

lượng cuộc sống của bệnh nhân, tránh được các biến chứng do nằm lâu như loét, viêm phổi, viêm đường tiết niệu... Tuy nhiên cần đánh giá kỹ tình trạng bệnh nhân và phối hợp đồng bộ giữa phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ nội khoa, bác sĩ PHCN.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Hans Haberneck, et al** (2000), "Comparison of Ender nails,dynamic hip screws and gamma nails in the treatment of peritrochanteric femoral fractures", Orthopaedic, Vol. 23,No2, pp. 121-127.
2. **Donald D. Price, Roland Staud và Michael E. Robinson** (2012). How should we use the visual analogue scale (VAS) in rehabilitation out comes? . J Rehabil Med, 44 (9), 800-804.
3. **Trần Trung Dũng** (2014). Các thang điểm đánh giá trong chấn thương chỉnh hình. nhà xuất bản y học, 43-45.
4. **Chang Hyun Cho, Sang Hyup Yoon và Shin Yoon Kim** (2010). Better Functional Outcome of Salvage THA than bipolar hemiarthroplasty for failed intertrochanteric Femur Fracture Fixation. Orthopedics, volume 33 (10), 1-20.
5. **Cankaya Deniz, B. Ozkurt và A. Y. Tabak** (2013). Cemented calcar replacement versus cementless hemiarthroplasty for unstable intertrochanteric femur fractures in the elderly. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 19 (6), 548-553.

6. **Nguyễn Đình Phú và Phan Thế Minh** (2015). đánh giá bước đầu kết quả điều trị gãy mất vũng liên mấu chuyển xương đùi ở bệnh nhân lớn tuổi bằng phương pháp phẫu thuật thay khớp háng lưỡng cực chuỗi dài. hội nghị thường niên lần thứ XXII- Hội chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh, 115-120.
7. **Võ Thành Toàn và Ngô Hoàng Viễn** (2016). Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở bệnh nhân lớn tuổi bằng phương pháp phẫu thuật thay khớp háng lưỡng cực chuỗi dài tại bệnh viện Thống Nhất. hội nghị thường niên lần thứ XXIII- Hội chấn thương chỉnh hình Tp. Hồ Chí Minh, 112-115.
8. **Young Dae Jeon và So Hak Chung** (2015). Bipolar Hemiarthroplasty for Unstable Intertrochanteric Femur Fracture in Patients over the Age of 80 Years: Comparative Analysis between Cementless and Cemented Stem. journal of the Korean orthopaedic association, 50 (6), 483-490.
9. **Nguyễn Đình Hiếu** (2018). Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở bệnh nhân trên 70 tuổi bằng phương pháp thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng. Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội
10. **Lê Ngọc Hải** (2020). Nghiên cứu tình trạng loãng xương và kết quả phẫu thuật thay khớp háng Bipolar điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi. Luận án tiến sỹ Y học, Học viện quân y. Tr 119

**KẾT QUẢ CẮT KHỐI TÁ TUYỆT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG ĐẦU TUYỆT TẠI BỆNH VIỆN K**

**Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Trương Mạnh Cường<sup>1</sup>**

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của 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 các trường hợp được phẫu thuật cắt khối tá tràng đầu tụy cho các bệnh lý ung thư vùng đầu tụy tại Bệnh viện K trong thời gian từ 07/2017 – 11/2019. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 25 bệnh nhân (BN). Tỷ lệ nam/nữ: 1/1,5. Tuổi trung bình: 54,5 ± 14,6 tuổi. Thời gian mổ trung bình là 261,6 ± 66,0 phút. Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến tụy (48%), ung thư biểu mô tuyến bóng Vater (24%), u đặc giả nhú (20%), ung thư biểu mô tuyến của phần thấp ống mật chủ (8%). Thời gian trung tiện trung bình: 85,2 ± 18,4 giờ. Thời gian rút sonde dạ dày trung bình: 5,6 ± 0,9 ngày. Thời gian rút dẫn lưu trung bình: 10,0 ± 3,9 ngày. Biến chứng thường gặp: rò tụy (8%), áp xe tồn dư (4%). Thời

gian nằm viện trung bình: 15,4 ± 11,4 ngày. **Kết luận:** Cắt khối tá tụy trong điều trị ung thư vùng 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, ung thư vùng đầu tụy

