

đã tìm thấy trong nghiên cứu của mình sự cải thiện điểm trung bình của thang điểm MRC từ $4,0 \pm 1$ trước phẫu thuật thành $4,5 \pm 0,7$ sau phẫu thuật đối với giải chèn ép tại chỗ. Năm 2020, Ryckie G và cộng sự đã tổng hợp 30 nghiên cứu trên 2894, 87% bệnh nhân cải thiện trên lâm sàng sau phẫu thuật. G. Bacle và cộng sự cũng công bố kết quả nghiên cứu so sánh giữa các phương pháp điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ tại rãnh ròng rọc khuỷu thì giải chèn ép tại chỗ đem lại kết quả với tỉ lệ cải thiện hoặc chữa khỏi từ 93 – 95% [9]

Về biến chứng sau mổ đa phần các bệnh nhân không có biến chứng sau mổ (92.98%), có 3 bệnh nhân chảy máu sau mổ (5.27%), 1 bệnh nhân đau sẹo sau mổ (1.75%), không có bệnh nhân nào nhiễm trùng sau mổ. Kết quả biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả trên thế giới khi họ thấy rằng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật giải chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu cho kết quả tương tự các phương pháp khác nhưng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật ít hơn [9].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu bằng phương pháp giải chèn ép tại chỗ cho kết quả phục hồi cảm giác và vận động tốt, tỉ lệ hồi phục chức năng bàn tay cao, rất ít tai biến và biến chứng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Osei D.A., Groves A.P., Bommarito K. và cộng sự. (2017). Cubital Tunnel Syndrome: Incidence and Demographics in a National

- Administrative Database. *Neurosurgery*, 80(3), 417–420.
2. Li M., He Q., Hu Z. và cộng sự. (2015). Applied anatomical study of the vascularized ulnar nerve and its blood supply for cubital tunnel syndrome at the elbow region. *Neural Regen Res*, 10(1), 141–145.
3. Nakashian M.N., Ireland D., và Kane P.M. (2020). Cubital Tunnel Syndrome: Current Concepts. *Curr Rev Musculoskelet Med*, 13(4), 520–524.
4. Carlton A. và Khalid S.I. (2018). Surgical Approaches and Their Outcomes in the Treatment of Cubital Tunnel Syndrome. *Front Surg*, 5, 48.
5. Kelly B.J. và Hughes T. (2013). Treatment Options for Cubital Tunnel Syndrome. .
6. Wang Y., Sunitha M., và Chung K.C. (2013). How to Measure Outcomes of Peripheral Nerve Surgery. *Hand Clin*, 29(3), 349–361.
7. Schreuders T.A.R., Roebroek M.E., Jaquet J.-B. và cộng sự. (2004). Long-term outcome of muscle strength in ulnar and median nerve injury: comparing manual muscle strength testing, grip and pinch strength dynamometers and a new intrinsic muscle strength dynamometer. *J Rehabil Med*, 36(6), 273–278.
8. Dützmann S., Martin K.D., Sobottka S. và cộng sự. (2013). Open vs retractor-endoscopic in situ decompression of the ulnar nerve in cubital tunnel syndrome: a retrospective cohort study. *Neurosurgery*, 72(4), 605–616; discussion 614–616.
9. Bacle G., Marteau E., Freslon M. và cộng sự. (2014). Cubital tunnel syndrome: comparative results of a multicenter study of 4 surgical techniques with a mean follow-up of 92 months. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR*, 100(4 Suppl), S205–208.
10. Schmidt S., Kleist Welch-Guerra W., Matthes M. và cộng sự. (2015). Endoscopic vs Open Decompression of the Ulnar Nerve in Cubital Tunnel Syndrome: A Prospective Randomized Double-Blind Study. *Neurosurgery*, 77(6), 960–970; discussion 970–971.

