

tâm trương ($p < 0,001$), chỉ số khối cơ thể (BMI) ($p < 0,005$) với BMI. Khối lượng cơ thể có tương quan thuận mức độ trung bình với số đo vòng bụng ($p < 0,001$) và chỉ số BMI ($p < 0,001$). Yutaka Hatani khi phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy: trọng lượng cơ thể, BMI và chỉ số mỡ cơ thể đều có liên quan đến ĐTĐ type 2. Khi phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy chỉ số mỡ cơ thể là yếu tố nguy cơ duy nhất liên quan độc lập với chức năng tâm thu cơ tim theo chiều dọc thất trái (OR = 1,147; 95%CI: 1,001- 1,314; $p = 0,027$) [4]. Không có mối tương quan giữa các chỉ số về hình thái, kích thước thất trái với chỉ số xét nghiệm Triglycerid, HDL-C và LDL-C ($p > 0,05$).

Hồi quy tuyến tính đa biến về tương quan giữa hình thái, kích thước thất trái với các yếu tố của hội chứng chuyển hóa: Huyết áp tâm thu và BMI tăng dẫn đến đường kính thất trái cuối tâm trương tăng, chỉ số khối cơ thể thất trái cũng tăng với phương trình hồi quy lần lượt là: $Dd = 22,3 + 0,45 * BMI + 0,02 * HATT$ và $LVMI = 23,9 + 1,5 * BMI + 0,2 * HATT$. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Makiko Suto khi phân tích hồi quy bội cho thấy rằng đối với bệnh nhân ĐTĐ type 2, BMI là

thông số quyết định độc lập cho chỉ số khối cơ thể thất trái và sức căng cơ tim theo chiều dọc [5].

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố của hội chứng chuyển hóa có ảnh hưởng đến kích thước thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Lich, Nguyễn Khoa Diệu Vân** (2019). "Thực trạng kiểm soát đường huyết và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú". Tạp chí Y học Việt Nam, tập 481, số 2 tháng 8/2019.
2. **Huỳnh Công Minh, Văn Thị Thanh Vân**. "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân gan nhiễm mỡ đến khám tại phòng bảo vệ sức khỏe cán bộ tỉnh Thừa Thiên Huế". Tạp chí y học Việt Nam, số 29 tháng 1/2018.
3. **Tana X, Zhona J, Zhana H. et al** (2019). Visit-to-visit fasting plasma glucose variability is an important risk factor for long-term changes in left cardiac structure and function in patients with type 2 diabetes. *Cardiovasc Diabetol*:18(1):50.
4. **Hatani Y, Tanaka H, Mochizuki Y** (2020). Association of body fat mass with left ventricular longitudinal myocardial systolic function in type 2 diabetes mellitus. *J Cardiol*:75(2):189-195.
5. **Suto M, Tanaka H, Mochizuki Y et al** (2017). Impact of overweight on left ventricular function in type 2 diabetes mellitus. *Cardiovasc Diabetol*; 16(1):145.

KỸ THUẬT TÁI LẬP LƯU THÔNG TỤY - HỒNG TRÀNG KIỂU BLUMGART CẢI TIẾN SAU PHẪU THUẬT CẮT ĐẦU TỤY TÁ TRÀNG

Hồ Văn Linh¹, Đặng Quốc Ái^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặt điểm kỹ thuật thực hiện miêng nối tụy - hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến và khảo sát các biến chứng sau phẫu thuật và thái độ xử trí. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 87 bệnh nhân được thực hiện miêng nối tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2012 đến 12/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình $59,5 \pm 11,0$ (18 - 83) và nam/nữ khoảng 2,1. Đau tức bụng hạ sườn phải hoặc quanh rốn là 66,7%, tắc mật 65,5%, ngứa 58,6% và sút cân 56,3% bệnh nhân. Ống tụy giãn (> 3 mm) là 60,9% và không giãn (≤ 3 mm) là 39,1% bệnh nhân, nhu mô tụy xơ hóa là 31,0% so với nhu

