DGE postoperatively, presenting with vomiting and poor oral intake tolerance. One case had a severe and prolonged course requiring reoperation with gastrojejunostomy and jejunostomy; the other responded well to conservative management combined with drainage of intra-abdominal fluid collections. Contributing factors included inflammation, intra-abdominal fluid collections, and the impact of surgery on gastric neural and hormonal regulation.

Conclusions: DGE is a multifactorial complication following pancreatic surgery, involving hormonal (loss of motilin), neural (vagal nerve injury), mechanical, and secondary inflammatory mechanisms. Distinguishing between primary and secondary DGE is crucial for appropriate management. Treatment strategies should combine nutritional support, prokinetic agents, and management of underlying causes (such as drainage of fluid collections).

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Sỹ Thanh Nam

Email: namnst@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 9/6/2026

Ngày phản biện khoa học: 13/7/2026

Ngày duyệt bài: 3/8/2026

Keywords: Delayed gastric emptying, pancreatic surgery, postoperative complications, pancreaticoduodenectomy, DGE.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tụy, bao gồm phẫu thuật cắt khối tá tụy, (pancreaticoduodenectomy- PD), cắt đuôi tụy (distal pancreatectomy-DP), cắt tụy trung tâm và cắt tụy toàn phần (total pancreatectomy- TP) là những phẫu thuật phức tạp nhất trong ngoại khoa tiêu hóa. Tỷ lệ biến chứng sau mổ còn cao, dao động từ 30–60% ngay cả tại các trung tâm phẫu thuật tụy lớn, mặc dù tỷ lệ tử vong nội viện đã giảm xuống dưới 3–5% trong hai thập kỷ gần đây nhờ cải thiện kỹ thuật mổ và chăm sóc chu phẫu [1], [2], [3].

Trong số các biến chứng này, rò tụy sau mổ và chậm làm rỗng dạ dày (delayed gastric emptying- DGE) là hai biến chứng thường gặp, có tác động lớn nhất đến kết cục bệnh nhân và gánh nặng y tế.

Nhân các trường hợp sau phẫu thuật cắt khối tá tụy và cắt thân đuôi tụy có biến chứng đờ dạ dày, chúng tôi viết báo cáo này nhằm phân tích các biến chứng sau phẫu thuật tụy với trọng tâm là DGE dựa trên điểm lại y văn từ các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng,

nghiên cứu phân tích gộp, tổng quan hệ thống và các nghiên cứu thuần tập lớn. xem xét định nghĩa, cơ chế, yếu tố nguy cơ, ảnh hưởng kỹ thuật và chiến lược phòng ngừa-điều trị.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu bệnh nhân được chẩn đoán có đờ dạ dày sau mổ cắt tụy do mọi nguyên nhân tại khoa Ngoại tổng hợp trong năm 2025.

Thu thập các thông tin về tuổi, giới, chẩn đoán bệnh, diễn biến sau mổ tụy về tình trạng lưu thông tiêu hóa, các kết quả cận lâm sàng chẩn đoán hình ảnh sau mổ, các xử trí sau khi có biến chứng DGE.

Chẩn đoán DGE dựa vào tiêu chuẩn của ISGPS năm 2007.

Tài liệu nghiên cứu được lấy trong và ngoài nước dựa vào các từ khóa: DGE, chậm lưu thông, biến chứng sau mổ cắt khối tá tụy, cắt thân đuôi tụy,... Tập trung ưu tiên lấy các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, nghiên cứu phân tích gộp, tổng quan hệ thống và các nghiên cứu thuần tập lớn trong vòng 5 năm gần đây.