KẾT QUẢ CẮT KHỐI TÁ TUYỆT NẠO VẾT HẠCH MỞ RỘNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG ĐẦU TUYỆT

Phạm Thế Anh¹, Trương Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của nạo vét hạch mở rộng trong phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị các bệnh lý ung thư vùng đầu tụy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt

khối tá tràng đầu tụy, vét hạch mở rộng cho các bệnh lý ung thư vùng đầu tụy tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện K trong thời gian từ 07/2009 – 07/2018. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 24 bệnh nhân (BN). Tỉ lệ nam/nữ: 1/1,67. Tuổi trung bình: $53,4 \pm 15,1$ tuổi. Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến bóng Vater (66,67%), ung thư biểu mô tuyến tụy (16,67%), u đặc giả nhú (12,5%), ung thư biểu mô tuyến của phần thấp ống mật chủ (4,16%). 1 BN có di căn nhóm hạch quanh động mạch gan chung (nhóm 8), chiếm 4,16%. Thời gian nằm hồi sức sau mổ: $4,2 \pm 2,0$ ngày. Biến chứng thường gặp: rò tụy (12,5%), áp xe tồn dư (8,3%). Thời gian nằm viện trung bình: $26,1 \pm 12,0$ ngày. **Kết luận:** Cắt khối tá tụy nạo vét hạch mở rộng trong điều trị ung thư vùng

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

đầu tụy là phương pháp có tính khả thi, tuy nhiên phải được thực hiện bởi các phẫu thuật viên chuyên khoa có nhiều kinh nghiệm. Cần có thời gian dài để đánh giá thời gian sống thêm.

Từ khóa: cắt khối tá tụy, nạo vét hạch mở rộng.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF EXTENDED LYMPHADENECTOMY IN PANCREATODUODENECTOMY FOR PANCREATODUODENAL CANCERS

Objectives: To evaluate the short-term outcomes of extended lymphadenectomy in pancreaticoduodenectomy. **Subject and method:** This was a combined retrospective and prospective descriptive study of the cases who underwent extended lymphadenectomy in pancreaticoduodenectomy for pancreaticoduodenal cancers at VietDuc University Hospital and National Cancer Hospital from July 2009 to July 2018. **Results:** Elective surgery was performed for 24 patients. Sex ratio was 1 male per 1.67 female. The average age was 53.4 ± 15.1 years. Postoperative pathology: ampullary carcinoma (66.67%), head of pancreatic carcinoma (16.67%), solid pseudopapillary tumor (12.5%), distal of common bile duct cancer (4.16%). The length of resuscitation stay was 4.2 ± 2.0 days. There was one patient having metastasis of lymph node around the common hepatic artery (number 8) (4,16%). Early postoperation complications were pancreatic leakage (12.5%), abscess (8.3%). The length of hospital stay was 26.1 ± 12.0 days. **Conclusions:** Extended lymphadenectomy pancreaticoduodenectomy for pancreaticoduodenal cancers is a feasible operation, must be performed by experienced and specialized surgeons. This technique requires more time to evaluate long-term survival compared with standard lymphadenectomy.

Keywords: pancreaticoduodenectomy, extended lymphadenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị ung thư vùng đầu tụy theo đa mô thức, trong đó phẫu thuật triệt căn (phẫu thuật Whipple) là biện pháp cơ bản và hiệu quả nhất. Phẫu thuật cắt khối tá tụy được Whipple thực hiện thành công lần đầu tiên trên người năm 1935, bao gồm: cắt tá tràng, đầu tụy, đường mật chính, túi mật, một phần dạ dày và đoạn đầu hồng tràng. Đây là một phẫu thuật lớn, từ khi ra đời đến nay luôn là thử thách không nhỏ với hầu hết các phẫu thuật viên, kỹ thuật đòi hỏi phẫu tích những cơ quan liên quan tới các mạch máu lớn trong ổ bụng với nhiều miệng nối. Ngày nay, kỹ thuật này được xem là an toàn ở những trung tâm lớn với tỷ lệ tử vong thấp từ 3 - 5%. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng sau mổ còn cao (40 - 54%), trong đó khoảng 33% các bệnh nhân xuất hiện các biến chứng liên quan đến rò miệng nối tụy (rò tụy, áp xe tồn dư, nhiễm khuẩn vết mổ)

[1], [6], [10].

