

tôi có 1 trường hợp rò miệng nổi, điều trị nội khoa ổn định, không phải can thiệp, chiếm 1,3%. Các tác giả ghi nhận tỷ lệ rò miệng nổi khác nhau nhưng nhìn chung đều thấp. Theo tác giả Lê Quốc Tuấn là 1,8%³, Trịnh Lê Huy là 1,8%⁷. Trong kết quả nghiên cứu có 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, chiếm 6,7%, cả 5 trường hợp này sau khi điều trị bằng kháng sinh kết hợp với thay băng vết mổ hàng ngày đã ổn định ra viện. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Quốc Tuấn là 7,1%³, Trịnh Lê Huy là 5,5%⁷. Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân có rối loạn tiểu tiện sau mổ, chiếm 1,3%, đây là trường hợp nam giới bị ung thư biểu mô trực tràng thấp. tuy nhiên biểu hiện này hồi phục sau quá trình tập luyện và theo dõi sau mổ. Tỷ lệ rối loạn tiểu tiện trong nghiên cứu của Quách Văn Kiên là 19,3%². Theo kết quả nghiên cứu, đa số bệnh nhân trung đại tiện trong vòng 3 ngày sau mổ, thời gian trung tiện sau mổ của tác giả Lê Quốc Tuấn là 3,2 ngày³. Số ngày điều trị trung bình sau phẫu thuật đối với nhóm mổ mở là 10.3±1.8 ngày; nhóm phẫu thuật nội soi là 8.2±1.8 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của tác giả Lê Quốc Tuấn là 11 ngày³.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt đoạn điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Tỉnh

Thanh hoá đảm bảo về mặt ung thư học, có tỷ lệ tái biến trong mổ ít, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp và thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Glynn-Jones R, Wyrwicz L, Tired E, et al.** Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2017;28(suppl_4):iv22-iv40. doi:10.1093/annonc/mdx224
- Quách Văn Kiên.** Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Bảo Tồn Cơ Thất Trong Ung Thư Trực Tràng Giữa và Dưới. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
- Tuân LQ.** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Cắt Đoạn và Nối Máy Trong Điều Trị Ung Thư Trực Tràng Giữa và Thấp. Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
- Rullier E, Denost Q, Vendrely V, Rullier A, Laurent C.** Low rectal cancer: classification and standardization of surgery. Dis Colon Rectum. 2013;56(5):560-567. doi:10.1097/DCR.0b013e31827c4a8c
- Cheung HYS, Ng KH, Leung ALH, Chung CC, Yau KK, Li MKW.** Laparoscopic sphincter-preserving total mesorectal excision: 10-year report. Colorectal Dis. 2011;13(6):627-631. doi:10.1111/j.1463-1318.2010.02235.x
- Nguyễn Quang Thái, Nghị ĐH.** Biến chứng là yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư đại tràng. Tạp chí Y học TP HCM. 004;chuyên đề giải phẫu bệnh-Tế bào học, phụ bản của tập 8(số 4).
- Trịnh LH, Hoàng TM.** Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư trực tràng trung bình tại bệnh viện ung bướu hà nội. VMJ. 2021;505(2). doi:10.51298/vmj.v505i2.1085

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUY TRUNG TÂM: GIẢI PHÁP CHO CÁC TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH VÙNG CỔ THÂN TUY?

Lê Huy Lưu^{1,2}, Huỳnh Quang Nghệ², Lê Cao Phương Duy²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Với những tiến bộ của kỹ thuật mổ và sự ra đời của phẫu thuật nội soi, xu hướng tiếp cận ít xâm lấn và phẫu thuật bảo tồn mô tụy với những lợi thế vượt trội so với cắt tụy kinh điển đang ngày càng được áp dụng rộng rãi hơn trên thực hành lâm sàng. Chúng tôi đặc biệt lưu ý đến phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm, áp dụng chọn lọc trên những bệnh nhân với tổn thương lành tính ở vùng cổ thân tụy. Qua bài báo này, chúng tôi tập trung mô tả kỹ thuật và chia sẻ kinh nghiệm khi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm. **Phương pháp:** Mô tả kỹ thuật. Báo cáo

loạt ca. **Kết quả:** 6 trường hợp được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm với miệng nối tụy dạ dày. Thời gian mổ trung bình 248,3 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 9,3 ngày. Lượng máu mất không đáng kể. 2 trường hợp (33,3%) rò tụy mức độ A sau mổ, đáp ứng với điều trị nội khoa. Tất cả đều được theo dõi ít nhất 1 tháng sau mổ với thời gian theo dõi trung bình là 6,8 tháng. **Kết luận:** Trên những bệnh nhân chọn lọc với các khối u lành tính hay mức độ ác tính thấp ở vùng cổ thân tụy, phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm là hướng tiếp cận xâm lấn tối thiểu khả thi và hiệu quả nhằm bảo tồn tối đa mô tụy và chức năng tụy sau mổ.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, cắt tụy trung tâm, cắt tụy giữa, nối tụy ruột, nối tụy dạ dày.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC CENTRAL PANCREATECTOMY: A SOLUTION FOR BENIGN LESIONS IN THE PANCREATIC NECK AND PROXIMAL BODY?

