

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT LÁCH THÂN ĐUÔI TỤY TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thế Anh¹, Trương Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy điều trị bệnh lý vùng thân đuôi tụy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các trường hợp được cắt lách thân đuôi tụy tại Khoa Ngoại Gan Mật Tụy Bệnh viện K, cơ sở Tân Triều từ tháng 11/2020 đến tháng 2/2024. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 26 bệnh nhân (BN). Tuổi trung bình: 53,7 ± 16,9 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam: 2,25/1. Đau bụng thượng vị gặp ở 20 BN (76,9%). CA 19-9 tăng ở 6 BN (23,1%). Kích thước trung bình u trên cắt lớp vi tính (CLVT): 5,1 ± 2,5 (cm). Có 5 BN được sinh thiết trước mổ (19,2%). Đa số bệnh nhân có nhu mô tụy mềm mại (53,8%). Cắt tụy chủ yếu bằng stapler 16 trường hợp (61,5%), khâu tăng cường mặt cắt tụy cho 21 BN (80,8%). Cắt tạng lân cận kèm theo cho 3 BN (10,7%). Thời gian phẫu thuật trung bình: 133,8 ± 43,4 phút. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật chủ yếu là ác tính, với 12 trường hợp (46,2%). Có 2 BN có di căn hạch, chiếm 7,7%. Có tổng cộng 19 biến chứng (73,1%): rò tụy (57,7%), tất cả đều rò độ A; viêm tụy sau mổ (7,7%), tu dịch ổ bụng (3,8%), chảy máu sau phẫu thuật (3,8%). Có 15 BN (57,7%) gặp biến chứng sau mổ, chủ yếu là độ I (53,3%) theo Clavien - Dindo. Thời gian nằm viện trung bình: 9,4 ± 2,8 ngày. **Kết luận:** Cắt lách thân đuôi tụy là phẫu thuật cần thực hiện ở tuyến chuyên khoa, biến chứng thường gặp nhất là rò tụy.

Từ khóa: Cắt lách thân đuôi tụy, u thân đuôi tụy.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF DISTAL PANCREATECTOMY WITH SPLENECTOMY AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the early outcomes of distal pancreatectomy with splenectomy (DPSS) for the treatment of pancreatic body and tail lesions. **Subject and method:** A retrospective observational study was conducted on patients who underwent DPSS at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, K Hospital from November 2020 to February 2024. **Results:** A total of 26 patients were included in the study. The mean age was 53.7 ± 16.9 years, and the female-to-male ratio was 2.25:1. Epigastric pain was the most common symptom, reported in 20 patients (76.9%). CA 19-9 was elevated in 6 patients (23.1%). The mean tumor size on computed tomography (CT) was 5.1 ± 2.5 cm. Preoperative biopsy was performed in 5 patients

(19.2%). The majority of patients had soft pancreatic parenchyma (53.8%). Pancreatic transection was mainly performed using a stapler in 16 cases (61.5%), and reinforcement of the pancreatic cut surface was performed in 21 patients (80.8%). Resection of adjacent organs was performed in 3 patients (10.7%). The mean operative time was 133.8 ± 43.4 minutes. The majority of postoperative pathological results were malignant, with 12 cases (46.2%). Two patients had lymph node metastasis (7.7%). A total of 19 complications (73.1%) occurred, including pancreatic fistula (57.7%), all of which were grade A; post-operative pancreatitis (7.7%), abdominal effusion (3.8%), and post-operative bleeding (3.8%). Fifteen patients (57.7%) experienced post-operative complications, mainly grade I (53.3%) according to the Clavien-Dindo classification. The mean length of hospital stay was 9.4 ± 2.8 days. **Conclusion:** DPSS is a surgery that should be performed in specialized centers. The most common complication is pancreatic fistula. **Keywords:** Distal pancreatectomy with splenectomy, pancreatic body and tail lesions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thân và đuôi tụy là bệnh lý tương đối hiếm gặp hơn so với u đầu tụy. Ung thư thường được phát hiện muộn vì các triệu chứng nghèo nàn, không điển hình, nên khả năng cắt bỏ được u là không nhiều, đặc biệt là với những u ác tính của thân, đuôi tụy. Nhờ sự phát triển của hình ảnh học, nên u thân và đuôi tụy ngày nay được phát hiện sớm hơn; cũng như đánh giá được tổn thương trước mổ đầy đủ hơn.

Phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy là phương pháp điều trị cơ bản áp dụng cho các bệnh lý vùng thân đuôi tụy. Tuy nhiên, đây là một kỹ thuật phức tạp do vị trí đặc biệt của tụy và mối liên hệ với các mạch máu lớn xung quanh. Nguy cơ rò tụy sau phẫu thuật cũng là một biến chứng đáng ngại cần lưu ý.

Kỹ thuật cắt lách thân đuôi tụy được mô tả lần đầu tiên bởi Mayo năm 1913 [1]. Nhiều nghiên cứu về kết quả, biến chứng, giải phẫu bệnh... của kỹ thuật này đã được thực hiện trên thế giới và trong nước.

Tại Bệnh viện K, cắt lách thân đuôi tụy là một phẫu thuật được thực hiện thường quy. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả gần của phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy trong điều trị các bệnh lý thân đuôi tụy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

trường hợp đã được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy điều trị bệnh lý thân đuôi tụy từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 02 năm 2024 tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân bị bệnh lý vùng lách thân đuôi tụy đã được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy.
- Bệnh nhân có đầy đủ dữ liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.
- Ung thư di căn từ nơi khác tới tụy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Định nghĩa các thuật ngữ trong nghiên cứu:

- Phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy là cắt phần tụy ở bên trái của động mạch và tĩnh mạch mạc treo tràng trên, có cắt lách kèm theo.
- Phân độ biến chứng sau phẫu thuật theo phân độ của tác giả Clavien đưa ra năm 1994 và được Dindo cải biên năm 2004 [2].
- Biến chứng phẫu thuật là những vấn đề không mong muốn xảy ra và không nằm trong hệ quả tất yếu của phẫu thuật xảy ra sau phẫu thuật, có thể khỏi hoặc trở thành di chứng.
- Tử vong là bệnh nhân bị tử vong do bất kỳ nguyên nhân gì trong thời gian hậu phẫu 30 ngày.

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

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu. Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, nồng độ CA 19-9. Trên cắt lớp vi tính: vị trí u, tính chất u, kích thước u tụy, xâm lấn mạch, xâm lấn tạng lân cận. Tỷ lệ bệnh nhân sinh thiết trước mổ. Trong mổ: tình trạng nhu mô tụy, dụng cụ cắt tụy, tỷ lệ khâu tăng cường mặt cắt tụy, cắt tạng lân cận, thời gian phẫu thuật.

Kết quả sớm: Công thức máu, sinh hóa máu (Amylase), sinh hóa dịch dẫn lưu (Amylase) ở ngày 1, ngày 3, ngày 5 sau mổ. Giải phẫu bệnh sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật, phân độ biến chứng. Thời gian nằm viện.

2.5. 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

Từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 02 năm

2024 đã có 26 bệnh nhân được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy điều trị các bệnh lý của thân đuôi tụy tại Khoa Ngoại Gan mật tụy, Bệnh viện K.

3.1. Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1. Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		
Tuổi trung bình (tuổi)		53,7±16,9 (14-77)
Giới (n, %)	Nam	8 (30,8)
	Nữ	18 (69,2)
Phát hiện tình cờ (n, %)		6 (23,1)
Đau bụng thượng vị (n, %)		20 (76,9)
CA 19-9 > 37 U/ml (n, %)		6 (23,1%)
Vị trí u (n, %)	Thân tụy	9 (34,6)
	Đuôi tụy	10 (38,5)
	Thân – đuôi tụy	7 (26,9)
Tính chất u (n, %)	U đặc	10 (38,5)
	U nang	11 (42,3)
	U hỗn hợp	5 (19,2)
Kích thước trung bình u trên CLVT (cm)		5,1 ± 2,5
Xâm lấn động mạch, tĩnh mạch lách (n, %)		4 (15,4)
Xâm lấn tạng lân cận (n,%)		3 (10,7)
Sinh thiết trước mổ (n, %)		5 (19,2%)

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu: 53,7 ± 16,9 tuổi, nữ chiếm đa số (69,2%). Lý do vào viện thường gặp nhất là đau bụng thượng vị (76,9%). CA 19-9 tăng ở 6 BN (23,1%). Trên CLVT: u chủ yếu ở đuôi tụy (38,5%); chủ yếu là u dạng nang (42,3%), kích thước u trung bình: 5,1 ± 2,5 cm; có 4 trường hợp u xâm lấn động, tĩnh mạch lách (15,4%); u xâm lấn tạng lân cận ở 3 BN (10,7). Có 5 BN được sinh thiết trước mổ (19,2%).