Vét hạch trong phẫu thuật điều trị ung thư vùng đầu tụy được cho là biện pháp hiệu quả giúp cải thiện thời gian sống sau mổ. Mức độ lấy hạch nhiều hay ít được chia thành "vét hạch tiêu chuẩn" (standard lymphadenectomy) hay còn gọi là nạo vét hạch D1 và "vét hạch mở rộng" (extended lymphadenectomy) hay còn gọi là nạo vét hạch D2. Năm 1973, Fortner nghiên cứu về nạo vét hạch D2 trong cắt khối tá tụy, bao gồm nạo hạch vùng sau phúc mạc và cắt bán phần dưới dạ dày, kĩ thuật này sau đó và được ứng dụng rộng rãi ở Nhật Bản, Hoa Kỳ và châu Âu như của Nakao, Machado, Yeo,... Hiệu quả của nạo vét hạch mở rộng còn nhiều vấn đề đang tranh luận. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng, nạo vét hạch mở rộng giúp cải thiện thời gian sống thêm sau mổ đồng thời không làm tăng các biến chứng sau mổ, trong khi một số nghiên cứu khác lại chỉ ra điều ngược lại [9].

Tại Việt Nam, có một số báo cáo về kết quả cắt khối tá tụy như của Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Ngọc Bích, Phạm Thế Anh,.. có đề cập đến di căn hạch ở các bệnh nhân nhóm ung thư. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả thực sự của nạo vét hạch mở rộng trong cắt khối tá tụy để điều trị các tổn thương ác tính vùng đầu tụy.

Khái niệm nạo vét hạch chuẩn: nạo vét thành 1 khối các nhóm bờ trên và dưới môn vị (nhóm 5 và 6), nhóm hạch bên phải dây chằng gan - tá tràng (nhóm 12b₁, 12b₂, 12c), nhóm hạch ở trước và sau khối tá tụy (17a, 17b, 13a, and 13b), hạch ở bên phải của ĐM mạc treo tràng trên (14a và 14b), và những hạch phía trước ĐM gan chung (8a) [9].

Khái niệm nạo vét hạch mở rộng: bao gồm vét các hạch bạch huyết chặng đầu tiên (D₁) đã được đề cập ở trên cùng với các hạch lympho chặng 2 (D₂): nhóm hạch phía sau động mạch gan chung (8p), động mạch thân tạng (9), hạch rốn gan (12a₁, 12a₂, 12p₁, và 12p₂), hạch xung quanh ĐM mạc treo tràng trên được lấy từ dưới nhánh hồng tràng đầu tiên tới phía trên nguyên ủy của nó từ động mạch chủ (14c, 14d, và 14v). Cuối cùng là các hạch cạnh động mạch chủ được lấy từ cao hơn động mạch thân tạng đến dưới động mạch mạc treo tràng dưới (16) [9].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 24 trường hợp đã được phẫu thuật cắt khối tá tràng đầu tụy, vét hạch mở rộng cho các bệnh lý ung thư vùng đầu tụy tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện K trong thời gian từ 07/2009 – 07/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3. Đánh giá trước phẫu thuật. Khám lâm sàng, xét nghiệm: sinh hóa toàn bộ, công thức máu, Prothrombin, Ca 19-9, CEA, soi dạ dày, soi đại tràng, siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và/hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI).

2.4. Kỹ thuật

- Mở bụng đường trắng giữa trên rốn kéo dài xuống dưới rốn.

- Thăm dò ổ bụng: đánh giá khả năng cắt u, dịch ổ bụng, gan, lách, hạch, phúc mạc, các tạng khác trong ổ bụng,...

- Làm thủ thuật Kocher giải phóng khối tá tụy.

- Sinh thiết tức thì đánh giá tính chất u.

- Cắt ngang hang vị dạ dày.

- Cắt ngang eo tụy, di động mòm tụy.

- Cắt đôi hồng tràng cách góc Treitz 10 – 15cm.

- Cắt đôi ống mật chủ.

- Thắt ĐM vị tá tràng.

- Nạo vét hạch nhóm động mạch thân tạng:

+ Dọc ĐM gan chung đến tận rốn gan: lấy hết tổ chức bao quanh cuống gan đến rốn gan, bộc lộ rõ các ĐM gan riêng.

+ Dọc ĐM lách.