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Lưu

Email: lehuyluu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

Introduction: With the advancements in surgical techniques and the emergence of laparoscopic procedures, the trend towards minimally invasive approaches and parenchyma-sparing surgeries has gained prominence over conventional pancreatic resection methods. In this context, we specifically focus on laparoscopic central pancreatectomy, a selectively applied technique for patients with benign lesions located in the neck of the pancreas. In this article, we concentrate on demonstrating the technique and sharing our experiences with laparoscopic central pancreatectomy. **Methods:** Clinical case-based technique description. Case-series. **Results:** 6 patients successfully underwent laparoscopic central pancreatectomy with pancreaticogastrostomy. The average operation time was 248.3 minutes. Post-operatively, the average hospital stay was 9.3 days. Blood loss was insignificant. 2 cases (33.3%) experienced pancreatic fistula (grade A), which responded to medical therapy. All were followed up for at least 1 month, with an average follow-up duration of 6.8 months. **Conclusion:** For selective patients with benign or low-grade malignant tumors in the pancreatic neck and proximal body, laparoscopic central pancreatectomy represents a feasible and effective minimally invasive approach, aiming to maximize preservation of pancreatic tissue and function.

Keywords: laparoscopic, central or middle or medical, pancreatectomy, pancreaticojejunostomy, pancreaticogastrostomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mỗi lo ngại của phẫu thuật viên khi thực hiện các phẫu thuật cắt tụy là tiềm ẩn những nguy cơ biến chứng nặng nề như chảy máu, rò tụy và rò tiêu hóa. Cắt tụy có thể chia thành hai nhóm là cắt tụy kinh điển (gồm cắt khối tá tụy, cắt tụy bán phần xa và cắt tụy toàn bộ) và phẫu thuật bảo tồn mô tụy (gồm cắt tụy trung tâm và phẫu thuật bóc u). Trong đó, cắt tụy kinh điển thường được chỉ định trong các trường hợp bệnh lý ác tính, tiềm năng ác tính cao, tổn thương kích thước lớn hay đa ổ,... điều này đồng nghĩa với việc một phần lớn mô tụy bị lấy đi dẫn đến suy

giảm đáng kể về chức năng tuyến tụy sau mổ. Ngược lại, các phẫu thuật bảo tồn mô tụy ít xâm hại và ít phức tạp hơn cũng có thể được thực hiện như cắt tụy trung tâm nhằm loại bỏ một phần thân tụy, hoặc phẫu thuật bóc u, chỉ giới hạn ở việc cắt bỏ khối u và vùng mô xung quanh ngay lập tức.

Với những tiến bộ của kỹ thuật mổ và sự ra đời của phẫu thuật nội soi, xu hướng tiếp cận ít xâm lấn và phẫu thuật bảo tồn mô tụy đang ngày càng được áp dụng rộng rãi hơn trên thực hành lâm sàng với những lợi thế vượt trội so với cắt tụy kinh điển có kể đến như lấy bỏ sang thương với thiệt hại tối thiểu đến mô tụy^{1,2}, phòng ngừa suy giảm chức năng tụy sau mổ và đồng thời bảo tồn chức năng lách,... Trong đó, chúng tôi đặc biệt lưu ý đến phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm, áp dụng chọn lọc trên những bệnh nhân với tổn thương lành tính hay mức độ ác tính thấp ở vùng cổ thân tụy. Khi hồi cứu y văn trong nước, chúng tôi ghi nhận đa số các báo cáo mô tả kỹ thuật mổ mở³ và chưa có nhiều báo cáo về phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả kỹ thuật và chia sẻ kinh nghiệm khi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả kỹ thuật. Báo cáo mô tả loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: 6 trường hợp được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và/hoặc cộng hưởng từ đường mật có chẩn đoán trước mổ là u lành tính hoặc mức độ ác tính thấp ở vùng cổ thân tụy, và được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm bởi cùng một phẫu thuật viên tại hai bệnh viện đa khoa hạng 1 tại thành phố Hồ Chí Minh từ 08/2015-08/2023.

Bảng 11. Đặc điểm sang thương

Bệnh nhân	Giới tính	Tuổi	Kích thước (cm)	Vị trí	Mô tụy	Giải phẫu bệnh
1	Nam	62	3	Thân tụy	Mềm mại	Nang tụy
2	Nữ	18	5	Thân tụy	Chắc	U đặc giả nhú
3	Nữ	66	3	Thân tụy	Mềm mại	Nang tụy
4	Nữ	67	3	Thân tụy	Mềm mại	U thần kinh nội tiết
5	Nữ	56	5	Cổ thân tụy	Chắc	U đặc giả nhú
6	Nữ	31	3	Cổ thân tụy	Mềm mại	U thần kinh nội tiết

