

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Results of the laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy at 108 Military Central Hospital

Hồ Văn Linh¹, Vũ Văn Quang¹
Phan Quốc Đạt² và Lê Thu Hiền¹

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
²Học viện Quân Y

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách điều trị bệnh lý u vùng thân đuôi tụy. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu 23 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** 23 trường hợp được phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách với độ tuổi trung bình là $44,78 \pm 16,97$ tuổi; tỷ lệ nữ - nam là 2,3; chỉ số BMI trung bình là $23,87 \pm 4,26$. Phẫu thuật cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách theo kỹ thuật Warshaw được áp dụng cho 13 bệnh nhân (56,52%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $144,35 \pm 40,79$ phút (80- 200 phút), mất máu trung bình là $78,70 \pm 57,44$ ml (10- 200ml), thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $2,1 \pm 0,8$, rút dẫn lưu là $9,2 \pm 4,5$, nằm viện là $10,6 \pm 4,5$. Biến chứng sau mổ bao gồm rò tụy (95,65%), trong đó phần lớn là rò tụy độ A (52,18%), rò tụy độ B (39,13%), chảy máu sớm phải phẫu thuật lại (4,34%), áp xe ổ tồn dư và xuất huyết muộn (4,34%). Không có trường hợp tử vong trong nghiên cứu. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách là một phương pháp an toàn, khả thi với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được, tuy nhiên yêu cầu phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách, Warshaw, Kimura.

Summary

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy (SPDP) for tumors of the pancreatic body and tail. **Subject and method:** A retrospective study of 23 patients who underwent laparoscopic SPDP at 108 Military Central Hospital, from January 2019 to December 2024. **Result:** A total of 23 patients underwent laparoscopic SPDP, the average age was 44.78 ± 16.97 years. The female-to-male ratio was 2.3, and the average BMI was 23.87 ± 4.26 . The Warshaw technique was performed in 13 patients (56.52%). The mean operative time was 144.35 ± 40.79 minutes (range 80 - 200 minutes), and the mean estimated blood loss was 78.70 ± 57.44 mL (range: 10 - 200 mL), the mean time to first flatus was 2.1 ± 0.8 days, the mean time to drain removal was 9.2 ± 4.5 days, and the mean length of hospital stay was 10.6 ± 4.5 days. Postoperative complications included pancreatic fistula (95.65%) with the majority classified as grade A pancreatic fistulas (52.19%), grade B pancreatic fistulas (39.13%), early postoperative bleeding requiring reoperation (4.34%), residual cavity abscess and late hemorrhage (4.34%). No perioperative mortality was recorded. **Conclusion:** Laparoscopic SPDP is a

Ngày nhận bài: 14/5/2025, ngày chấp nhận đăng: 22/10/2025

* Người liên hệ: hovanlinhb3108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

safe and feasible procedure with an acceptable complication rate. However, it requires experienced surgeons for optimal outcomes.

Keywords: Laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy, Warshaw, Kimura.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy là phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị các bệnh lý vùng thân đuôi tụy, mang lại lợi ích về giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian hồi phục và giảm biến chứng so với phẫu thuật mở^{1, 2}. Chỉ định cắt thân đuôi tụy, bảo tồn lách đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì chức năng miễn dịch, giảm nguy cơ nhiễm khuẩn huyết và giảm nguy cơ huyết khối tĩnh mạch cửa sau mổ. Tuy nhiên, việc bảo tồn lách có thể gặp nhiều thách thức do liên quan đến kiểm soát mạch máu lách và nguy cơ nhồi máu lách sau mổ. Hiện nay, hai kỹ thuật chính được áp dụng là kỹ thuật bảo tồn lách với không cắt bó mạch lách (kỹ thuật Kimura) và bảo tồn lách với cắt bó mạch lách (kỹ thuật Warshaw), mỗi phương pháp đều có ưu nhược điểm riêng. Tại Việt Nam, những nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 23 bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh lý vùng thân đuôi tụy và được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2024.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Quy trình kỹ thuật

Chuẩn bị tâm lý bệnh nhân, giải thích để bệnh nhân biết về tình trạng bệnh, phương pháp điều trị, các nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra. Nâng

đỡ dinh dưỡng trước phẫu thuật những bệnh nhân suy dinh dưỡng, sụt cân nhiều trong thời gian bệnh.