mô tụy không xơ hóa là 69,0%. Dẫn lưu ống tụy chủ động ra da là 54,7%, không dẫn lưu ống tụy là 27,6% và dẫn lưu bên trong là 5,7% bệnh nhân. Truyền máu trong phẫu thuật 35,8%, số lượng trung bình $571,9 \pm 251,0$ (350 - 1350 ml) và thời gian phẫu thuật trung bình $280,8 \pm 28,9$ (220 - 335 phút). Biến chứng chung sau phẫu thuật là 26,4% bệnh nhân. Trong đó, rò tụy 2,3%, chảy máu 5,7%, viêm tụy cấp thoáng qua 13,2%, ứ trệ dạ dày 7,5%, rò miêng nối mật ruột 1,2% và tử vong sau phẫu thuật là 1,2%. **Kết luận:** Kỹ thuật thực hiện miêng nối tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến dễ làm, an toàn và hiệu quả. Mặc dù biến chứng chung sau phẫu thuật vẫn còn cao nhưng các biến chứng rò tụy, chảy máu thấp và được kiểm soát khá tốt.

Từ khóa: Cắt khối tá tụy, Blumgart

SUMMARY

THE MODIFICATION OF THE BLUMGART TECHNIQUE IN PANCREATICOJEJUNOSTOMY ANASTOMOSIS AFTER CEPHALIC PANCREATODUODENECTOMY

¹Bệnh viện Trung ương Huế

²Trường Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 24.5.2023

Background: The aim of this study is to research the modified Blumgart pancreaticoduodenectomy anastomosis procedure and complications following surgery and corresponding treatment strategies. **Methods:** From January 2012 to December 2022, 87 patients with pancreatic disease were performed the modified Blumgart pancreaticoduodenectomy procedure after pancreaticoduodenectomy at Hue Central Hospital. **Results:** The mean age was 59.5 ± 11 (18 – 83) years, the male/female ratio was 2.1. Predominant symptoms included abdominal pain (66.7%), jaundice (78.7%), weight loss (56.6%) and pruritus (58.5%). Hardened pancreatic texture was found in 11,3% whereas soft, non-fibrotic pancreatic texture accounted for the majority of cases (88.7%). We performed prophylactic external pancreatic duct drainage in 76% of cases. Mean blood transfusion volume was 571.9 ± 251.0 (350 – 1350) ml. Mean operative time was 280 ± 28.9 minutes. There were 32% of patients having post-operative complications, including pancreatic fistula (2,4%), haemorrhage (5.7%), transient acute pancreatitis (13.2%), delayed gastric emptying (7.5%) and bilioenteric anastomosis fistula (1.2%) and post-operative mortality was 1.2%. **Conclusions:** Overall complications rate after pancreaticoduodenectomy with pancreaticojejunostomy was still high but the rates of pancreatic fistula and haemorrhage were low.

Keywords: Pancreaticoduodenectomy, Blumgart

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng cho đến nay được xem như là phẫu thuật thường quy để điều trị bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng, nhưng đây là phẫu thuật phức tạp có nhiều tai biến, biến chứng và tử vong khá cao. Mặc dù, các nghiên cứu trong khoảng mười năm trở lại đây thì tỷ lệ tử vong giảm còn 1 – 5%, các biến chứng sau phẫu thuật đã được kiểm soát và xử trí khá tốt. Các nghiên cứu cho thấy biến chứng chung sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng dao động từ 30% - 50% [1]. Theo Malleo G (2010), biến chứng chung sau phẫu thuật là 41,5% [2].

Một trong những biến chứng nguy hiểm hàng đầu trọng miệng nối tụy ruột sau cắt khối đầu tụy tá tràng là rò miệng nội. Biến chứng rò miệng nối tụy sau phẫu thuật thường diễn biến rất nặng nề, phức tạp, điều trị khó khăn, là nguyên nhân gây tử vong đến 50%. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến rò miệng nối tụy tiêu hóa bao gồm yếu tố nguy cơ ở tụy (cấu trúc nhu mô tụy, bệnh lý tụy, máu nuôi dưỡng mòm tụy, dịch tụy, kích thích ống tụy), yếu tố người bệnh (tuổi, giới và tình trạng tắc mật trước phẫu thuật) và sau cùng là yếu tố trong phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, kỹ thuật nối tụy tiêu hóa và đặt stent ống tụy hoặc không) [3].