Phương pháp phẫu thuật

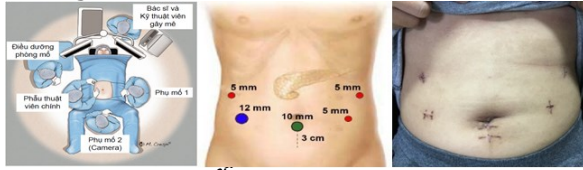
Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật

viên: Bệnh nhân sau gây mê nội khí quản được đặt ở tư thế nằm ngửa, khép hai tay dọc theo thân, dang hai chân. Phẫu thuật viên chính đứng ở phía bên phải bệnh nhân, phụ mổ 1 đứng ở phía bên trái bệnh nhân hỗ trợ kéo vén và phụ

mổ 2 điều khiển camera nội soi đứng giữa hai chân bệnh nhân. (Hình 1)

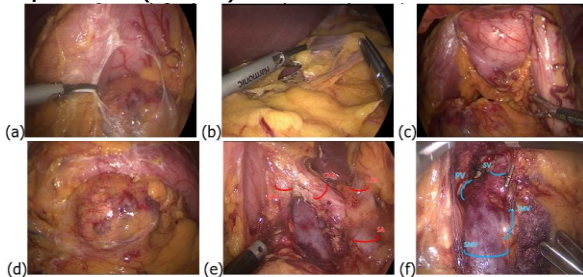
Vào khoang bụng: Đặt 5 trocar gồm 1 trocar 10 mm ở rốn (camera), 1 trocar 12 mm ở ngang rốn đường trung đòn phải, 1 trocar 5 mm dưới sườn phải và 2 trocar 5 mm đặt đối xứng bên trái tạo thành hình bán nguyệt (hay hình

chữ V) (Hình 1). Thăm sát kiểm tra toàn bộ khoang bụng để loại trừ di căn và các sang thương khác.



Hình 6. Vị trí phẫu thuật viên và vị trí các trocar

Thi phẫu tích: Dùng dao siêu âm cắt mạc chằng vị tràng từ hang vị đến phần cao của thân vị, mở mạc nối nhỏ tiếp cận vào hậu cung mạc nối. Khâu treo gan trái và dạ dày lên thành bụng để bộc lộ mặt trước tụy và xác định sang thương. Bắt đầu phẫu tích và di động tụy từ bờ trên tụy cho đến khi xác định được động mạch gan chung, động mạch vị trái, đoạn gần của động mạch lách và động mạch thân tạng. Sau đó hạ mạc treo đại tràng ngang ra khỏi bờ dưới tụy, tạo một đường hầm phía sau vùng cổ thân tụy tiếp cận vào khu vực mô lỏng lẻo ở mặt sau tụy và tách mặt sau cổ thân tụy khỏi thành bụng sau. Tiếp tục phẫu tích và di động bờ dưới tụy đến khi xác định được tĩnh mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch lách và hội lưu của các tĩnh mạch. Lưu ý phẫu tích khéo léo không làm tổn thương đến động mạch và tĩnh mạch lách. (Hình 2)

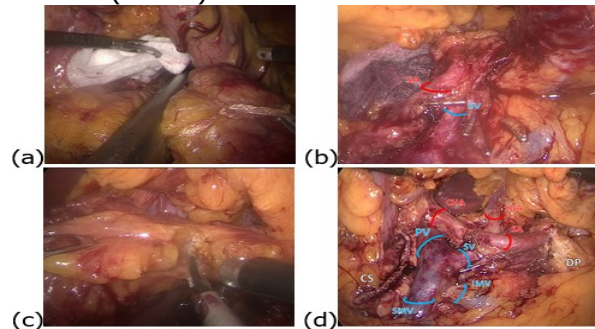


Hình 7. Thi phẫu tích

(a). Cắt mạc chằng vị tràng. (b). Cắt mạc nối nhỏ. (c). Khâu treo dạ dày và gan trái. (d). Bộc lộ mặt trước tụy và xác định sang thương. (e). Di động bờ trên tụy. (f). Di động bờ dưới tụy. SA (Splenic Artery): Động mạch lách. LGA (Left Gastric Artery): Động mạch vị trái. CHA (Common Hepatic Artery): Động mạch gan chung. GDA (GastroDuodenal Artery): Động mạch vị tá. SV (Splenic Vein): Tĩnh mạch lách. PV (Portal Vein): Tĩnh mạch cửa. IMV (Inferior Mesenteric Vein): Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. SMV (Superior Mesenteric Vein): Tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

Thi cắt tụy: Khi hai bờ tụy đã được di động và các trục tĩnh mạch đã được xác định. Chúng tôi dùng Echelon Flex 60 mm (White Cartridge)

hoặc Endo GIA 60 mm (Purple Cartridge) cắt ngang cổ tụy về phía bên phải của tĩnh mạch mạc treo tràng trên, đảm bảo diện cắt cách sang thương ít nhất 1-2 cm. Khâu tăng cường móm tụy gần nếu cần thiết. Tùy vào kích thước và mức độ sang thương, phần thân tụy tiếp tục được phẫu tích di động khỏi bó mạch lách về phía đuôi tụy đến rốn lách qua khỏi sang thương khoảng 5-6 cm. Kẹp cắt các nhánh mạch máu tụy tương ứng với dao siêu âm và/hoặc clip và hemolock. Tiếp tục dùng Echelon Flex 60 mm (White Cartridge) hoặc Endo GIA 60 mm (Purple Cartridge) hoặc chỉ dùng dao siêu âm cắt ngang thân tụy về phía bên trái cách tổn thương ít nhất 1-2 cm. (Hình 3)