3.2. Kết quả phẫu thuật

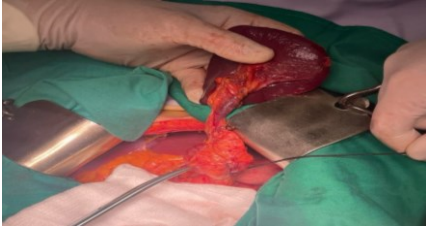
3.2.1. Kết quả trong mổ

Bảng 3.2. Kết quả trong mổ

Đặc điểm		
Tình trạng nhu mô tụy (n, %)	Mềm mại	14 (53,8)
	Thô chắc	11 (42,3)
	Viêm phủ nề	1 (3,8)
Dụng cụ cắt tụy (n, %)	Stapler	16 (61,5)
	Dao siêu âm	8 (30,8)
	Dao điện	2 (7,7)
Khâu tăng cường mặt cắt tụy (n,%)		21 (80,8)
Cắt tạng lân cận kèm theo (n,%)		3 (10,7)
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		133,8±43,4 (80-250)

Nhận xét: Bảng 3.2 cho thấy đa số bệnh nhân có nhu mô tụy mềm mại (53,8%). Cắt tụy chủ yếu bằng stapler (61,5%). Khâu tăng cường mặt cắt tụy cho 21 BN (80,8%). Cắt tạng lân cận

kèm theo cho 3 BN (10,7%). Thời gian phẫu thuật trung bình: 133,8 ± 43,4 phút.



Hình 3.1. Di động lách thân đuôi tụy ra khỏi ổ bụng

Nguồn: BN Phạm Thị L. Mã hồ sơ: 230429209

3.2.2. Kết quả sớm sau mổ

a. Giải phẫu bệnh

Bảng 3.3. Kết quả giải phẫu bệnh

Phân loại theo nhóm (n, %)	
Lành tính	11 (42,3)
Ranh giới	3 (11,5)
Ac tính	12 (46,2)
Phân loại theo bệnh (n, %)	
Ung thư biểu mô tuyến ống	5 (19,2)
Ung thư biểu mô tuyến nhầy	2 (7,7)
U Lympho không Hodgkin	1 (3,8)
U thần kinh nội tiết	4 (15,4)
U đặc giả nhú	3 (11,5)
U nang thanh dịch	9 (34,6)
Tân sản nang nhầy	2 (7,7)
Di căn hạch (n, %)	2 (7,7)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nghiên cứu có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính (46,2%), trong đó chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến ống (19,2%). Trong nhóm bệnh có kết quả giải phẫu bệnh ranh giới, tất cả là u đặc giả nhú (11,5%). Trong nhóm bệnh có kết quả giải phẫu bệnh lành tính, chủ yếu là u nang thanh dịch (34,6%). Di căn hạch gặp ở 2 BN (7,7%).



Hình 3.2. Bệnh phẩm sau mổ

Nguồn: BN Trần Thị Vân G. Mã hồ sơ: 230358371

b. Biến chứng

Bảng 3.4. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng (n,%)		19 (73,1)
Rò tụy sau phẫu thuật (n,%)		15 (57,7)
Mức độ rò tụy (n,%)	Độ A	15 (57,7)
	Độ B	0
	Độ C	0

Viêm tụy (n,%)	2 (7,7)	
Tụ dịch ổ bụng (n,%)	1 (3,8)	
Chảy máu sau phẫu thuật (n,%)	1 (3,8)	
Số BN gặp biến chứng (n,%)	15 (57,7)	
Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo (n,%)	I	8 (53,3)
	II	5 (33,3)
	IIIA	1 (6,7)
	IIIB	1 (6,7)

Nhận xét: Có tổng cộng 19 biến chứng (73,1%): rò tụy (57,7%), tất cả đều rò độ A; viêm tụy sau mổ (7,7%), tụ dịch ổ bụng (3,8%), chảy máu sau phẫu thuật (3,8%). Có 15 BN (57,7%) gặp biến chứng, chủ yếu là độ I (53,3%). Không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ.

c. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 9,2 ± 2,3 ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 20 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 53,7 ± 16,9 tuổi, trẻ nhất 14 tuổi, lớn nhất là 77 tuổi. Tỷ lệ nữ/ nam là: 2,25/1 (bảng 3.1). Theo nghiên cứu của Nguyễn Hồng Phúc (2023) trên 58 trường hợp được phẫu thuật mở cắt thân đuôi tụy: tuổi trung bình là 48 ± 1,7 (16-81) tuổi, tỷ lệ nữ/ nam là 2/1 [3].