Trong những năm gần đây biến chứng rò tụy

không còn đáng sợ như trước, nhưng vẫn còn phổ biến và liên quan đến 50% số bệnh nhân tử vong sau mổ [4]. Trong đó, kỹ thuật tái lập lưu thông tụy - tiêu hoá có ảnh hưởng lớn đến biến chứng rò tụy. Vì vậy mà các phẫu thuật viên luôn cố gắng tìm ra các phương pháp mới, cải tiến kỹ thuật nhằm đảm bảo an toàn cho miệng nối của tụy với đường tiêu hoá. Cải tiến kỹ thuật để giảm biến chứng rò tụy sau phẫu thuật luôn được các phẫu thuật viên quan tâm. Chúng tôi thực hiện đề tài: "*Kỹ thuật tái lập lưu thông tụy – hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng*". Với mục tiêu thứ nhất là "nghiên cứu đặt điểm kỹ thuật thực hiện miệng nối tụy – hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến" và thứ hai là "khảo sát các biến chứng sau phẫu thuật và thái độ xử trí".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 87 bệnh nhân được tái lập lưu thông tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến sau phẫu thuật cắt khối đầu tụy tá tràng theo phương pháp Whipple tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01-2010 đến 06-2020.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bao gồm những bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối đầu tụy – tá tràng do bệnh lý của đầu tụy, bóng Vater, đoạn cuối ống mật chủ hoặc tá tràng.

+ Có làm miệng nối tụy ruột bằng kỹ thuật Blumgart.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Những bệnh nhân phẫu thuật cắt khối đầu tụy – tá tràng làm miệng nối tụy ruột kiểu Blumgart cải tiến nhưng có phẫu thuật thêm cơ quan khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả tiến cứu, không đối chứng. Các biến chứng sau phẫu thuật được chẩn đoán dựa theo các định nghĩa của hiệp hội gan mật tụy quốc tế.

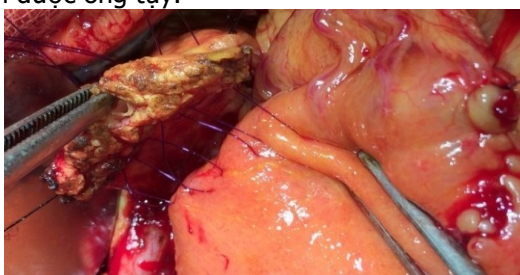
- **Chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả những bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn bệnh.

- Kỹ thuật phẫu thuật

Thi cắt khối đầu tụy – tá tràng: Được tiến hành theo các bước kỹ thuật của kỹ phương pháp Whipple kinh điển.

Kỹ thuật di động mòm tụy: Chiều dài của mòm tụy thường di động đến khi nhìn thấy được góc hợp lưu giữa tụy với tĩnh mạch lách, trên hoặc dưới 2,5 cm. Sau khi cắt eo tụy, làm sạch diện cắt bằng gạc, cầm máu bằng dao điện hoặc

khâu cầm máu, xác định ống tụy, chủ động dẫn lưu ống tụy trong mọi trường hợp trừ khi không tìm được ống tụy.



Hình 2.1: Khâu nối tụy hồng tràng theo Blumgart, lồng móm tụy vào trong lòng hồng tràng, lớp trong được khâu vắt bằng chỉ prolene 3 - 0.

Kỹ thuật tái lập lưu thông miệng nối tụy với hồng tràng: Khâu hai lớp theo kiểu Blumgart cải tiến bằng chỉ prolene 3.0: Mở hồng tràng theo chiều dọc ở bờ tự do, kích thước vừa đủ bằng với diện cắt móm tụy. Lớp ngoài khâu rời gồm 4 đến 5 mũi tùy theo diện cắt của móm tụy, mũi đầu tiên bắt đầu ở bờ trên và khâu xuyên từ mặt trước ra mặt sau của tụy, tiếp tục khâu lớp toàn thể với thành sau của hồng tràng, rồi tiếp tục khâu xuyên từ mặt sau ra mặt trước của tụy, mũi chỉ này được giữ lại để khâu với lớp ngoài của mặt trước hồng tràng sau khi đã khâu xong lớp trong của miệng nối, cần lưu ý là khâu về hai phía của ống tụy, không được khâu xuyên ống tụy. Lớp trong được khâu vắt từ bờ trên đến bờ dưới của tụy, khâu từ mặt sau đến mặt trước, độ dài của móm tụy được lồng vào trong lòng hồng tràng tối thiểu là 1 cm. Dẫn lưu ống tụy hoặc không tùy vào đường kính ống tụy và tình trạng nhu mô tụy còn lại, ống tụy được dẫn lưu ra ngoài thành bụng (Hình 2.1).