+ Dọc ĐM vành vị.

+ Tổ chức liên kết quanh gốc ĐM thân tạng.

- Nạo vét hạch dọc theo ĐM mạc treo tràng trên từ nguyên ủy đến hết nhánh tá tụy dưới.

- Nạo vét hạch dọc ĐM chủ: từ dưới nguyên ủy ĐM mạc treo tràng dưới đến chạc ba chủ – chạu. Bên phải bộc lộ rốn thận phải, Bên trái bộc lộ tĩnh mạch thận trái.

- Lập lại lưu thông tiêu hóa: tụy – ruột, vị – tràng, mật – ruột.

- Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu cạnh các miệng nối, đóng bụng theo lớp giải phẫu. Mẫu bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh ngay sau phẫu thuật.

2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi, giới.

- Trong mổ: thời gian phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân truyền máu trong mổ.

- Kết quả sớm: Thời gian trung tiện, thời gian sử dụng kháng sinh, thời gian rút dẫn lưu, thời gian rút sonde dạ dày, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện. Các biến chứng sớm: rò tụy, áp xe tồn dư, xuất huyết tiêu hóa,...Giải phẫu bệnh sau mổ.

2.6. Xử lý số liệu. Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Sử dụng các test

thống kê (t-test, chi-square, pearson) để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học. Tỷ lệ nam:nữ là 1:1,67. Tuổi trung bình là: $53,4 \pm 15,1$ tuổi, lớn nhất 73 tuổi, nhỏ nhất 14 tuổi.

3.2. Đánh giá trong mổ. Thời gian mổ trung bình là $302,5 \pm 55,7$ phút, dài nhất là 420 phút, ngắn nhất là 185 phút. Có 1 bệnh nhân (4,16%) truyền máu trong mổ.

3.3. Đánh giá sau mổ. Thời gian trung tiện là $87,25 \pm 22,9$ giờ, sớm nhất là 48 giờ, muộn nhất là 150 giờ sau mổ. Thời gian sử dụng kháng sinh là $11 \pm 4,3$ ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 24 ngày. Thời gian rút dẫn lưu là $12,0 \pm 4,4$ ngày, sớm nhất là ngày thứ 7, muộn nhất là ngày thứ 23 sau mổ. Thời gian rút sonde dạ dày trung bình là $6,3 \pm 1,1$ ngày, sớm nhất là ngày thứ 5, muộn nhất là ngày thứ 9 sau mổ. Thời gian nằm hồi sức trung bình là $4,2 \pm 2,0$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 9 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $26,1 \pm 12,0$ ngày, ngắn nhất là 16 ngày, dài nhất là 58 ngày. Bệnh nhân nằm viện ít nhất. Các biến chứng sớm sau mổ là rò tụy (12,5%), áp xe tồn dư (8,3%), xuất huyết tiêu hóa (4,16%).

Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến của bóng Vater (66,67%), ung thư biểu mô tuyến tụy (16,67%), u đặc giả nhú (12,5%), ung thư biểu mô tuyến của phần thấp ống mật chủ (4,16%). Có 1 bệnh nhân có di căn hạch nhóm 8 (4,2%).

IV. BÀN LUẬN

Nạo vét hạch trong phẫu thuật ung thư vùng đầu tụy đã được thực hiện từ lâu. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của nạo vét hạch chuẩn. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy việc nạo vét hạch chuẩn là cần thiết và có ý nghĩa tích cực trong việc kéo dài thời gian sống, chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Trong những năm qua, nhiều phẫu thuật viên với nhiều nghiên cứu tìm cách cải thiện hơn nữa kết quả của phẫu thuật như cải thiện thời gian sống thêm sau mổ, cải thiện chất lượng cuộc sống, giảm thiểu các nguy cơ tai biến, biến chứng trong mổ, sau mổ, giảm thời gian mổ [9], [10].