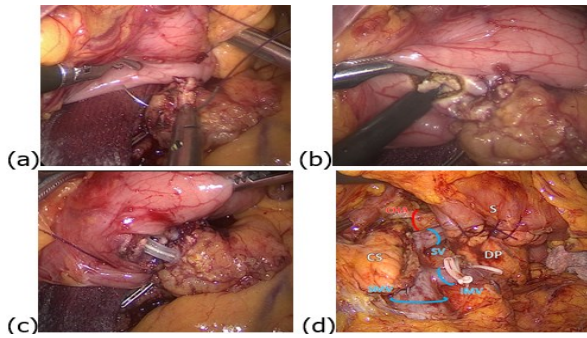


Hình 8. Thi cắt tụy

(a). Diện cắt gần phía bên phải. (b). Di động thân tụy về phía đuôi tụy theo bó mạch lách. (c). Diện cắt xa phía bên trái. (d). Phẫu trường sau cắt. SA (Splenic Artery): Động mạch lách. LGA (Left Gastric Artery): Động mạch vị trái. CHA (Common Hepatic Artery): Động mạch gan chung. PV (Portal Vein): Tĩnh mạch cửa. IMV (Inferior Mesenteric Vein): Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. SMV (Superior Mesenteric Vein): Tĩnh mạch mạc treo tràng trên. CS (Cephalic Stump): Móm tụy gần. DP (Distal Pancrea): Móm tụy xa.

Thi nối tụy-mặt sau dạ dày: Khâu cố định tụy vào mặt sau dạ dày. Tiếp tục dùng móc đốt mở một đường khoảng 3-4 cm ở mặt sau dạ dày. Khâu nối móm tụy xa với mặt sau dạ dày hai lớp nhằm nối mô tụy với lớp thanh cơ của dạ dày. Nếu quan sát rõ thấy ống tụy, một ống dẫn lưu bằng nhựa (chúng tôi thường chọn ống nuôi ăn cho trẻ em 16Fr) được đặt vào miệng nối tụy-mặt sau dạ dày. (Hình 4)

Sau đó chúng tôi đặt dẫn lưu tại hậu cung mạc nối cạnh miệng nối đưa ra lỗ trocar hông phải. Bệnh phẩm gồm mô tụy chứa sang thương được cho vào bao và lấy qua đường mổ nhỏ dưới rốn 2-3 cm. Lách và các mạch máu lách được bảo tồn trong tất cả các trường hợp. Tất cả các bước đều được thực hiện hoàn toàn qua nội soi ổ bụng.



Hình 9. Thì nối tụy-mặt sau dạ dày

(a). Khâu cố định tụy vào mặt sau dạ dày. (b). Mở đường nhỏ mặt sau dạ dày. (c). Đặt ống dẫn lưu bằng nhựa vào ống tụy (nếu xác định được). (d). Miệng nối tụy với mặt sau dạ dày. SA (Splenic Artery): Động mạch lách. CHA (Common Hepatic Artery): Động mạch gan chung. IMV (Inferior Mesenteric Vein): Tĩnh mạch mạc treo tràng dưới. SMV (Superior Mesenteric Vein): Tĩnh mạch mạc treo tràng trên. CS (Cephalic Stump):

Mòm tụy gần. DP (Distal Pancrea): Mòm tụy xa. S (Stomach): Dạ dày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thời gian mổ trung bình 248,3 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 9,3 ngày. Lượng máu mất không đáng kể trong tất cả các trường hợp < 50 ml. Không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong mổ hay phải mổ lại. 2 trường hợp (33,3%) rò tụy sau mổ (Bảng 2), tuy nhiên cả 2 trường hợp này đều là rò tụy dưới lâm sàng (mức độ A). Tất cả các trường hợp biến chứng sớm đều đáp ứng với điều trị nội khoa.

Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi ít nhất 1 tháng sau mổ với thời gian theo dõi trung bình 6,8 tháng. Trong quá trình theo dõi, 1 trường hợp xuất hiện triệu chứng chậm tổng xuất dạ dày, 1 trường hợp đồng thời có chậm tổng xuất dạ dày và viêm tụy mạn, 1 trường hợp phát hiện tổn thương dạng nang kích thước 8mm ở đuôi tụy qua chụp cắt lớp vi tính ở tháng 16.