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Đặc điểm chung như giới tính, tuổi...
- + Các triệu chứng lâm sàng như đau bụng, tắc mật, ngứa...
- + Tình trạng nhu mô tụy và ống tụy.
- + Đặc điểm vị trí tổn thương bệnh lý.
- + Các đặc điểm miệng nối tụy ruột.
- + Các biến chứng sau phẫu thuật và thái độ xử trí.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu được phân tích và xử lý trên máy tính bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê thường được dùng trong y học. Các số liệu thu thập được thể hiện dưới dạng: tỷ lệ %, trung bình cộng \pm độ lệch chuẩn.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài được phê duyệt của hội đồng đạo đức bệnh viện. Mọi

thông tin trong hồ sơ bệnh án được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm bệnh lý. Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 87, bao gồm 59 bệnh nhân nam và 28 bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $59,5 \pm 11,0$ tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi. Nhóm tuổi từ 40 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,8% và khác với các nhóm tuổi khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Đau tức bụng hạ sườn phải hoặc quanh rốn là 66,7%. Tắc mật trước phẫu thuật 65,5%, ngứa 58,6% và sút cân 56,3% bệnh nhân. Ống tụy giãn (> 3 mm) là 60,9% và không giãn (≤ 3 mm) là 39,1% bệnh nhân. Nhu mô tụy xơ hóa là 31,0% và nhu mô tụy không xơ hóa là 69,0%. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là ung thư bóng Vater 62,1%, ít nhất là ung thư tá tràng 2,3%. Đặc điểm vị trí tổn thương được mô tả trong bảng 3.1.

Bảng 3.1: Đặc điểm vị trí tổn thương bệnh lý

Bệnh lý	n = 87	(%)
Ung thư Vater	54	62,1
Ung thư đầu tụy	15	17,2
Ung thư đoạn cuối ống mật chủ	11	12,6
Ung thư tá tràng	2	2,3
Bệnh lý khác	5	5,8

3.2. Đặc điểm kỹ thuật thực hiện miệng nối tụy hồng tràng Blumgart cải tiến

Dẫn lưu ống tụy chủ động ra da là 54,7%, dẫn lưu ống tụy bên trong là 5,7% và không dẫn lưu ống tụy là 27,6% bệnh nhân. Truyền máu trong phẫu thuật 21,1% bệnh nhân, số lượng máu truyền trung bình là $430,5 \pm 210,0$ ml (350 - 1350 ml). Thời gian phẫu thuật trung bình là $277,3 \pm 28,8$ phút (220 - 335 phút). Đặc điểm kỹ thuật thực hiện miệng nối được trình bày trong bảng 3.2.

Bảng 3.2. Đặc điểm kỹ thuật thực hiện miệng nối

	N = 87	(%)	P
Chiều dài của móm tụy			
Dài $< 2,5$ cm	51	58,6	P = 0.056
Dài $\geq 2,5$ cm	36	41,4	
Kỹ thuật cắt eo tụy			
Cắt bằng dao SA	43	49,4	
Cắt bằng dao điện	35	40,2	
Cắt bằng dao lạnh	9	10,3	
Kỹ thuật khâu			
Gồm 4 mũi khâu	66	75,9	P = 0,237
Gồm 5 mũi khâu	21	24,1	

3.3. Biến chứng sau phẫu thuật và thái

độ xử trí. Biến chứng chung gặp ở 24(27,6%) bệnh nhân, nhưng tổng số biến chứng là 31 và có 01 bệnh nhân có 3 biến chứng. Biến chứng viêm tụy cấp sau phẫu thuật gặp nhiều nhất 8(9,2%), tiếp theo ứ trệ dạ dày 7/(8,0%), áp xe tồn dư 5(5,7%), chảy máu 4(4,6%), viêm phổi 2(2,3%), nhiễm trùng vết mổ 2(2,3%), rò miệng nối mật ruột 1(1,1%), rò tụy 2(2,3%) và tử vong 1(1,1%) bệnh nhân. Các biến chứng và thái độ xử trí được mô tả trong bảng 3.3.