Vào những năm thập niên 1980, các tác giả Nhật Bản đã nghiên cứu việc nạo vét rộng rãi mô mềm sau phúc mạc trong cắt khối tá tụy có thể làm tăng tỷ lệ sống trên 5 năm. Tác giả Gockel và cộng sự (2007) đã công bố nghiên cứu cho thấy có nhiều trường hợp có di căn ung thư

trong mạc treo tụy và việc lấy bỏ mạc treo tụy giúp phẫu thuật trở nên triệt căn hơn [4]. Tuy nhiên một nghiên cứu đa trung tâm khác trên 1001 bệnh nhân được phẫu thuật tại 77 trung tâm lại không khẳng định được điều đó. Hơn nữa, theo một số tác giả từ Châu Âu, việc nạo vét hạch mở rộng làm kéo dài thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ đồng thời làm tăng nguy cơ tiêu chảy, suy dinh dưỡng,... sau mổ [7]. Pedrazzoli và cộng sự (1998) tiến hành nạo vét hạch mở rộng từ dưới cơ hoành đến rốn gan, đi dọc theo động mạch và tĩnh mạch chủ bụng đến nguyên ủy của động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên. Thống kê cho thấy việc nạo vét hạch như vậy không làm thay đổi tỷ lệ biến chứng cũng như tử vong sau mổ nhưng cũng không cải thiện thời gian sống thêm sau mổ so với nạo vét hạch chuẩn [8].

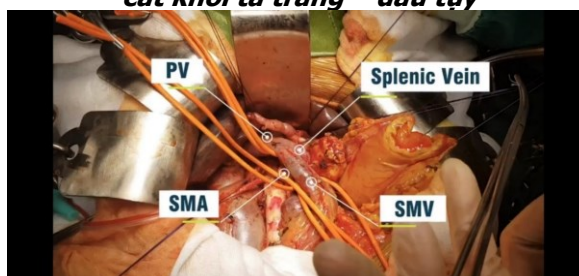
Theo nghiên cứu của Charles J. Yeo và cộng sự (1999) nghiên cứu so sánh trên 114 bệnh nhân gồm 56 bệnh nhân được nạo vét hạch chuẩn, 58 bệnh nhân được nạo vét hạch mở rộng, thời gian mổ trung bình của nhóm nạo vét hạch mở rộng là 408 phút, thời gian mổ trung bình của nhóm nạo vét hạch chuẩn là 372 phút. Sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mổ trung bình là 302,5 phút. Kết quả này có cải thiện đáng kể so với nghiên cứu của Charles J. Yeo nhưng cao hơn so với nghiên cứu gần đây của Dionysios Dellaportas và cộng sự (2017) cho thấy thời gian mổ cắt khối tá tụy có nạo vét hạch mở rộng là 258 phút [3]. Như vậy, trải qua thời gian, cùng với sự phát triển của các phương tiện hỗ trợ cuộc mổ, sự cải thiện về kỹ năng mổ cũng như tùy thuộc kinh nghiệm của phẫu thuật viên thì thời gian mổ có thể được rút ngắn. Bên cạnh đó, các nghiên cứu khác đều cho thấy rằng, khi so sánh về thời gian mổ giữa nhóm nạo vét hạch chuẩn với nạo vét hạch mở rộng thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy, nạo vét hạch mở rộng không làm kéo dài thời gian mổ cũng như có thể được cải thiện dần cùng với sự hỗ trợ của các phương tiện hiện đại, sự nâng cao trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [1], [10].

Việc nạo vét hạch mở rộng có làm gia tăng biến chứng hay không là câu hỏi rất quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 bệnh nhân có chảy máu trong quá trình nạo vét hạch và phải truyền 250ml đơn vị hồng cầu khối. Sau mổ thì toàn trạng bệnh nhân ổn định, xét nghiệm hồng cầu 4,5 T/l, dẫn lưu không ra máu tươi, máu cục. Những trường hợp khác không gặp biến chứng

khác và mất máu không đáng kể, không phải truyền máu trong mổ. Theo nghiên cứu của Dionysios Dellaportas và cộng sự (2017) trên 152 bệnh nhân cắt khối tá tụy nạo vét hạch mở rộng điều trị ung thư bóng Vater cho thấy, biến chứng quan trọng liên quan đến việc nạo vét hạch là chảy máu. Theo nghiên cứu này, lượng máu mất trong mổ của nhóm nạo vét hạch chuẩn là 520ml, nhóm nạo vét hạch mở rộng là 720ml, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$) [3]. Nhưng theo nghiên cứu của Charles J. Yeo và cộng sự (1998), lượng máu mất của 2 nhóm nạo vét hạch mở rộng và nạo vét hạch chuẩn trung bình đều là 780ml, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 1$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, hạch nạo vét được lấy thành 1 khối, các mạch máu, mạch bạch huyết được kiểm soát tỉ mỉ, thắt tận gốc do đó có thể làm giảm được nguy cơ chảy máu, rò tụy, rò bạch huyết,...