Bảng 12. Kết quả phẫu thuật và theo dõi hậu phẫu

Bệnh nhân	Thời gian mổ (phút)	Nằm viện sau mổ (ngày)	Biến chứng sớm sau mổ theo Clavien-Dindo (trong 30 ngày)	Điều trị biến chứng	Thời gian theo dõi (tháng)	Trong thời gian theo dõi
1	230	17	Nhiễm trùng vết mổ (II)	Nội khoa	1	0
2	300	8	0	0	6	Chậm tổng xuất dạ dày
3	290	7	0	0	16	Chậm tổng xuất dạ dày Viêm tụy mạn
4	190	10	Tụ dịch sau mổ (II) Rò tụy mức độ A (II)	Nội khoa	1	0
5	205	6	Tụ dịch sau mổ (II)	Nội khoa	16	Nang đuôi tụy
6	275	8	Nhiễm trùng vết mổ (II) Rò tụy mức độ A (II)	Nội khoa	1	0

Bảng 13. So sánh kết quả phẫu thuật

	n	Tuổi	Tỷ lệ nam/nữ	Kích thước sang thương (cm)	Thời gian mổ (phút)	Lượng máu mất (ml)	Kiểu nối	Nằm viện sau mổ (ngày)	Tỷ lệ rò tụy sau mổ (%)	Thời gian theo dõi trung bình (tháng)	Trong thời gian theo dõi
Chúng tôi, 2023	6	50	1/5	3,7	248,3	<50	Nối tụy-mặt sau dạ dày	9,3	33,3	6,8	Chậm tổng xuất dạ dày: 2 Viêm tụy mạn: 1 Nang đuôi tụy: 1
Cunha⁴, 2007	6	55	1/5	2,6	225,0	125,0	Nối tụy-mặt sau dạ dày	18,0	33,3	15	U gastrin tái phát: 1
Dokmak⁷, 2014	13	51	5/8	1,8	190,0	100,0	Nối tụy-mặt sau dạ dày	24,0	69,2	9	Đường huyết cao: 1 Thoát vị vết mổ: 2 Hẹp miệng nối: 1
Rotellar⁵, 2008	9	53	1/8	1,8	435,0	66,7	Nối tụy-hồng tràng	13,5	22,2	13	Thoát vị vết mổ: 1
Zhang⁶, 2014	8	51	4/4	2,0	285,6	56,9	Nối tụy-	13,5	12,5	7,5	0

2013							hồng tràng				
Song², 2014	26	46,8	7/19	2,2	270,3	477,1	Nổi tụy- hồng tràng	13,8	19,2	38,5	Tắc ruột non sau mổ: 2 (mổ cắt ruột non)
Senthil- nathan⁸, 2015	14	48,9	6/8	2,4	239,7	153,2	Nổi tụy- hồng tràng	8,1	28,6	44,0	Đái tháo đường: 2

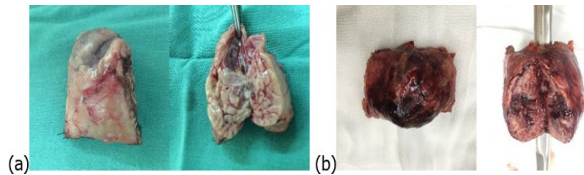
IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định của phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm. Khi hồi cứu y văn, một số điểm quan trọng cần đánh giá trước khi thực hiện cắt tụy trung tâm được đại đa số các tác giả nhận định như sau:

- Sang thương nằm ở vùng cổ thân tụy.
- Đánh giá trước mổ là lành tính hoặc nguy cơ ác tính thấp.
- Phần thân đuôi tụy còn lại có độ dài ít nhất 5-6 cm để đảm bảo chức năng tụy sau mổ.
- Phẫu thuật bóc u là một lựa chọn không phù hợp với nguy cơ tổn thương ống tụy chính.

Qua các báo cáo, chúng tôi nhận thấy các sang thương nằm ở vùng cổ thân tụy được đánh giá trước mổ là lành tính hay mức độ ác tính thấp rất hiếm gặp, độ tuổi trung bình dao động từ 46,8-55 và nữ giới chiếm đa số^{2,4,5,6,7,8}. (Bảng 3)

Hầu hết các tác giả không khuyến nghị cắt tụy trung tâm cho các trường hợp ung thư đã xác định hoặc nghi ngờ nguy cơ ác tính cao do giới hạn của phương pháp phẫu thuật không đảm bảo tối ưu về diện cắt và mức độ nạo hạch. Điều này ảnh hưởng đến tiên lượng về mặt ung thư học, nguy cơ sót u, gieo rắc, tái phát cũng như tiên lượng sống còn của bệnh nhân. Chúng tôi đồng ý với quan điểm này, cả 6 trường hợp được chúng tôi báo cáo đều có chẩn đoán trước mổ nghi nhiều là u lành tính với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ được ghi nhận ở Bảng 1 và một số hình ảnh bệnh phẩm được thể hiện ở Hình 6.



Hình 6. Một số hình ảnh bệnh phẩm sau mổ
(a) Nang tụy. (b) U đặc giả nhú ở tụy

4.2. Ưu điểm. Đầu tiên, nội soi ổ bụng là hướng tiếp cận xâm lấn tối thiểu với các lợi điểm đã được chứng minh như giảm đau sau mổ, đường mổ nhỏ và thời gian phục hồi sau mổ tốt hơn so với mổ mở,.... Điều này được thể hiện rõ hơn qua nghiên cứu của Song, thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn đáng kể ở nhóm cắt tụy

trung tâm qua nội soi so với mổ mở (13,8 ngày so với 22,5 ngày, $p = 0,008$)². Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi tương đương Senthilnathan từ 8-9 ngày⁸, ngắn hơn so với các tác giả khác 13,5-24 ngày^{2,4,5,6,7}.