Các dữ liệu hồ sơ được bảo mật, chỉ phục vụ nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Qua hồi cứu hồ sơ chúng tôi thu thập được 2 ca bệnh có biến chứng DGE sau mổ, chúng tôi thu thập được 1 số thông tin như sau:

Bảng 1. Tóm tắt diễn biến 2 ca bệnh

Thông tin		Ca bệnh 1	Ca bệnh 2
Giới	Nam	Nữ	
Tuổi	75	63	
Tiền sử bệnh nội khoa	Không	Không	

Thông tin	Ca bệnh 1	Ca bệnh 2
Chẩn đoán	K thân đuôi tụy xâm lấn lách, cuống thận trái, di căn gan	Tắc tá tràng theo dõi do u đầu tụy
Phẫu thuật	Mổ mở cắt thân đuôi tụy, cắt lách, cắt thận, niệu quản trái, lấy nhân di căn gan hạ phân thùy 6.	phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy
Miệng nối	Không	Tụy ruột qua mạc treo
Tổn thương mô bệnh học	Ung thư biểu mô tế bào tuyến chùm nang của tụy	Tổn thương viêm mạn tính của đầu tụy, không thấy tế bào ác tính
Rút sonde dạ dày sau mổ	Ngày thứ 5	Ngày thứ 5
Đặt lại sonde dạ dày	Có, sau 4 ngày	Có, sau 2 ngày
Kết quả chỉnh của CT sau mổ	Các ổ giảm tỷ trọng dạng dịch khu trú trong ổ bụng, sau phúc mạc, ổ lớn nhất rãnh đại tràng phải, hố chậu phải. Không có tắc ruột cơ học	Nhiều dịch tự do ổ bụng, không có tắc ruột cơ học
Thuốc tăng nhu động	Có	Có
Trung đại tiện	Có	Có
Can thiệp thủ thuật	Không	Có: dẫn lưu ổ dịch (Sau 3 ngày)
Đáp ứng điều trị nội khoa	Không	Có, sau dẫn lưu 5 ngày
Phẫu thuật	Có: Phẫu thuật nối vị tràng, mở thông hồng tràng (sau 3 tuần)	Không
Phân độ DGE	C	B

IV. BÀN LUẬN

1. Một số biến chứng thường gặp sau phẫu thuật tụy

Phẫu thuật tụy bao gồm cắt khối tá tụy, cắt tụy trung tâm, cắt thân đuôi tụy, cắt tụy toàn bộ, mỗi loại hình phẫu thuật đều có các nguy cơ tai biến, biến chứng đặc thù. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật tụy vẫn còn cao bất chấp các tiến bộ kỹ thuật. Nghiên cứu của Javed và cộng sự [2] tại một trong những trung tâm phẫu thuật tụy lớn nhất thế giới cho

thấy tỷ lệ biến chứng từ 30–50%, trong đó rò tụy và đờ dạ dày là hai biến chứng chiếm tỉ lệ cao nhất. Nghiên cứu của Martinez-Cabrera [4] trên 97 bệnh nhân ghi nhận tỷ lệ tổng thể: rò tụy 43,3%, tụ dịch ổ bụng 21,6%, DGE 17,5%, phải phẫu thuật lại 12,4% và tái nhập viện 20,6%. Nghiên cứu khác của Zubair và cộng sự [5] báo cáo tỷ lệ biến chứng lên tới 50,5% với tỷ lệ tử vong 29,9%, phản ánh sự phụ thuộc của kết cục phẫu thuật vào nguồn lực y tế và kinh nghiệm của các trung tâm.

Bảng 2. Một số biến chứng thường gặp sau phẫu thuật tụy

Biến chứng	Phẫu thuật liên quan	Tỷ lệ (%)	Phân loại chuẩn
Rò tụy (POPF)	PD, DP, TP	10–25	ISGPS 2016
Đờ dạ dày (DGE)	PD chủ yếu; DP hiếm hơn	10–60	ISGPS 2007
Chảy máu sau mổ (PPH)	PD, DP, TP	3–8	ISGPS 2007
Rò mật	PD (miệng nối mật-HJ)	2–5	ISGLS 2011
Tập dịch ổ bụng	PD, DP	15–30	Clavien-Dindo
Nhiễm trùng vết mổ	PD, DP, TP	10–20	CDC
Suy nội tiết / ngoại tiết tụy	PD, DP, TP	Biến thiên	Lâm sàng

2. Chậm làm rỗng dạ dày sau phẫu thuật tụy

2.1. Định nghĩa và phân loại

DGE sau phẫu thuật bảo tồn môn vị lần đầu được Warshaw mô tả năm 1985. Sự thiếu đồng nhất trong định nghĩa đã cản trở việc so sánh kết quả giữa các nghiên cứu trong nhiều

thập kỷ. Năm 2007, ISGPS [6] đưa định nghĩa và phân loại chuẩn được chấp nhận rộng rãi: DGE là tình trạng không thể trở lại chế độ ăn rắn chuẩn đúng thời điểm, cần duy trì ống thông dạ dày hoặc đặt lại sonde dạ dày sau khi đã rút.