Hình 1: Bộc lộ hệ động mạch phẫu thuật cắt khối tá tràng – đầu tụy



Hình 2: Bộc lộ hệ tĩnh mạch phẫu thuật cắt khối tá tràng – đầu tụy

Diễn biến sớm sau mổ cũng là vấn đề được quan tâm khi đánh giá hiệu quả của nạo vét hạch mở rộng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các biến chứng sớm sau mổ là rò tụy (12,5%), áp xe tồn dư (8,3%), xuất huyết tiêu hóa (4,16%). Chúng tôi không gặp biến chứng chậm lưu thông dạ dày cũng như tiêu chảy sau mổ. Có 3 bệnh nhân bị rò tụy sau mổ (12,5%) được cho nhịn ăn hoàn toàn, nuôi dưỡng tĩnh mạch. Có 2 bệnh nhân có áp xe dư sau mổ (8,3%) được điều trị kháng sinh và dẫn lưu ổ áp xe. Có 1 bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa sau mổ (4,16%) do chảy máu ở diện cắt tụy (nối tụy

– dạ dày) được xử lý bằng bơm rửa nước ấm qua sonde dạ dày. Các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam cũng cho thấy nguy cơ gặp các biến chứng như chậm lưu thông dạ dày, rò tụy, rò bạch huyết đặc biệt là ở nhóm nạo vét hạch mở rộng. Theo C.W. Michalski và cộng sự (2007) nghiên cứu cho thấy tỷ lệ gặp hội chứng chậm lưu thông dạ dày ở nhóm nạo vét hạch chuẩn nhưng các biến chứng khác như rò tụy, rò bạch huyết thì không có sự khác biệt giữa 2 nhóm [7]. Vấn đề tiêu chảy kéo dài sau mổ nạo vét hạch mở rộng cũng được nhiều tác giả đề cập. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào bị tiêu chảy kéo dài. Tiêu chảy kéo dài được định nghĩa là tiêu chảy trên 2 tuần với số lượng > 3 lần/ngày, phân lỏng hoàn toàn. Cần phân biệt với hội chứng ruột kích thích là bệnh nhân cũng có đi ngoài phân lỏng nhưng kèm theo những lần đi ngoài phân không lỏng hoàn toàn. Trên thực tế lâm sàng, những bệnh nhân chúng tôi mổ cắt khối tá tụy nạo vét hạch chuẩn thì có gặp một vài trường hợp bị tiêu chảy kéo dài. Nhưng những bệnh nhân đó không đủ điều kiện cho vào nghiên cứu này. Nguyên nhân của tiêu chảy kéo dài theo một số tác giả là do việc nạo vét hạch làm tổn thương đám rối thần kinh khi nạo vét nhóm hạch bao quanh động mạch treo tràng trên. Vì vậy, để hạn chế biến chứng tiêu chảy kéo dài, nên nạo vét hạch hạn chế nhóm 14 (quanh động mạch treo tràng trên), chỉ nên dừng lại ở bờ phải của động mạch treo tràng trên, trừ những trường hợp nghi ngờ [1], [6].

Như vậy, nạo vét hạch mở rộng có thể gặp một số biến chứng như chảy máu, chậm lưu thông dạ dày, rò tụy, rò bạch huyết... nhưng còn tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như các phương tiện hỗ trợ. Đồng thời, nạo vét hạch mở rộng có thể làm giảm tỷ lệ biến chứng trong mổ và sau mổ vì các hạch, mạch được nạo vét thành 1 khối và được kiểm soát tận gốc làm giảm rò tụy, rò bạch huyết, chảy máu [1], [10].