**SUMMARY**

**SHORT-TERM OUTCOMES OF PANCREATICODUODENECTOMY FOR PANCREATICODUODENAL CANCERS AT NATIONAL CANCER HOSPITAL**

**Objectives:** To evaluate the short-term outcomes of pancreaticoduodenectomy pancreaticoduodenal cancers. **Subject and method:** This was a retrospective descriptive study of patients who underwent pancreaticoduodenectomy for pancreaticoduodenal cancers at the National Cancer Hospital from July 2017 to November 2019. **Results:** Elective surgery was performed for 25 patients. The sex ratio was 1 male per 1.5 female. The average age was 54,5 ± 14,6 years. The mean time of operation was 261,6 ± 66,0 minutes. Postoperative pathology: pancreatic head carcinoma (48%), ampullary

<sup>1</sup>Bệnh viện K cơ sở Tân Triều  
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh  
 Email: theanhvietduc@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 01.11.2023  
 Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023  
 Ngày duyệt bài: 5.01.2024

carcinoma (24%), solid pseudopapillary tumor (20%), distal of common bile duct cancer (8%). The mean time of postoperative passage of gas was  $85,2 \pm 18,4$  hours. The mean time of removal of the nasogastric tube was  $5,6 \pm 0,9$  days. The mean time of removal of the drainage tube was  $10 \pm 3,9$  days. Early postoperation complications were pancreatic leakage (8%) and abscess (4%). The length of hospital stay was  $15,4 \pm 11,4$  days. **Conclusions:** pancreaticoduodenectomy for pancreaticoduodenal cancers is a feasible operation that experienced and specialized surgeons must perform. This technique requires more time to evaluate long-term survival.

**Keywords:** pancreaticoduodenectomy, pancreaticoduodenal cancers.

## 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) [7].

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,... Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả gần của phẫu thuật cắt khối tá tụy để điều trị các tổn thương ác tính vùng đầu tụy tại cơ sở chuyên khoa về ung thư là Bệnh viện K.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 25 trường hợp đã được phẫu thuật cắt khối tá tràng đầu tụy các bệnh lý ung thư vùng đầu tụy tại Bệnh viện K trong thời gian từ 07/2017 - 11/2019.

**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 mỏm tụy.

- Cắt đôi ống mật chủ.

- Thắt ĐM vị tá tràng.

- Cắt đôi hồng tràng cách góc Treitz 10 - 15cm. Lấy bỏ hết vùng đầu tụy sát bờ phải, sau dưới tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Thắt các nhánh động mạch, tĩnh mạch tá tụy dưới.

- 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 rút dẫn lưu, thời gian rút sonde dạ dày. Các biến chứng sớm: rò tụy, áp xe tồn dư, xuất huyết tiêu hóa,...Tỷ lệ truyền máu sau mổ. Tỷ lệ dùng Sandostatin sau mổ. Giải phẫu bệnh sau mổ. Thời gian nằm viện.

**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 1:1,5. Tuổi trung bình là  $54,5 \pm 14,6$  tuổi, lớn nhất 74 tuổi, nhỏ nhất 19 tuổi.

**3.2. Đánh giá trong mổ.** Thời gian mổ trung bình là  $261,6 \pm 66,0$  phút, dài nhất là 360 phút, ngắn nhất là 120 phút.

**3.3. Đánh giá sau mổ.** Thời gian rút sonde dạ dày trung bình là  $5,6 \pm 1,0$  ngày, sớm nhất là ngày thứ 4, muộn nhất là ngày thứ 8 sau mổ. Thời gian trung tiện là  $85,2 \pm 18,4$  giờ, sớm nhất là 72 giờ, muộn nhất là 150 giờ sau mổ. Thời gian rút dẫn lưu là  $10,0 \pm 3,9$  ngày, sớm nhất là ngày thứ 4, muộn nhất là ngày thứ 20 sau mổ. Có 6 bệnh nhân (24%) phải truyền máu sau mổ, tất cả bệnh nhân đều được dùng Sandostatin (Octreotid) sau mổ. Các biến chứng sớm sau mổ