Bảng 3. Phân loại đờ dạ dày theo tiêu chuẩn ISGPS

Mức độ	Tiêu chuẩn lâm sàng	Khả năng ăn rắn	Sử dụng thuốc tăng nhu động/ dinh dưỡng tĩnh mạch
Độ A (Nhẹ)	NGT ngày 4–7 sau mổ Hoặc đặt lại sau ngày 3	Không dung nạp ngày 7, Hồi phục trước ngày 14	Có thể dùng
Độ B (Trung bình)	NGT ngày 8–14 sau mổ Hoặc đặt lại sau ngày 7	Không dung nạp ngày 14, Hồi phục trước ngày 21	Thường cần
Độ C (Nặng)	NGT hoặc đặt lại sau ngày 14	Không dung nạp sau ngày 21	Thường cần nuôi dưỡng tĩnh mạch

2.2. Cơ chế bệnh sinh

2.2.1. Cơ chế hormon

Tá tràng là cơ quan tiết motilin, một hormon peptide điều hòa phức hợp vận động (migrating motor complex-MMC) pha III. Motilin kích thích co bóp hàng vị và duy trì tháo rỗng dạ dày giữa các bữa ăn. Khi tá tràng bị cắt bỏ trong cắt khối tá tụy, mất nguồn tiết motilin gây gián đoạn vận động và chậm tháo rỗng dạ dày. Đây là cơ chế căn bản nhất

của DGE nguyên phát sau cắt khối tá tụy. Ngoài motilin, các hormon tiêu hóa khác như cholecystokinin (CCK), serotonin và peptide YY cũng bị ảnh hưởng bởi phẫu thuật và có thể góp phần vào rối loạn vận động dạ dày.

2.2.2. Cơ chế thần kinh

Tổn thương thần kinh phế vị (vagal denervation) trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt khi bóc tách hạch lympho quanh thân tạng và dây chằng gan-tá tràng gây rối loạn

điều tiết co bóp hàng vị và môn vị. Loạn nhịp dạ dày (gastric dysrhythmias) được ghi nhận ngay trong giai đoạn hậu phẫu sớm và là cơ chế có thể của DGE sớm sau cắt tá tụy bảo tồn môn vị. Wang và cộng nhân mạnh rằng phần lớn bệnh nhân sau cắt khối tá tụy có giảm chức năng tháo rỗng dạ dày ở mức độ nào đó khi đánh giá bằng phương pháp khách quan (xạ hình, test hơi thở bằng C^{13}), ngay cả khi không có DGE lâm sàng theo ISGPS [7].

2.2.3. Cơ chế cơ học

Gập góc, xoắn hoặc phù nề tại miệng nối dạ dày/tá tràng-hỗng tràng có thể cản trở lưu thông tiêu hóa. Thiếu máu cục bộ tại quai hỗng tràng, đặc biệt khi đường đi gây chèn ép tĩnh mạch, gây phù nề và giảm nhu động. Gamboa-Hoill và cộng sự cho thấy, khi dạ dày liệt và căng giãn, áp lực tăng có thể khuếch đại gập góc tại miệng nối, tạo vòng xoáy bệnh lý.

2.2.4. Cơ chế viêm và DGE thứ phát

Rò tụy, tụ dịch quanh tụy và viêm phúc mạc gây DGE thứ phát qua hai đường: kích thích thần kinh tại chỗ ức chế phản xạ nhu động dạ dày và tăng áp lực ổ bụng cản trở co bóp cơ học. Nghiên cứu của Noorani và Fahlbusch cho thấy rò tụy là yếu tố tiên lượng mạnh nhất cho DGE sau phẫu thuật tụy [3], [8].

2 bệnh nhân của chúng tôi, qua các lần thực hiện CLS sau mổ không phát hiện các yếu tố tắc nghẽn, nhưng lại có tình trạng tụ dịch ổ bụng, có thể đây là yếu tố dẫn đến DGE sau mổ.