Một ưu điểm khác của kỹ thuật này là bảo tồn tối đa mô tụy và chức năng tụy. Tác giả Song nhận định nhóm cắt tụy trung tâm hưởng lợi nhiều hơn từ việc bảo tồn chức năng tụy so với nhóm cắt tụy bán phần xa, vì đa số các tiểu đảo tụy nằm tập trung ở thân đuôi tụy, cắt tụy bán phần xa có thể làm tổn thương đến chức năng tụy nội tiết với nguy cơ gây đái tháo đường mắc phải sau cắt tụy. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ của tác giả là 38,5 tháng và số lượng mắc mới đái tháo đường ở nhóm cắt tụy bán phần xa cao hơn đáng kể so với nhóm cắt tụy trung tâm (30,8 % so với 8 %, $p = 0,037$)². Trước đó, báo cáo của Cunha cũng cho kết luận tương tự với 6 trường hợp cắt tụy trung tâm qua nội soi ổ bụng, thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 15 tháng, không ghi nhận trường hợp nào mắc mới đái tháo đường hay có triệu chứng suy giảm chức năng tụy ngoại tiết⁴. Đồng thời, một lợi thế khác của cắt tụy trung tâm là bảo tồn lách cũng như chức năng lách, tránh được nguy cơ nhiễm trùng huyết cũng như các bệnh lý huyết học mắc phải sau cắt lách^{7,8}.

4.3. Hạn chế và thách thức. Hầu hết các tác giả đều nhận định với cắt tụy trung tâm thì việc để lại hai mòm tụy sau mổ (gồm mòm tụy gần và mòm tụy tại miệng nối) có thể làm tăng nguy cơ rò tụy^{1,4,5,7,8}. Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp (33,3%) rò tụy, tuy nhiên cả 2 trường hợp này đều là rò tụy dưới lâm sàng (mức độ A) và đáp ứng với điều trị nội khoa. Một số giải pháp được đề nghị nhằm hạn chế nguy cơ rò tụy có thể kể đến như khâu tăng cường tại các mòm tụy và miệng nối, tuy nhiên hiệu quả của các giải pháp này còn phụ thuộc vào mật độ mô tụy có viêm phù nề nhiều, mềm mại hay chắc, kích thước ống tụy cũng như nguy cơ tổn thương đến ống tụy. Bên cạnh đó, các tác giả nhận thấy không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ rò tụy giữa nhóm nối tụy-dạ dày và nhóm nối tụy-hồng tràng. Tuy nhiên nếu dựa vào báo cáo ở Bảng 3, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ rò tụy khi nối tụy-dạ

dày (33,3% - 69,2%) có phần cao hơn so với nối tụy-hồng tràng (12,5% - 28,65%). Vì vậy, với tỷ lệ rò tụy sau mổ còn ở mức tương đối cao, Dogmak cho rằng nên giới hạn chọn lọc kỹ thuật này cho những trường hợp cụ thể. Nếu bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nền, đang dùng thuốc kháng đông, có tiền căn đái tháo đường và đặc biệt nếu mô tụy mềm mại, cắt tụy bán phần xa có thể là lựa chọn phù hợp hơn trên những bệnh nhân này nhằm hạn chế nguy cơ rò tụy từ hai móm tụy sau mổ⁷.

4.4. Một số vấn đề cần bàn luận thêm.

Để xác định giới hạn cắt, chúng tôi cũng như hầu hết các tác giả lựa chọn động mạch vị tá tràng và/hoặc vị trí hội lưu của các tĩnh mạch nhằm xác định diện cắt gần phía bên phải^{4,7}. Ngược lại, chưa có sự thống nhất về mốc giải phẫu giới hạn diện cắt xa phía bên trái. Tuy nhiên, đa số các tác giả đồng ý rằng móm tụy xa còn lại sau cắt nên đảm bảo độ dài ít nhất 5-6 cm nhằm tạo thuận lợi cho kỹ thuật phục hồi lưu thông tụy-ống tiêu hóa và bảo tồn chức năng tụy. Ngoài ra, việc xác định vị trí sang thương trong mô thực tế có thể gặp nhiều khó khăn, đặc biệt với các sang thương nằm sâu trong mô tụy. Một số tác giả đề nghị dùng đầu dò siêu âm^{1,2,4,5,8} và/hoặc sinh thiết lạnh^{2,4,6} trong mổ nhằm xác định sang thương và đảm bảo diện cắt âm tính. Tuy nhiên, trong bối cảnh và điều kiện thực hành hiện tại, chúng tôi định vị sang thương cũng như giới hạn cắt chủ yếu thông qua hội chẩn với chẩn đoán hình ảnh nhằm phân tích tỉ mỉ các thông tin và dữ kiện thu được từ hình chụp cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ trước mổ.