là rò tụy (8%), áp xe tồn dư (4%). Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến tụy (48%), ung thư biểu mô tuyến bóng Vater (24%), u đặc giả nhú (20%), ung thư biểu mô tuyến của phần thấp ống mật chủ (8%). Thời gian nằm viện trung bình  $15,4 \pm 11,4$  ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 58 ngày.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm dịch tễ học.** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $54,5 \pm 14,6$  tuổi. So với tuổi trung bình trong nghiên cứu của Cameron năm 1993, 2003 là 59 tuổi và 56 tuổi; của Trịnh Hồng Sơn 2010 là 51,6 tuổi. Nghiên cứu trên 141 BN cắt khối tá tụy của Cameron (1993) thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các yếu tố nguy cơ cũng như biến chứng sau phẫu thuật ở nhóm BN già và nhóm BN trẻ. Các BN trong nghiên cứu đều đảm bảo đủ điều kiện để thực hiện phẫu thuật nặng, kéo dài nhiều giờ. Theo chúng tôi ngay cả với BN trẻ mà có bệnh lý nội khoa nặng như suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính,...thì nên chọn các phương pháp phẫu thuật khác như nối mật ruột, khoét nhú tá tràng,... để đảm bảo an toàn cho BN [4], [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 nam và 15 nữ. Tỷ lệ nam/nữ là: 1:1,5, khác biệt không đáng kể như trong các nghiên cứu của các tác giả khác như Cameron, Trịnh Hồng Sơn. Mặc dù vậy một trong những yếu tố nguy cơ gây ung thư tụy tăng cao ở những BN viêm tụy mạn do rượu thường là BN nam [4], [10].

**4.2. Đánh giá trong mổ.** Thời gian phẫu thuật trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là:  $261,6 \pm 66,0$  phút (120 – 360 phút). Thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn trong nghiên cứu của Phạm Thế Anh (2013) là 308,3 phút (khoảng 5 tiếng), ngắn nhất là 185 phút và dài nhất là 495 phút [4], của Fang (2007) là 6,3 tiếng [8]. Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật cắt khối tá tụy giữa các tác giả dựa vào các yếu tố: loại ung thư, biến đổi giải phẫu, đường kính ống mật chủ (giãn, không giãn), thời gian ống tụy (nhẹ, chậm), tuần hoàn bàng hệ (nhiều, ít), giai đoạn bệnh, mức độ xâm lấn mạch, mật độ nhu mô tụy (mềm, thô), mức độ vết hạch (tiêu chuẩn, mở rộng), phương tiện cầm máu được sử dụng (dao siêu âm, khâu cuộn, kẹp clip).

#### 4.3. Đánh giá sau mổ

**4.3.1. Thời gian trung tiện, rút sonde dạ dày, rút dẫn lưu.** Thời gian trung tiện trung bình là 85,16 giờ. Thời gian rút sonde dạ dày

trung bình là 5,6 ngày. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 10 ngày. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Thế Anh (2013) thời gian trung tiện trung bình là 90,4 giờ, thời gian rút dẫn lưu trung bình là 10,1 ngày, thời gian rút sonde dạ dày trung bình là 6,4 ngày [4].

**4.3.2. Điều trị sau mổ.** Điều trị octreotide, truyền máu sau phẫu thuật có vai trò quan trọng để điều trị cho các bệnh nhân có biến chứng, đặc biệt BN có biến chứng chảy máu hoặc rò tụy. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 24% BN phải truyền máu sau mổ và 100% bệnh nhân dùng sandostatine (octreotide) dự phòng sau mổ.

Năm 2006, Aranha nghiên cứu phân tích 235 trường hợp sau cắt khối tá tụy. Khoảng 112 BN đầu tiên dùng octreotide sau phẫu thuật, 123 BN cuối không điều trị octreotide. Dùng kháng sinh 6 giờ/lần trong vòng 4 ngày. Sonde dạ dày rút sau 5 ngày. Kết quả là tử vong sau phẫu thuật 0,9%, biến chứng gặp nhiều nhất là rò tụy (13,6%) trong đó có 1 trường hợp tử vong [5].