2.3. Yếu tố nguy cơ

Nghiên cứu của Dai và cộng sự năm 2023 cho thấy một số yếu tố trước mổ có liên quan có ý nghĩa thống kê đến DGE gồm: tuổi cao, đái tháo đường, suy dinh dưỡng (albumin

huyết thanh thấp), vàng da tắc mật nặng (bilirubin cao) và $ASA \geq 3$ [1].

Các yếu tố trong mổ có liên quan độc lập với DGE gồm: mất máu trong mổ nhiều (> 500 mL), thời gian phẫu thuật kéo dài (> 360 phút), đặc điểm miệng nối và đường đi quai hỗng tràng. Tuy nhiên, không có kỹ thuật tái lập lưu thông nào chứng minh ưu thế. Javed [2] lưu ý rằng loại miệng nối tụy, việc đặt stent ống tụy và loại vật liệu keo cầm máu đã được nghiên cứu như các yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ rò tụy và qua đó gián tiếp dẫn đến DGE.

Biến chứng sau mổ là yếu tố nguy cơ lớn nhất của DGE. Rò tụy, tụ dịch ổ bụng, nhiễm trùng huyết và phẫu thuật lại đều là yếu tố nguy cơ độc lập. DGE ở những bệnh nhân này là thứ phát và sẽ hồi phục khi nguyên nhân được kiểm soát. Martinez-Cabrera và cộng sự [4] xác nhận DGE liên quan chặt chẽ với nhu cầu dinh dưỡng tĩnh mạch ($OR=88,7$), phẫu thuật lại ($OR=10,5$) và tái nhập viện ($OR=10,0$), phản ánh gánh nặng lâm sàng không lồ của biến chứng này.

Một vấn đề khác là sử dụng giảm đau sau mổ, việc sử dụng các thuốc giảm đau họ thuốc phiện liều cao (như hydromorphone > 0.6 mg/ngày) làm chậm nhu động dạ dày một cách rõ rệt [4].

DGE sau cắt thân đuôi tụy là lĩnh vực ít được nghiên cứu hơn so với sau cắt khối tá tụy. Fahlbusch và cộng sự [8] đã thực hiện nghiên cứu phân tích 1.688 bệnh nhân về DGE sau cắt thân đuôi tụy, cho kết quả tỷ lệ DGE sau cắt thân đuôi tụy khoảng 10–12%, thấp hơn đáng kể so với sau cắt khối tá tụy. Trong phân tích đa biến, các yếu tố nguy cơ độc lập

của DGE sau cắt thân đuôi tụy được xác định là: rò tụy (yếu tố mạnh nhất), chỉ số khối cơ thể cao ($BMI > 30 \text{ kg/m}^2$), phẫu thuật mở (so với nội soi), thời gian phẫu thuật kéo dài và tụ dịch ổ bụng. Cắt hay bảo tồn lách không ảnh hưởng có ý nghĩa đến nguy cơ DGE. Kết quả này khẳng định vai trò trung tâm của rò tụy trong cơ chế DGE sau phẫu thuật tụy nói chung, không chỉ riêng cắt thân đuôi tụy.

2.4. Chẩn đoán

Định nghĩa của ISGPS dựa hoàn toàn vào tiêu chí lâm sàng (lưu sonde dạ dày, khả năng ăn rắn) mà không đánh giá trực tiếp chức năng sinh lý tháo rỗng dạ dày. Wang và cộng sự [7] thực hiện tổng quan hệ thống về các phương pháp đánh giá khách quan chức năng dạ dày sau cắt khối tá tụy, bao gồm:

- Xạ hình tháo rỗng dạ dày (gastric emptying scintigraphy-GES): tiêu chuẩn vàng, sử dụng thức ăn đánh dấu ^{99m}Tc , đo thời gian bán hủy $T_{1/2}$ và tỷ lệ tháo rỗng tại các mốc 1, 2, 4 giờ. GES cho phép định lượng mức độ chậm tháo rỗng một cách khách quan nhưng tốn kém và gây phơi nhiễm phóng xạ.

- Test hơi thở bằng ^{13}C : phù hợp theo dõi nối tiếp. Tương quan tốt với GES trong nhiều nghiên cứu.