Bảng 3: Một số biến chứng sau phẫu thuật và thái độ xử trí

Biến chứng	N =87	%	Thái độ xử trí	
			Nội khoa	Phẫu thuật
Rò tụy	2	2,3	1	1
Chảy máu sau mổ	4	4,6	3	1
Ứ trệ dạ dày	7	8,0	4	0
Viêm tụy cấp sau mổ	8	9,2	7	0
Abscess tồn dư	5	5,7	4	0
Rò miệng nối mật ruột	1	1,1	1	0
Viêm phổi	2	2,3	2	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	2,3	2	0
Tử vong	1	1,1	0	1

Xử trí các biến chứng:

- Có 2 bệnh nhân rò tụy sau phẫu thuật và được xử lý như sau. Bệnh nhân thứ nhất có các dấu hiệu sinh tồn không ổn định vào ngày 5 như: sốt cao dao động từ 39 – 40°C, tinh thần hoãn loạn, kích thích, khám nhận thấy tình trạng đau bụng vùng mạn sườn phải tăng dần, thành bụng phồng nề, bí trung tiện, dẫn lưu cạnh miệng nối tụy số lượng 200 ml – 500ml mỗi ngày, xét nghiệm amylase dịch tăng cao > 10 lần; siêu âm bụng có dịch ổ bụng lượng nhiều lợn cợn hồi âm; chụp cắt lớp có ổ dịch lớn quanh miệng nối tụy, dịch len lỏi giữa các quai ruột non; xét nghiệm máu BC: 21.000; quyết định mổ lại, làm sạch ổ phúc mạc, cắt bỏ miệng nối tụy, dẫn lưu tụy ra ngoài; sau mổ lần 2, diễn biến lâm sàng tốt dần lên, hết sốt, không đau bụng, ăn uống tốt, bệnh ra viện sau 10 ngày kể từ lần mổ sau. Bệnh nhân thứ 2 vào ngày thứ 3 sau mổ có biểu hiện sốt 37 – 38°C, cảm giác mệt, đau bụng mạn sườn phải, bụng chướng vừa, bí trung tiện, không có biểu hiện viêm phúc mạc, dẫn lưu ra dịch lợn cợn số lượng khoảng 50 – 70 ml/ ngày, xét nghiệm máu có BC là 15000; siêu âm bụng có ổ dịch quanh miệng nối tụy kích thước 2,5 – 3cm, dịch lợn cợn hồi âm; chụp cắt lớp phát hiện ổ dịch thông thương với miệng nối tụy, có ít dịch dưới gan; quyết định chọc hút và dẫn lưu ổ dịch dưới siêu âm; chăm sóc đặc biệt, thay đổi kháng sinh, điều chỉnh điện giải; bệnh ổn định ra viện.

- Một bệnh nhân chảy máu sau phẫu thuật 6 giờ được tiến hành phẫu thuật lại với biểu hiện lâm sàng: mạch ≥ 120 lần/phút, huyết áp tối đa ≤ 90 mmHg, da niêm mạc nhợt, Hb lần xét nghiệm sau thấp hơn lần trước 3 g/dl, bụng chướng và đề kháng, dẫn lưu có máu đỏ tươi số lượng 500 ml/1 giờ; nguồn chảy máu tự nhánh động mạch mạc treo ruột.

- Hai bệnh nhân chảy máu ống tiêu hóa có biểu hiện huyết động duy trì ổn định, sonde dạ dày có dịch máu 500 ml/24 giờ, bụng không chướng, không đề kháng, số lượng hồng cầu > 3,0 ML, điều trị bảo tồn thành công.