Bên cạnh các tai biến, biến chứng thì vấn đề nhóm hạch hay có di căn ung thư cũng được quan tâm. Nếu biết được nhóm hạch nào hay có di căn ung thư thì việc nạo vét hạch chọn lọc và bắt buộc vào nhóm đó sẽ giúp giảm thiểu các nguy cơ tai biến, biến chứng, thời gian mổ... mà vẫn đảm bảo được nguyên tắc của phẫu thuật ung thư. Theo nghiên cứu của Masato Kayahara và cộng sự (1992) cho thấy một số nhóm hạch hay có di căn ung thư (không theo thứ tự từ cao

đến thấp) gồm: (1) nhóm hạch quanh ĐM gan chung (nhóm 8); (2) Nhóm hạch trong dây chằng gan – tá tràng (nhóm 12); (3) nhóm hạch phía sau khối tá tụy (nhóm 13); (4) nhóm hạch quanh ĐM MTTT (nhóm 14); (5) nhóm hạch dọc ĐM chủ bụng (nhóm 16); và (6) nhóm hạch phía trước khối tá tụy (nhóm 17) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi thống kê trên 10 bệnh nhân gần nhất cho thấy có 1 bệnh nhân có di căn ung thư vào hạch nhóm 8 (10%). Tuy nhiên, không phải ung thư sẽ chỉ di căn hạch vào những nhóm hạch này. Do đó, việc chỉ nạo vét hạch đơn thuần với những nhóm này có thể dẫn đến bỏ sót ung thư. Theo tác giả Lorenzo Capussotti (2003) nghiên cứu trên 149 bệnh nhân cắt khối tá tụy do ung thư đầu tụy cho thấy việc nạo vét hạch mở rộng và cắt đoạn tĩnh mạch có thể giúp cải thiện giai đoạn cũng như có lợi ích sống còn ban đầu. Nhưng sự cải thiện lâu dài về thời gian sống thì chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nạo vét hạch chuẩn [2].

V. KẾT LUẬN

Cắt khối tá tụy nạo vét hạch mở rộng là một phẫu thuật có tính khả thi, phải được thực hiện bởi các phẫu thuật viên chuyên khoa. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ biến chứng chung 25%, tương tự hoặc thấp hơn các nghiên cứu khác. Cần có thời gian dài để đánh giá thời gian sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, et al (2017), "The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 years after", *Surgery*, 161 (3), pp. 584-591.
2. Capussotti L, Massucco P, Ribero D, et al (2003), "Extended lymphadenectomy and vein resection for pancreatic head cancer: outcomes and implications for therapy", *Archives of surgery*, 138 (12), pp. 1316-1322.
3. Dellaportas D, Arkadopoulos N, Lykoudis P M, et al (2017), "Extended Lymph Node Dissection in Pancreaticoduodenectomy? A Case-control Study", *JOP J Pancreas (Online)*, 18 (1), pp. 49-53.
4. Gockel I, Domeyer M, Wolloscheck T, et al (2007), "Resection of the mesopancreas (RMP): a new surgical classification of a known anatomical space", *World journal of surgical oncology*, 5 (1), pp. 1-8.
5. Kayahara M, Nagakawa T, Kobayashi H, et al (1992), "Lymphatic flow in carcinoma of the head of the pancreas", *Cancer*, 70 (8), pp. 2061-2066.
6. Kim D H, Choi S H, Choi D W, et al (2017), "Division of surgeon workload in pancreaticoduodenectomy: striving to decrease post-operative pancreatic fistula", *ANZ Journal of Surgery*, 87 (7-8), pp. 569-575.
7. Michalski C, Kleeff J, Wente M, et al (2007),

- "Systematic review and meta-analysis of standard and extended lymphadenectomy in pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer", Journal of British Surgery, 94 (3), pp. 265-273.
8. **Pedrazzoli S, DiCarlo V, Dionigi R, et al (1998)**, "Standard versus extended lymphadenectomy associated with pancreatoduodenectomy in the surgical treatment of adenocarcinoma of the head of the pancreas: a multicenter, prospective, randomized study. Lymphadenectomy Study Group", Annals of surgery, 228 (4), pp. 508.
9. **Tol J A, Gouma D J, Bassi C, et al (2014)**, "Definition of a standard lymphadenectomy in surgery for pancreatic ductal adenocarcinoma: a consensus statement by the International Study Group on Pancreatic Surgery (ISGPS)", Surgery, 156 (3), pp. 591-600.
10. **Wang J, Ma R, Churilov L, et al (2018)**, "The cost of perioperative complications following pancreaticoduodenectomy: A systematic review", Pancreatology, 18 (2), pp. 208-220.