**4.3.3. Biến chứng.** Nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN rò tụy mức độ A; 1 BN áp xe tồn dư; không có bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa, chảy máu trong ổ bụng sau mổ (chiếm 12%). So với 21/218 trường hợp xuất huyết tiêu hóa của Bachalandra, trong đó có 2 BN kèm theo hội chứng chảy máu trong ổ bụng và 13 BN phải mổ lại (có 2 BN chảy máu tái phát phải mổ lại lần 3 và tử vong sau đó) [6]. Nghiên cứu trên 559 BN của Rumstadt có 22 BN xuất huyết tiêu hóa, trong đó có 13 trường hợp can thiệp qua nội soi do phẫu thuật viên trực tiếp làm, 9 trường hợp phải mổ lại và không có trường hợp nào chảy máu do "stress ulcer", có 11 trường hợp bực miệng nối tụy – ruột kèm theo xuất huyết tiêu hóa. Tuy nhiên tác giả không nói cụ thể số lượng BN và vị trí chảy máu [11]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ biến chứng thấp hơn các nghiên cứu kể trên có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn của nhóm nghiên cứu quốc tế ISGPS về rò tụy, có 10% trường hợp được chẩn đoán rò tụy dựa vào nồng độ amylase dịch dẫn so với nồng độ amylase trong huyết tương. Các trường hợp này đều ở mức độ A, kết quả của chúng tôi cũng tương đương với một số nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Nguyễn Tấn Cường (12,2%) [2]. Manabu Hashimoto (2005) là 45,1% tương đối cao so với các nghiên cứu khác có cỡ mẫu lớn hơn [9].

Về mặt chẩn đoán nguyên nhân rò tụy thì có

thể rò từ miệng nối tụy, từ nhu mô tụy, từ diện tụy còn lại ở bờ phải tĩnh mạch treo tràng trên, đây cũng là nguyên nhân chính gây tử vong sau phẫu thuật. Trên thế giới có rất nhiều tác giả đưa ra các tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào các xét nghiệm sinh hóa của amylase trong máu, trong dịch dẫn lưu hoặc giữa amylase máu và amylase dịch dẫn lưu. Tuy nhiên việc chẩn đoán và điều trị biến chứng này trên thực tế còn chưa được thống nhất. Tiêu chuẩn của ISGPS công bố năm 2016 là tiêu chuẩn được nhiều tác giả sử dụng. Theo chúng tôi, có thể trong trường hợp nhu mô tụy mềm khi khâu dễ bị rách nhu mô mà không phát hiện được trong mổ (nhất là miệng nối mặt trước) để khâu tăng cường nên có thể dẫn đến rò rỉ dịch tụy sau mổ.

Theo Debra A. Gervais phẫu thuật cắt khối tá tụy ngày càng được hoàn thiện về kỹ thuật giúp làm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng vẫn gặp những biến chứng nguy hiểm sau phẫu thuật cắt khối tá tụy cần phải được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Các phương pháp cận lâm sàng chẩn đoán hình ảnh là công cụ hỗ trợ đắc lực giúp cho phẫu thuật viên có thể chẩn đoán xác định mức độ, nguyên nhân các biến chứng. Mặc dù hầu hết các biến chứng sau cắt khối tá tụy có thể được giải quyết mà không cần sự can thiệp của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, tuy nhiên rất nhiều biến chứng có biểu hiện, có thể phát hiện nhờ các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Theo tác giả rò tụy và chậm lưu thông tiêu hóa là hai biến chứng thường gặp nhất sau cắt khối tá tụy. BN khi được chẩn đoán lâm sàng có rò tụy sẽ được cho chụp cắt lớp vi tính kiểm tra. Kết quả cho thấy khoảng 80% rò tụy tự hết, 15% trường hợp chỉ cần đặt dẫn lưu và 5% phải mổ lại [7].

Về điều trị các trường hợp rò tụy trong nghiên cứu của chúng tôi cả 2 BN được điều trị nội khoa bằng kháng sinh, Octreotide và tự hết rò tụy. Theo Choon-Kiat Ho (2005) miệng nối tụy ruột là một điểm yếu của phẫu thuật cắt khối tá tụy. Phương pháp đặt dẫn lưu ống tụy từ mòm cắt tụy vào đường tiêu hóa có thể cải thiện tình trạng rò nhưng lại có nguy cơ gây bực, hồng miệng nối. Kết quả nghiên cứu của tác giả cho thấy tỷ lệ rò tụy sau cắt khối tá tụy là 0 – 13%. Theo tác giả để điều trị rò tụy đạt kết quả tốt thì điểm mấu chốt quan trọng là cần phải phát hiện sớm [9].