- Điện dạ dày (electrogastrographyEGG): Phát hiện bất thường ngay cả trước khi có DGE lâm sàng.

Nghiên cứu này kết luận rằng phần lớn bệnh nhân sau cắt khối tá tụy có suy giảm chức năng tháo rỗng dạ dày theo phương pháp khách quan, ngay cả khi không có DGE lâm sàng, gợi ý rằng định nghĩa ISGPS có thể không bắt trọn toàn bộ phổ rối loạn chức năng dạ dày sau PD.

2.5. Điều trị

DGE gây ra hậu quả nghiêm trọng trên nhiều phương diện như kéo dài thời gian nằm viện, tăng thời gian dùng dinh dưỡng tĩnh mạch, làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn catheter và rối loạn chuyển hóa, làm tăng nguy cơ tái nhập viện và nguy cơ phẫu thuật lại, tăng chi phí y tế. DGE còn gây trì hoãn hóa trị hỗ trợ, ảnh hưởng tiêu cực đến kết cục ung thư học dài hạn. Vì thế, quản lý trước trong và sau mổ nhằm hạn chế và điều trị tích cực biến chứng này có vai trò rất quan trọng.

Tối ưu hóa dinh dưỡng trước mổ là bước quan trọng ở bệnh nhân suy dinh dưỡng, kiểm soát vàng da tắc mật khi bilirubin $>250\mu\text{mol/L}$ nên dẫn lưu đường mật trước mổ giúp cải thiện chức năng gan và tình trạng toàn thân. Kiểm soát đái tháo đường tốt trước mổ và tối ưu hóa tình trạng tim mạch cũng là bước chuẩn bị quan trọng.

Trong mổ, Kim YH và Javed [2] nhấn mạnh rằng việc hạn chế gây tổn thương thần kinh phế vị, tránh căng và gấp góc miệng nối, và đảm bảo tưới máu tốt quai hồng tràng là các nguyên tắc kỹ thuật cơ bản.

Sau mổ, khi đã xác định có DGE, việc lựa chọn chiến lược điều trị cũng rất quan trọng :

- Đặt ống thông dạ dày để giảm áp và theo dõi lượng dịch là biện pháp cơ bản.

- Dinh dưỡng đường ruột qua ống thông hồng tràng được khuyến cáo khi bệnh nhân không thể ăn sau 7 ngày. Nuôi dưỡng đường ruột sớm (trong 24 giờ đầu sau mổ) là câu hỏi quan trọng của ERAS, có thể giảm DGE thông qua duy trì nhu động ruột. Javed [2] lưu ý rằng nuôi dưỡng đường ruột qua ống thông tá tràng hay hồng tràng trong giai

đoạn sớm sau mổ được nghiên cứu như biện pháp giảm DGE.

- Thuốc tăng nhu động: erythromycin (chất đồng vận motilin) 250 mg x3 lần/ngày trong 3–7 ngày là lựa chọn phổ biến nhất; metoclopramide và domperidone là các lựa chọn thay thế.

Bệnh nhân thứ 1 của chúng tôi được can thiệp nối vị tràng do không đáp ứng nội khoa dù đã dùng các thuốc tăng nhu động và tình trạng nuôi dưỡng khó khăn, bệnh nhân thứ 2 sau khi đặt lại sonde dạ dày được phối hợp chọc dẫn lưu các ổ dịch trong ổ bụng, sau đây diễn tiến ổn định.

Với DGE thứ phát (do rò tụy, tụ dịch, hay biến chứng ổ bụng khác), điều trị phải hướng vào kiểm soát nguồn gốc. Dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn CT hoặc siêu âm là can thiệp hiệu quả để kiểm soát tụ dịch và giải quyết DGE thứ phát. Cakir et al. (2020) xác nhận rằng toàn bộ bệnh nhân DGE độ A–B trong nghiên cứu của họ hồi phục sau khi dẫn lưu ổ tụ dịch, không cần thêm điều trị đặc hiệu cho dạ dày.