Việc lựa chọn kỹ thuật phục hồi lưu thông tụy-ống tiêu hóa vẫn là một chủ đề đang được tranh luận. Nhìn chung có hai phương pháp chính là nối tụy-dạ dày và nối tụy-hồng tràng kiểu Roux-en-Y. Sự khác biệt về lựa chọn giữa hai phương pháp của các tác giả được ghi nhận ở Bảng 3. Chúng tôi, tương tự Cunha và Dokmak lựa chọn nối tụy với mặt sau dạ dày vì kỹ thuật này thực hiện đơn giản hơn, thời gian ngắn hơn vì thuận lợi về mặt giải phẫu cũng như chỉ cần thực hiện một miệng nối so với nối tụy-hồng tràng cần thực hiện hai miệng nối^{4,7}. Thêm vào đó, nối tụy-dạ dày giúp duy trì pH dạ dày ở mức bình thường (do dịch tụy có tính kiềm giúp trung hòa axit dạ dày) và bảo tồn chức năng sinh lý cũng như các cơ chế thể dịch thần kinh giữa dạ dày, tá tràng và tụy. Ngoài ra, miệng nối tại dạ dày đảm bảo tưới máu tốt hơn và dịch dạ dày có thể làm bất hoạt men tụy nên hạn chế được hiện tượng ăn mòn tại miệng nối với khả năng giảm nguy cơ xì rò sau mổ. Ngược lại, các tác giả khác

lo ngại men tụy bị bất hoạt thường xuyên bởi dịch dạ dày dẫn đến ứ ứ chế và suy giảm chức năng tụy ngoại tiết. Vì vậy, Rotellar, Zhang và Senthilnathan nhận định miệng nối tụy-hồng tràng kiểu Roux-en-Y đảm bảo hiệu quả lâu dài hơn về chức năng tụy ngoại tiết và dẫn chứng rằng điều đã được thể hiện qua các nghiên cứu về phẫu thuật cắt toàn bộ khối tá tụy^{5,6,8}. Cunha cho rằng kỹ thuật thực hiện miệng nối tụy-ống tiêu hóa là bước khó khăn nhất của phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm, mặc dù tác giả lựa chọn nối tụy-dạ dày nhưng thời gian thực hiện miệng nối vẫn chiếm đến hơn 1/3 thời gian mổ⁴. Như vậy, nếu không bàn đến sự khác biệt giữa hai kỹ thuật, việc thực hiện miệng nối tụy-ống tiêu hóa đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như sự phối hợp nhịp nhàng giữa ê kíp phẫu thuật nhằm rút ngắn thời gian mổ và giảm thiểu nguy cơ tai biến, biến chứng của cuộc mổ.

4.5. Hạn chế của nghiên cứu. Một số hạn chế của nghiên cứu có thể kể đến như chưa có sự thống nhất về chỉ định áp dụng của phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm cũng như chưa có quy trình mô tả cụ thể về kỹ thuật này tại Việt Nam. Chúng tôi báo cáo loạt ca với cỡ mẫu nhỏ, không đảm bảo tính đại diện cũng như thời gian theo dõi còn ngắn, chưa báo cáo được kết quả cũng như tiên lượng xa về các biến chứng muộn hay nguy cơ tái phát sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Với những lợi điểm đã được bàn luận và chứng minh, phối hợp hài hòa giữa hướng tiếp cận xâm lấn tối thiểu và bảo tồn mô tụy, phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm là kỹ thuật khả thi và an toàn, có thể xem là phẫu thuật tiêu chuẩn có chọn lọc phù hợp với các tổn thương lành tính hay mức độ ác tính thấp ở vùng cổ thân tụy. Tuy nhiên từ các báo cáo sơ bộ về kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm, cần có thêm các nghiên cứu so sánh cũng như các thử nghiệm lâm sàng nhằm đánh giá toàn diện và chính xác hơn về hiệu quả của kỹ thuật này trong tương lai.

VI. HÌNH ẢNH VÀ VIDEO

Hình ảnh và video thực hiện phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm trong nghiên cứu của chúng tôi có thể tìm thấy theo đường dẫn sau: *phẫu thuật nội soi cắt tụy trung tâm điều trị u lành tính vùng cổ thân tụy*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cai H, Feng L, Peng B. Laparoscopic pancreatectomy for benign or low-grade malignant pancreatic tumors: outcomes in a