**4.3.4. Giải phẫu bệnh sau mổ.** Nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu là ung thư tụy (48%), tiếp theo là ung thư Vater (24%), u đặc giả nhú (20%) và u phần thấp ống mật chủ (8%). Trong khi đó trong nghiên cứu của Phạm

Thế Anh (2013) cho thấy: ung thư biểu mô tụy có 7 trường hợp (11,7%), ung thư biểu mô Vater là 14 trường hợp (23,3%), ung thư phần thấp OMC là 9 trường hợp (15,0%), u đặc giả nhú của tụy là 6 trường hợp (10,0%) [1].

Chỉ định cắt khối tá tụy trong nhiên cứu của chúng tôi cũng nằm trong các chỉ định đã được nêu trong các nghiên cứu trước đây, tuy nhiên do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ nên không gặp hết các chỉ định cắt khối tá tụy. Nhìn chung chỉ định phẫu thuật tuyệt đối cắt khối tá tụy chủ yếu cho các tổn thương ung thư vùng đầu tụy như ung thư biểu mô tụy, ung thư biểu mô Vater, ung thư phần thấp ống mật chủ,... còn khả năng cắt bỏ qua các thăm dò về chẩn đoán hình ảnh cũng như đánh giá trong mổ khi các khối u này chưa có di căn gan, chưa có di căn phúc mạc, chưa xâm lấn vào bó mạch treo tràng trên. Đối với các tổn thương ung thư ở vùng này thì chỉ định cắt khối tá tụy là tốt nhất.

**4.3.5. Thời gian nằm viện.** Thời gian nằm viện trung bình là  $15,4 \pm 11,4$  ngày, ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 58 ngày. Theo nghiên cứu của Hồ Văn Linh (2022) thời gian nằm viện trung bình là  $18,6 \pm 7,2$  ngày [3]. Phẫu thuật cắt khối tá tụy là một phẫu thuật lớn, nhiều nguy cơ biến chứng sau mổ, tuy nhiên với sự tiến bộ của gây mê hồi sức, dụng cụ phẫu thuật, trình độ của phẫu thuật viên, điều trị sau mổ giúp giảm thời gian mổ, hạn chế tai biến biến chứng, từ đó rút ngắn thời gian nằm viện của bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Cắt khối tá tụy trong điều trị bệnh lý ung thư vùng đầu tụy tá tràng 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 tỷ lệ biến chứng chung 12%, tương tự hoặc thấp hơn các nghiên cứu khác. Cần có thời gian dài để tăng số lượng bệnh nhân và đánh giá thời gian sống thêm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thế Anh** (2010), "Kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy sử dụng phương pháp nối tụy ruột tại Bệnh viện Việt Đức năm 2010", Tạp chí Y - Dược học quân sự, 4 (38), pp. 92-97.
2. **Nguyễn Tân Cường** (2008), "Biến chứng phẫu thuật Whipple", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 1 (12), pp. 82-87.
3. **Hồ Văn Linh** (2022), "Nghiên cứu giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy và cắt khối tá tụy, vết hạch chuẩn điều trị ung thư vùng đầu tụy", Luận án Tiến sĩ Y học.
4. **Trịnh Hồng Sơn** (2010), "Kết quả cắt khối tá tụy (kinh nghiệm cá nhân qua 79 trường hợp)".
5. **Aranha G V, Aaron J M, Shoup M** (2006),

- "Critical analysis of a large series of pancreaticogastrostomy after pancreaticoduodenectomy", Archives of Surgery, 141 (6), pp. 574-580.
6. **Balachandran P, Sikora S S, Raghavendra Rao R V, et al** (2004), "Haemorrhagic complications of pancreaticoduodenectomy", ANZ Journal of Surgery, 74 (11), pp. 945-950.
  7. **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.
  8. **Fang W-L, Shyr Y-M, Su C-H, et al** (2007), "Comparison between pancreaticojejunostomy and pancreaticogastrostomy after pancreaticoduodenectomy", Journal of the Formosan Medical Association, 106 (9), pp. 717-727.
  9. **Hashimoto M, Koga M, Ishiyama K, et al** (2007), "CT features of pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy", AJR Am J Roentgenol, 188 (4), pp. W323-327.
  10. **Ji C** (1993), "One hundred and forty-five consecutive pancreaticoduodenectomies without mortality", Ann Surg, 217, pp. 430-435.