VAI TRÒ CỦA NỘI SOI PHẾ QUẢN ẢO TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ U VÀ DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

Lê Hoàn^{1,2}, Nguyễn Ngọc Cương¹, Nguyễn Đông Dương¹

TÓM TẮT

Nội soi phế quản ảo là một kỹ thuật mới không xâm lấn cho phép gián tiếp đánh giá các tổn thương đường thở thông qua hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Nghiên cứu thực hiện trên 18 bệnh nhân được xác định có bệnh lý u và dị vật đường thở tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhằm bước đầu đánh giá vai trò phát hiện tổn thương của nội soi phế quản ảo so sánh với nội soi phế quản ống mềm. Kết quả cho thấy nội soi phế quản ảo có giá trị tương đương với nội soi phế quản ống mềm trong việc phát hiện các tổn thương trong lòng phế quản.

Từ khóa: Nội soi phế quản ảo, u khí-phế quản, dị vật phế quản

SUMMARY

THE ROLE OF VIRTUAL BRONCHOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF TRACHEOBRONCHIAL TUMOR AND FOREIGN BODY

Virtual bronchoscopy is a new non-invasive technique that allows indirect evaluation of respiratory tract lesions through computed tomography (CT) imaging. A study was conducted on 18 patients with respiratory tract tumors and foreign bodies at Hanoi medical university hospital to initially evaluate the role of virtual bronchoscopy in detecting lesions compared to flexible bronchoscopy. The results showed that virtual bronchoscopy was equivalent to flexible bronchoscopy in detecting lesions within the bronchial tubes. **Keywords:** virtual bronchoscopy, tracheobronchial tumor, tracheobronchial foreign body.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi phế quản ảo là một kỹ thuật không

xâm lấn cho phép tái tạo lại hình ảnh ba chiều bên trong cây khí, phế quản dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực.¹ Hiện nay, với sự ra đời của hệ thống chụp cắt lớp vi tính đa đầu dò, cùng với sự phát triển các công nghệ tái tạo hình ảnh, nội soi phế quản ảo đã có những bước tiến vượt bậc, góp phần vào chẩn đoán các bệnh lý đường thở như u khí phế quản, sẹo hẹp khí quản, dị vật phế quản và đặc biệt là các bất thường cấu trúc đường thở ở trẻ nhỏ mà các biện pháp xâm nhập hạn chế tiếp cận.^{2,3} Gần đây, nội soi phế quản ảo còn được ứng dụng trong theo dõi tiến triển và đáp ứng điều trị các bệnh lý gây hẹp đường dẫn khí.^{4,5}

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được trang bị hệ thống cắt lớp vi tính đa đầu dò cùng với hệ thống lưu trữ, xử lý hình ảnh Minerva PACS từ đầu năm 2020. Hệ thống này cho phép chúng tôi thực hiện nội soi phế quản ảo từ hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực của bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm bước đầu đánh giá hiệu quả của nội soi phế quản ảo trong việc phát hiện các tổn thương u và dị vật đường thở so sánh với nội soi phế quản ống mềm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 18 bệnh nhân được chẩn đoán là u khí - phế quản, dị vật phế quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01 năm 2020 đến hết tháng 12 năm 2022, bao gồm 8 bệnh nhân được xác định có u khí quản hoặc u phế quản lớn, 10 bệnh nhân được chẩn đoán là dị vật phế quản. Đây là nhóm bệnh lý khá ít gặp nên chúng tôi lựa chọn mẫu thuận tiện, đảm bảo các tiêu chuẩn như sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính lồng ngực tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, nghi ngờ có

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàn

Email: lehoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023