- Các abscess tồn dư được chọc hút hoặc dẫn lưu dưới siêu âm. Ứ trệ dạ dày được điều trị bằng Erythromycin 500 mg/24 giờ cho đến khi hết triệu chứng.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 59,5 tuổi (18 - 83). Chúng tôi nhận thấy rằng nhóm tuổi từ 40 – 59 chiếm tỷ lệ rất cao với 52,8%. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh của nhóm tuổi này với các nhóm tuổi khác là có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,0001$). Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi thấp hơn trong báo cáo của Aranha (2006) với tuổi trung bình là 68 tuổi (21 – 90) [5].

Phần lớn phẫu thuật được tiến hành theo phương pháp Whipple kinh điển, khi cắt bỏ hang vị dạ dày thì phẫu trường ở mặt trước vùng đầu tụy được bộc lộ rõ ràng, rất dễ dàng để quan sát và phẫu tích các mạch máu vùng đầu tụy tá tràng. Theo kinh điển, các tác giả luôn luôn cắt hang vị dạ dày nhằm mục đích đảm bảo được việc nạo vét hạch di căn dễ dàng hơn và tránh biến chứng rò dạ dày muộn [6].

Biến chứng sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng thì rất đa dạng và phức tạp; biến chứng nặng có nguy cơ đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân như: rò tụy, chảy máu, ứ trệ dạ dày; biến chứng nhẹ như: áp - xe tồn dư, viêm tụy cấp thoáng qua, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng đường mật ngược dòng, rò miệng nối mật ruột, rò miệng nối vị tràng. Mặc dù các biến chứng này có hay không có nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh nhưng chắc chắn kéo dài thời gian điều trị làm tăng chi phí, ảnh hưởng đến kinh tế gia đình và xã hội.

Trong 87 trường hợp tái lập tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến có biến chứng chung ở 27,6% bệnh nhân. Một số bệnh nhân có nhiều hơn một biến chứng (6,9%). Trong đó, biến chứng viêm tụy cấp sau phẫu thuật là thường

gặp nhất (8,2%), tuy nhiên, viêm tụy cấp xảy ra vài giờ sau phẫu thuật, diễn biến kéo dài trong vài ngày, không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng, xét nghiệm có amylase máu tăng gấp ba lần nồng độ amylase máu bình thường. Tiếp theo là biến chứng ứ trệ dạ dày (8,0%), áp xe tồn dư (5,7%), viêm phổi (2,3%), nhiễm trùng vết mổ (2,3%), rò miệng nối mật ruột (1,1%), rò tụy (2,3%) và chảy máu sau phẫu thuật (4,6%). Các nghiên cứu trước đây cho thấy rằng, biến chứng chung sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng từ 30% - 50% [1]. Theo Malleo G (2010), biến chứng chung sau phẫu thuật là 41,5% [2].

Biến chứng rò miệng nối tụy sau phẫu thuật thường diễn biến rất nặng nề, phức tạp, điều trị khó khăn, là nguyên nhân gây tử vong đến 50%. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến rò miệng nối tụy tiêu hóa bao gồm: yếu tố nguy cơ ở tụy (cấu trúc nhu mô tụy, bệnh lý tụy, máu nuôi dưỡng móm tụy, dịch tụy, kích thích ống tụy); yếu tố người bệnh (tuổi, giới và tình trạng tắc mật trước phẫu thuật) và cuối cùng là yếu tố trong phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, kỹ thuật nối tụy tiêu hóa và đặt stent ống tụy hoặc không) [3]. Trong đó, kỹ thuật tái lập lưu thông tụy - tiêu hóa có ảnh hưởng lớn đến biến chứng rò tụy, vì vậy mà các phẫu thuật viên luôn cố gắng tìm ra các phương pháp mới, cải tiến kỹ thuật nhằm đảm bảo an toàn cho miệng nối của tụy với đường tiêu hóa.

Pessaux (2011), nghiên cứu trên 158 bệnh nhân cắt đầu tụy tá tràng được chia thành hai nhóm: nhóm có dẫn lưu ống tụy ra ngoài gồm 77 bệnh nhân và nhóm không dẫn lưu ống tụy gồm 81 bệnh nhân. Kết quả cho thấy tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật của nhóm có dẫn lưu ống tụy là 41,5% so với nhóm không dẫn lưu là 61,7%; biến chứng rò tụy của nhóm có dẫn lưu và nhóm không có dẫn lưu là 42% và 26%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm là ngang nhau và số bệnh nhân gặp phải viêm tụy cấp thoáng qua sau phẫu thuật của nhóm có dẫn lưu thì cao hơn nhóm không có dẫn lưu ống tụy. Tuy nhiên, sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê. Cuối cùng, tác giả khuyến nên dẫn lưu ống tụy sau cắt đầu tụy tá tràng một cách hệ thống khi nhu mô tụy không xơ hóa và ống tụy không giãn [7].