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của BN nghiên cứu là đau bụng thượng vị (76,9%), tương tự nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2013): đau bụng gặp ở 92,5% BN [4]. CA 19-9 tăng trên 37 U/ml được coi là ngưỡng cut-off trong chẩn đoán ung thư tụy, với độ nhạy là 80% và độ đặc hiệu là 80% [5]. Trong nghiên cứu, CA 19-9 tăng ở 6 BN, chiếm 23,1% (bảng 1); tỷ lệ này trong nghiên cứu của Gorris (2024) là 17% [6].

Trên phim chụp cắt lớp vi tính: u chủ yếu nằm ở đuôi tụy (38,5%); đa số là u dạng nang (42,3%), kích thước u trung bình: 5,1 ± 2,5 cm; có 4 trường hợp u xâm lấn động, tĩnh mạch lách (15,4%); u xâm lấn tạng lân cận ở 3 BN (10,7). Nghiên cứu của Đỗ Hoài Kỳ (2019): u chủ yếu ở đuôi tụy (81,1%), đa số là u dạng nang (46,8%), kích thước u trung bình là 6,9cm [7].

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra: không nên bảo tồn lách trong phẫu thuật cắt thân đuôi tụy đối với u vùng thân đuôi tụy vì lách được cấp máu bởi hệ thống mạch máu có liên quan đến tụy, do đó nguy cơ bỏ sót tế bào ung thư ở lách là rất cao. Do đó, việc chẩn đoán mô bệnh học trước mổ giúp định hướng kỹ thuật mổ đối với loại u này. Trong nghiên cứu có 5 BN (19,2%) được sinh thiết trước mổ dưới siêu âm ổ bụng hoặc siêu

âm nội soi, kết quả có 4 BN cho kết quả ung thư biểu mô tuyến của tụy, 1 BN là u đặc giả nhú.

4.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.1. Kết quả trong mổ. Phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy kèm lách là phương pháp cơ bản nhất để điều trị tổn thương vùng thân đuôi tụy, đây là một phẫu thuật được thực hiện thường quy tại Khoa Ngoại gan mật tụy, Bệnh viện K. Để đảm bảo tính triệt căn về ung thư học, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chúng tôi cắt lách kèm theo khi cắt thân đuôi tụy. Tỷ lệ BN được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy kèm lách trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Phúc (2023) là 32/58 (55%) [3]. BN được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy kèm lách thường chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu vì phẫu thuật này có chỉ định rộng, dễ thực hiện.

Có 14 BN nghiên cứu có nhu mô tụy mềm (bảng 3.2), nhiều tác giả cho rằng nhu mô tụy mềm làm tăng nguy cơ rò tụy sau mổ [8].

Trong nghiên cứu, có 16/26 trường hợp cắt và đóng móm tụy gần bằng stapler chiếm 61,5%, 8/26 trường hợp cắt và đóng móm tụy gần bằng dao siêu âm, còn lại 2/26 trường hợp được cắt tụy dao điện đơn cực. Có 21 BN (80,8%) được khâu tăng cường mặt cắt tụy. Việc lựa chọn kỹ thuật cắt tụy và kỹ thuật đóng móm tụy dựa trên đặc điểm của tuyến tụy, kinh nghiệm của phẫu thuật viên chứ chưa có bằng chứng thuyết phục cho thấy đóng móm tụy bằng khâu tay hay stapler là tốt nhất [3].

Có 3 BN trong nghiên cứu được cắt tạng lân cận kèm theo do u xâm lấn: 2 BN cắt mạc nối lớn lân cận dính vào u, 1 BN cắt bán phần cực dưới dạ dày + cắt tuyến thượng thận trái + cắt đại tràng góc lách. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn (2013) là 17% [4].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $133,8 \pm 43,4$ phút. Nghiên cứu của Đỗ Hoài Kỳ (2019): thời gian phẫu thuật trung bình là $182,45 \pm 72,45$ phút.