DGE độ C kéo dài cần đánh giá loại trừ tắc nghẽn cơ học bằng chụp cản quang dạ dày-ruột non hoặc nội soi. Khi xác định tắc nghẽn cơ học, can thiệp nội soi (nong bóng, đặt stent) hoặc phẫu thuật lại có thể được chỉ định. Javed [2] lưu ý rằng trong phần lớn trường hợp DGE độ C, điều trị bảo tồn kéo dài (2–4 tuần) kết hợp nuôi dưỡng đường ruột và thuốc kích thích nhu động vẫn là tiếp cận đầu tiên, phẫu thuật lại chỉ cần thiết khi có tắc nghẽn cơ học xác định hoặc khi bệnh nhân không thể dung nạp nuôi dưỡng đường ruột.

IV. KẾT LUẬN

Qua 2 trường hợp đờ dạ dày sau phẫu thuật tụy được điều trị tại khoa Ngoại bệnh viện Tâm Anh và điểm lại y văn, cho thấy, phẫu thuật tụy, đặc biệt là cắt khối tá tụy vẫn còn gắn liền với tỷ lệ biến chứng cao, trong đó rò tụy và đờ dạ dày là hai biến chứng thường gặp nhất và có ảnh hưởng lớn nhất đến kết cục bệnh nhân. DGE sau phẫu thuật tụy là một bệnh lý phức tạp với cơ chế đa yếu tố: hormon (mất motilin), thần kinh (tổn thương phế vị), cơ học (gập góc miệng nối) và viêm thứ phát.

Không có kỹ thuật tái lập lưu thông nào chứng minh hạn chế DGE hơn. Sự lựa chọn kỹ thuật phải dựa trên kinh nghiệm phẫu thuật viên, đặc điểm giải phẫu bệnh nhân và các nguyên tắc kỹ thuật cơ bản: đảm bảo tưới máu tốt, không căng, không gập góc miệng nối. Điều trị DGE phải phân biệt nguyên phát (tiếp cận prokinetics + dinh dưỡng đường ruột) và thứ phát (tiếp cận nguyên nhân - dẫn lưu rò tụy, ổ tụ dịch).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dai S, Peng Y, Wang G, Yin L, Yan H, Xi C, et al. Risk factors of delayed gastric emptying in patients after pancreaticoduodenectomy: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *International journal of surgery (London, England)*. 2023;109(7):2096-119.
2. Javed AA, Aziz K, Bagante F, Wolfgang CL. Pancreatic Fistula and Delayed Gastric Emptying After Pancreatectomy: Where do We Stand? *The Indian journal of surgery*. 2015;77(5):409-25.
3. Noorani A, Rangelova E, Del Chiaro M, Lundell LR, Ansorge C. Delayed Gastric Emptying after Pancreatic Surgery: Analysis of Factors Determinant for the Short-term Outcome. *Frontiers in surgery*. 2016;3:25.

4. **Martinez-Cabrera C, Martinez-Esteban A, Barron-Cervantes NM, Bandin-Musa A, Chan C.** Delayed Gastric Emptying and Other Adverse Outcomes in Patients Undergoing Classic Whipple Versus Pylorus-Sparing Pancreatoduodenectomy. *Cureus*. 2024;16(9):e69406.
5. **Zubair AB, Khan Sherwani IAR, Ahmad M, Tahir MA, Khalil MI, Bukhari MM, et al.** The Spectrum of Postoperative Complications and Outcomes After Pancreatoduodenectomy: A Retrospective Outlook From a Developing Country. *Cureus*. 2022;14(2):e22218.
6. **Wente MN, Bassi C, Dervenis C, Fingerhut A, Gouma DJ, Izbicki JR, et al.** Delayed gastric emptying (DGE) after pancreatic surgery: a suggested definition by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS). *Surgery*. 2007;142(5):761-8.
7. **Wang TH, Lin AY, Mentor K, O'Grady G, Pandanaboyana S.** Delayed Gastric Emptying and Gastric Remnant Function After Pancreatoduodenectomy: A Systematic Review of Objective Assessment Modalities. *World journal of surgery*. 2023;47(1):236-59.
8. **Fahlbusch T, Höhn P, Klinger C, Werner J, Keck T, Friess H, et al.** Risk Factor Identification for Delayed Gastric Emptying after Distal Pancreatectomy-An Evaluation of 1688 Patients Based on the German StuDoQ|Pancreas Registry. *Journal of clinical medicine*. 2022;11(19).