Ngoài yếu tố về kỹ thuật khâu nối và dẫn lưu ống tụy, biến chứng rò tụy phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố nguy cơ khác như: cấu trúc nhu mô tụy, bệnh lý tụy, máu nuôi dưỡng móm tụy, dịch tụy, kích thích ống tụy, tuổi, giới, tình trạng tắc mật và cuối cùng là thời gian và lượng máu mất

trong phẫu thuật. Kim JY (2013), nghiên cứu 100 bệnh nhân cắt đầu tụy tá tràng, hoàn toàn sử dụng miệng nối tụy hồng tràng tận bên, lớp trong khâu ống tụy với niêm mạc hồng tràng mũi rời chỉ prolene 5.0, lớp ngoài khâu lớp thanh mạc cơ chỉ vicryl 4.0 mũi rời và đặt một stent bên trong ống tụy (cắt đầu tụy tá tràng kính điển 31 bệnh nhân và cắt đầu tụy tá tràng cải tiến 69 bệnh nhân). Tác giả nhận xét rằng: nhu mô tụy không xơ có nguy cơ rò miệng nối tụy tăng 3,02 lần so với nhu mô tụy xơ hóa, đường kính ống tụy nhỏ dưới 3 mm thì nguy cơ rò tụy tăng 2,97 lần và nếu như có cắt ghép tĩnh mạch mạc treo tràng trên hoặc cắt tĩnh mạch cửa thì tỉ lệ này tăng lên 5,42 lần [8].

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật thực hiện miệng nối tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến dễ làm, an toàn và hiệu quả. Mặc dù biến chứng chung của kỹ thuật tái lập lưu thông tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến vẫn còn cao nhưng các biến chứng rò tụy, chảy máu thấp và được kiểm soát khá tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wada K, Traverso W and Seattle** (2006), "Pancreatic anastomotic leak after the Whipple procedure is reduced using the surgical microscope", *Surgery*. 139, pp. 735-742.
2. **Malleo G, Crippa S and Butturini G** (2010), "Delayed gastric emptying after pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy: validation of International Study Group of Pancreatic Surgery classification and analysis of risk factors", *Hepato-Pancreato-Biliary Association*. 12, pp. 610-618.
3. **Lai EC and Lau SH** (2009), "Measures to Prevent Pancreatic Fistula After Pancreatoduodenectomy", *Arch Surg*. 144(11), pp. 1074 - 1080.
4. **Prasanth Penumadu & Savio G. Barreto & Mahesh Goel & Shailesh V. Shrikhande** (2014), "Pancreatoduodenectomy - Preventing Complications", *Indian J Surg Oncol*. 6(1), pp. 6-15.
5. **Aranha GV and Aaron JM** (2006), "Critical Analysis of a Large Series of Pancreaticogastrostomy After Pancreatoduodenectomy", *Arch Surg* 141, pp. 574 - 580.
6. **Caronna R, Peparini N and Cosimo RC** (2012), "Pancreaticojejuno Anastomosis after Pancreatoduodenectomy: Brief Pathophysiological Considerations for a Rational Surgical Choice", *International Journal of Surgical Oncology*, pp. 1 - 5.
7. **Pessaux P, Sauvanet A and Mariette C** (2011), "External Pancreatic Duct Stent Decreases Pancreatic Fistula Rate After pancreaticoduodenectomy: Prospective Multicenter Randomized Trial", *Annals of Surgery*. 253, pp. 879-885.
8. **Kim J.Y, Park J.S and Kim J.K** (2013), "A model for predicting pancreatic leakage after pancreaticoduodenectomy based on the international study group of pancreatic surgery classification", *Korean J hepatobiliary Pancreat Surg*. 17, pp. 166-170.