4.2.2. Kết quả sớm sau mổ

a. Giải phẫu bệnh. Tỷ lệ BN được cắt lách thân đuôi tụy do u ác đã được báo cáo qua y văn từ 47-65%. Đa số BN trong nghiên cứu có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính (46,2%). Nghiên cứu Nguyễn Hồng Phúc (2023), tỷ lệ này là 41,4% [3]. Bên cạnh đó, có 11 BN trong nghiên cứu có giải phẫu bệnh sau mổ là u lành (42,3%), trong đó chủ yếu là u nang thanh dịch (34,6%).

Có 2 BN (7,7%) trong nghiên cứu có di căn hạch (bảng 3.3). Số BN có di căn hạch trong nghiên cứu của Gorris (2024) là 22/433 BN, chiếm 5,1% [6]. Hiện nay, nhiều trung tâm tăng

cường thực hiện kỹ thuật cắt khối thân đuôi tụy lách xuôi dòng triệt căn (RAMPS), là một kỹ thuật mới với khả năng nạo vét hạch và phẫu tích u tốt hơn phương pháp cắt thân đuôi tụy thông thường [7], [9].

b. Biến chứng. Bảng 3.4 chỉ ra: rò tụy là biến chứng thường gặp nhất (57,7%), tất cả đều là rò độ A (rò sinh hóa): khi định lượng nồng độ amylase trong dịch dẫn lưu gấp 3 lần nồng độ amylase máu ở ngày thứ 3 sau mổ. Các BN này đều không cần điều trị gì thêm. Có 2 BN có viêm tụy cấp sau mổ, được điều trị bằng sandostatin, kháng sinh, truyền dịch, ổn định ra viện. Có 15 BN gặp biến chứng sau mổ (57,7%). Phân độ theo Clavien-Dindo: độ I (53,3%), độ II (33,3%), 1 BN tụ dịch ổ bụng sau mổ được chọc dịch dưới hướng dẫn siêu âm (độ IIIA) và 1 BN phải mổ lại sau mổ 2 giờ vì chảy máu ổ bụng (độ IIIB), các bệnh nhân này đều ổn định ra viện.

Nghiên cứu của Kleef và cộng sự trên 302 BN được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy (2007): 33,6% BN gặp biến chứng sau mổ, trong đó rò tụy là chủ yếu (chiếm 11,2%), tiếp đến là chảy máu (2,2%), nhiễm khuẩn vết mổ (2,2%) [10]. Kết quả này tương tự nghiên cứu của chúng tôi cũng như của nhiều tác giả khác. Rò tụy độ A là có thể chấp nhận được, đa số BN không cần điều trị gì thêm và không bị kéo dài thời gian nằm viện.

c. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $9,4 \pm 2,8$ ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 18 ngày. Kết quả này của Đỗ Hoài Kỳ (2019) là: $7,74 \pm 2,92$ ngày [7].

V. KẾT LUẬN

Cắt lách thân đuôi tụy là phẫu thuật đòi hỏi cần thực hiện ở tuyến chuyên khoa. Tỷ lệ ác tính của u thân đuôi tụy trong nhiều nghiên cứu là cao, do đó nên cắt lách kèm theo. Việc bảo tồn lách chỉ thực hiện cho các khối u lành tính vùng này. Biến chứng sau mổ thường gặp nhất là rò tụy, tuy nhiên đa số là rò sinh hóa. Số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn ít, cần thêm thời gian để đánh giá thời gian sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mayo W J** (1913), "The surgery of the pancreas: I. Injuries to the pancreas in the course of operations on the stomach. II. Injuries to the pancreas in the course of operations on the spleen. III. Resection of half the pancreas for tumor", *Annals of Surgery*, 58 (2), pp. 145-150.
2. **Clavien P-A, Sanabria J R, Strasberg S M** (1992), "Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy", *Surgery*, 111 (5), pp. 518-526.