- single high-volume institution. BMC Surg. 2021;21(1): 412. Published 2021 Dec 7. doi:10.1186/s12893-021-01414-w
2. **Song KB, Kim SC, Park KM, et al.** Laparoscopic central pancreatectomy for benign or low-grade malignant lesions in the pancreatic neck and proximal body. Surg Endosc. 2015;29(4):937-946. doi:10.1007/s00464-014-3756-7
 3. **Đoàn Tiên Mỹ.** Kết quả bước đầu của phẫu thuật cắt tụy trung tâm điều trị u tụy. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2013; 17 (1): 342-344. <https://yhoc.tphcm.ump.edu.vn/?Content=ChiTietBai&idBai=11964>
 4. **Sa Cunha A, Rault A, Beau C, Collet D, Masson B.** Laparoscopic central pancreatectomy: single institution experience of 6 patients. Surgery. 2007;142(3): 405-409. doi:10.1016/j.surg.2007.01.035
 5. **Rotellar F, Pardo F, Montiel C, et al.** Totally laparoscopic Roux-en-Y duct-to-mucosa pancreaticojejunostomy after middle pancreatectomy: a consecutive nine-case series at a single institution. Ann Surg. 2008;247(6):938-944. doi:10.1097/SLA.0b013e3181724e4a
 6. **Zhang R, Xu X, Yan J, Wu D, Ajoodhea H, Mou Y.** Laparoscopic central pancreatectomy with pancreaticojejunostomy: preliminary experience with 8 cases. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2013;23(11):912-918. doi:10.1089/lap.2013.0269
 7. **Dokmak S, Aussilhou B, Ftériche FS, et al.** Pure laparoscopic middle pancreatectomy: single-center experience with 13 cases. Surg Endosc. 2014;28(5):1601-1606. doi:10.1007/s00464-013-3357-x
 8. **Senthilnathan, P., Gul, S. I., Gurumurthy, S. S., Palanivelu, P. R., Parthasarathi, R., Palanisamy, N. V., Natesan, V. A., & Palanivelu, C.** (2015). Laparoscopic central pancreatectomy: Our technique and long-term results in 14 patients. Journal of minimal access surgery, 11(3), 167–171. <https://doi.org/10.4103/0972-9941.158967>

ĐIỀU KIỆN LÀM VIỆC VÀ SỰ HÀI LÒNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ THAM GIA CHỐNG DỊCH COVID-19 NĂM 2021

Lê Minh Giang¹, Đỗ Nam Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả điều kiện làm việc và sự hài lòng của nhân viên y tế (NVYT) ở 3 tuyến tỉnh, huyện, xã khi tham gia phòng chống dịch COVID-19 năm 2021. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** nghiên cứu trên 785 NVYT ở cả 3 tuyến tỉnh, huyện, xã cho thấy, chỉ có 36,6% là nam giới, tỷ lệ nữ giới chiếm đến 63,4%. Hầu hết NVYT tham gia nghiên cứu đều có thâm niên công tác trong ngành y trên 5 năm (84,2%). Tỷ lệ NVYT cả 3 tuyến tỉnh, huyện, xã được nhận cung cấp đồ bảo hộ cá nhân cũng như nhận được sự hỗ trợ về mặt hậu cần đều đạt mức cao – dao động từ khoảng 79,2 – 97,3%. Riêng tỷ lệ NVYT ở 3 tuyến được cung cấp các loại thuốc bổ, vitamin (53,5%) và phương tiện di chuyển (38,5%) đều thấp hơn so với mặt bằng chung. Trong quá trình tham gia chống dịch ở cả năm 2021, vẫn còn một tỷ lệ đáng kể NVYT tuyến tỉnh phải sử dụng lại khẩu trang N95, khẩu trang y tế, áo choàng bảo hộ và găng tay y tế (3,8 - 9,3%). Đặc biệt, tỷ lệ NVYT ở 3 tuyến phải sử dụng lại tấm che mặt lên tới 25,6%. Tỷ lệ NVYT 3 tuyến hài lòng về đồ phòng hộ cá nhân, đào tạo và hỗ trợ hậu cần trong năm 2021 dao động từ 79,2% – 91,4%. Trong khi việc đào tạo trước khi tham gia chống dịch được đánh giá với tỷ lệ hài lòng cao (74,6%). Chỉ có khoảng 44,1% và 47,6% NVYT tuyến tỉnh hài lòng về sự hỗ

trợ tài chính trong và sau quá trình tham gia chống dịch năm 2021. **Từ khóa:** hài lòng, điều kiện làm việc, nhân viên y tế, COVID-19

SUMMARY

WORKING CONDITIONS AND SATISFACTION OF HEALTH WORKER DIRECTLY PARTICIPATING IN COVID-19 PREVENTION

Objective: The study aims to describe the working conditions and satisfaction of healthcare workers at provincial, district and commune levels when participating in COVID-19 pandemic prevention in 2021. **Research design:** cross-sectional descriptive study. **Results:** research on 785 health workers at all provincial, district and commune levels showed that only 36.6% were men, the proportion of women accounted for 63.4%. Most of the health workers participating in the study had worked in the medical industry for more than 5 years (84.2%). The percentage of health workers at all three provincial, district and commune levels receiving personal protective equipment as well as receiving logistical support was high - ranging from about 79.2 - 97.3%. Particularly, the percentage of health workers at 3 levels who are provided with supplements, vitamins (53.5%) and transportation (38.5%) was lower than the general level. During the process of participating in fighting the pandemic in 2021, there was still a significant proportion of provincial health workers who have to reuse N95 masks, medical masks, protective gowns and medical gloves (3.8 - 9.3%). In particular, the rate of health workers at 3 levels having to reuse face shields was up to 25.6%. The percentage of health workers at 3 levels who were satisfied with personal protective equipment, training and logistical

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Nam Khánh

Email: donamkhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024