## NỘI SOI CÓ HỖ TRỢ BÀN TAY CẮT THẬN ĐA NANG

Lê Nguyên Vũ<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá bước đầu phương pháp nội soi có hỗ trợ bàn tay trong bệnh thận đa nang có biến chứng được cắt thận. **Đối tượng và phương pháp:** tiến cứu các bệnh nhân thận đa nang có biến chứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/6/2023 đến 31/12/2023. **Kết quả:** Tổng số 5 bệnh nhân được mổ bao gồm 2 nam và 3 nữ; tuổi trung bình là 45,85 ± 9,67 (39 - 52). suy thận là cả 5 trường hợp trong đó có 1 trường hợp đã được ghép thận sau 7 tháng cắt thận. Cắt lớp vi tính hệ tiết niệu cho thấy 100% các trường hợp có thận to, kích thước > 20 cm, biến chứng chảy máu trong nang và nhiễm trùng nang là nguyên nhân chính phải mổ. Phương pháp mổ qua nội soi có hỗ trợ bàn tay với thời gian mổ khoảng 1h 30 phút, lượng máu mất trung bình 150ml, thời gian rút dẫn lưu 5.5±2.1 ngày. Không phải truyền máu trong mổ. Không có biến chứng nặng. Thời gian dùng giảm đau 3 ngày **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ bằng tay cắt thận đa nang trước ghép thận là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả, kết hợp ưu điểm nội soi và mổ mở. **Từ khóa:** thận đa nang, cắt thận có nội soi hỗ trợ

### SUMMARY

**HAND-ASSISTED LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY FOR AUTOSOMAL DOMINANT POLYCYSTIC KIDNEY DISEASE**  
**Objective:** Evaluate the initial outcomes of the laparoscopic-assisted hand-assisted method in managing complicated polycystic kidney disease that requires nephrectomy. **Patients and methods:** Prospective study of polycystic kidney disease patients with complications undergoing surgery at Viet Duc

Friendship Hospital from June 1, 2023, to December 31, 2023. **Results:** A total of 5 patients underwent surgery, including 2 males and 3 females, with an average age of 45.85 ± 9.67 (ranging from 39 to 52). Renal failure was present in all 5 cases, with 1 case undergoing kidney transplantation 7 months post-nephrectomy. Computed tomography revealed enlarged kidneys (> 20 cm) in all cases, with bleeding complications within the cyst and cyst infection was reason to surgery. The laparoscopic-assisted hand-assisted approach had an average surgical time of 1 hour 30 minutes, an average blood loss of 150ml, and a hospital stay of 5.5 ± 2.1 days. No blood transfusions were required during surgery, and no severe complications were reported. The use of pain medication decreased over 3 days. **Conclusion:** The laparoscopic-assisted hand-assisted nephrectomy for complicated polycystic kidney disease pre-transplantation is a safe and effective treatment method, combining the advantages of laparoscopy and open surgery. **Keywords:** Hand-assisted laparoscopic nephrectomy, Polycystic Kidney Disease

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận đa nang (PKD-Polycystic Kidney Disease) là một bệnh lý di truyền đặc trưng bởi sự phát triển các nang trong thận dẫn đến thận lớn dần và suy giảm chức năng thận cuối cùng dẫn đến suy thận. Bệnh thận đa nang không có phương pháp điều trị đặc hiệu, điều trị nội khoa nhằm duy trì chức năng thận<sup>1,2</sup>. Chỉ định ngoại khoa cắt thận được đặt ra khi có nhiễm trùng nặng, chảy máu, đau điều trị khó khăn, sỏi thận có triệu chứng và nghi ngờ bệnh lý ác tính ở thận. Ngoài ra, phẫu thuật cắt thận đa nang còn được thực hiện để tạo khoảng trống chờ ghép thận. Cho đến nay phẫu thuật này vẫn mổ mở cắt thận 1 bên hoặc 2 bên đồng thời do kích thước thận quá lớn chiếm hết toàn bộ ổ bụng. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật này bằng nội soi có hỗ trợ bằng tay, nhờ đó vết mổ trở nên nhỏ

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

Email: nguyenvu.urologist@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 5.01.2024