- Nguyễn Hồng Phúc Đ H L, Phan Minh Trí, Đoàn Tiến Mỹ, Nguyễn Thị Thùy, Nguyễn Thị Thủy, Dương Thùy Linh, Trần Thị Bé Thi, Nguyễn Phương Kiều (2023), "Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật cắt thân đuôi tụy theo phân loại Clavien-Dindo", Tạp chí Y học Việt Nam, 527 (Tháng 6. Số đặc biệt), pp. 46-55.
- Trịnh Hồng Sơn (2013), "Kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô thân đuôi tụy tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2002-2011", Tạp chí Y học thực hành, 875 (7), pp. 32-38.
- E Poruk K, Z Gay D, Brown K, et al (2013), "The clinical utility of CA 19-9 in pancreatic adenocarcinoma: diagnostic and prognostic updates", Current molecular medicine, 13 (3), pp. 340-351.
- Gorris M, van Bodegraven E A, Abu Hilal M, et al (2024), "Outcomes after distal pancreatectomy with or without splenectomy for intraductal papillary mucinous neoplasm: international multicentre cohort study", British Journal of Surgery, 111 (1), pp. znad424.
- Đỗ Hoài Kỳ P M T, Võ Trường Quốc, Đoàn Tiến Mỹ, Phạm Hữu Thiên Chí (2019), "Kết quả sớm phẫu thuật cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách", Y Học TP Hồ Chí Minh, 23 (1), pp. 150-153.
- Yoshioka R, Saiura A, Koga R, et al (2010), "Risk factors for clinical pancreatic fistula after distal pancreatectomy: analysis of consecutive 100 patients", World journal of surgery, 34 (1), pp. 121-125.
- Nguyễn Thành Khiêm Đ H Đ, Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Hàm Hội, Lại Thanh Tùng, Lương Tuấn Hiệp, Nguyễn Thị Lan, Lê Văn Duy, Đặng Kim Khuê, Nguyễn Ngọc Hùng (2021), "Cắt khối thân đuôi tụy - lách xuôi dòng triệt căn: Thông báo lâm sàng và điểm lại y văn", Tạp chí y học lâm sàng, 121, pp. 7-15.
- Kleeff J, Diener M K, Z'graggen K, et al (2007), "Distal pancreatectomy: risk factors for surgical failure in 302 consecutive cases", Annals of surgery, 245 (4), pp. 573-582.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC TỰ TIÊM INSULIN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TỈNH THANH HÓA NĂM 2023

Phạm Vũ Ngọc Diệp¹, Ung Ngọc Nguyên¹,
Nguyễn Thành Chung¹, Trần Anh Trà¹, Phạm Đắc Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức tự tiêm insulin của người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nội tiết tỉnh Thanh Hóa năm 2023 và xác định một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 345 người bệnh ĐTĐ type 2 đến điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nội tiết tỉnh Thanh Hóa. **Kết quả:** Với nhóm người bệnh tiêm insulin bằng bơm tiêm, tỷ lệ trả lời đúng $\geq 50\%$ câu hỏi là 29,3%, với nhóm tiêm bằng bút tiêm, tỷ lệ này là 29,1%. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 4 yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức tự tiêm insulin của người bệnh ĐTĐ type 2 là giới, tuổi, khu vực sống, trình độ học vấn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Kiến thức tự tiêm insulin của người bệnh ĐTĐ type 2 còn thấp. Người bệnh cần phải được hướng dẫn thường xuyên, cần có các biện pháp hỗ trợ giúp người bệnh nâng cao kiến thức và hạn chế được các yếu tố ảnh hưởng không tốt tới kiến thức của người bệnh. **Từ khóa:** Insulin, kiến thức, mối liên quan, đái tháo đường type 2

SUMMARY

CURRENT STATUS OF SELF-INJECTING INSULIN

¹Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại tỉnh Thanh Hóa
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Vũ Ngọc Diệp
Email: janepham31266@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024
Ngày duyệt bài: 25.4.2024

KNOWLEDGE AND SOME RELATED FACTORS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS OUTPATIENT TREATMENT AT THANH HOA ENDOCRINOLOGY HOSPITAL IN 2023

Objective: Describe the current status of insulin self-injection knowledge of type 2 diabetes patients treated as outpatients at Thanh Hoa Provincial Endocrinology Hospital in 2023 and identify some related factors. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of 345 people with type 2 diabetes who came for outpatient treatment at Thanh Hoa Endocrinology Hospital. **Results:** For the group of patients who injected insulin with a syringe, the rate of correct answers $\geq 50\%$ of the question was 29.3%, for the group injected with a syringe, the rate was 29.1%. The study results show that there are 4 factors affecting the knowledge of insulin self-injection of people with type 2 diabetes: gender, age, living area, education level ($p < 0.05$). **Conclusion:** Self-injecting insulin knowledge of patients with type 2 diabetes is still low. Patients need to be guided regularly, need to have support measures to help patients improve their knowledge and limit factors that negatively affect the patient's knowledge. **Keywords:** Insulin, knowledge, association, type 2 diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất trên toàn thế giới với số lượng người mắc bệnh ngày càng gia tăng. Theo thống kê của Liên đoàn Đái tháo