Thực hiện kỹ thuật: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bằng đường vào ổ bụng thông thường với 4 - 5 trocar. Sau khi khảo sát ổ bụng và xác định vị trí khối u, phẫu thuật viên tiến hành bóc tách tụy khỏi các cấu trúc lân cận, đồng thời đánh giá khả năng bảo tồn lách. Hai phương pháp được áp dụng để bảo tồn lách trong cắt thân đuôi tụy là phương pháp Kimura và Warshaw.

Phương pháp Kimura (bảo tồn lách và mạch máu lách): Kỹ thuật này nhằm giữ lại cả lách và hệ thống mạch máu chính nuôi lách, bao gồm động mạch và tĩnh mạch lách. Phẫu thuật viên cần bóc tách cẩn thận mô tụy ra khỏi bó mạch lách, đảm bảo không làm tổn thương mạch máu trong khi thực hiện cắt tụy. Sau khi bảo tồn thành công bó mạch lách, phần thân và đuôi tụy được cắt bỏ bằng dao siêu âm hoặc stapler.

Phương pháp Warshaw (bảo tồn lách không bảo tồn mạch máu lách): Trong kỹ thuật này, phẫu thuật viên cắt động mạch và tĩnh mạch lách cùng với phần tụy bệnh lý, trong khi vẫn giữ lại lách. Tưới máu cho lách được duy trì thông qua các mạch phụ như các mạch vị ngấn và mạch vị - mạc nối trái. So với kỹ thuật Kimura, phương pháp Warshaw đơn giản hơn, thời gian mổ ngắn hơn, nhưng nguy cơ thiếu máu lách hoặc nhồi máu lách cao hơn, đặc biệt trong những trường hợp không đảm bảo được nguồn máu bàng hệ đầy đủ.

Việc lựa chọn kỹ thuật bảo tồn lách phù hợp được cân nhắc dựa trên đặc điểm khối u (kích thước, vị trí), mức độ dính của khối u vào bó mạch lách, và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong những trường hợp không thể đảm bảo an toàn cho lách, phẫu thuật viên có thể chuyển sang cắt thân đuôi tụy kèm cắt lách.



Hình 1. Kỹ thuật Kimura (A) và Warshaw (B). Nguồn: Theo Fernández-Cruz. (2004) ³

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Một số đặc điểm chung gồm tuổi, giới, BMI.

Đặc điểm của phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách bao gồm: Phương pháp bảo tồn lách (phương pháp Kimura hoặc Warshaw), thời gian phẫu thuật trung bình, lượng máu mất trong mổ, dụng cụ cắt nhu mô tụy, xử lý diện cắt, truyền máu trong mổ.

Kết quả của phẫu thuật: Các biến chứng được thống kê và đánh giá theo phân loại Clavien-Dindo mở rộng JCOG 2016 (The Japan Clinical Oncology Group) ⁴. Trong đó, rò tụy sau phẫu thuật được định nghĩa và phân loại theo ISGPF (International Study Group of Pancreatic Fistula) 2016, khi dịch dẫn lưu cạnh diện cắt thân đuôi tụy với số lượng bất kỳ có xét nghiệm nồng độ amylase trong dịch từ ngày thứ 3 sau mổ trở đi cao gấp 3 trong huyết thanh bình thường. Được chia làm 3 mức độ: Độ A - rò tụy vi thể: Rò tụy biểu hiện ở xét nghiệm, không có triệu chứng lâm sàng, không ảnh hưởng tới thời gian nằm viện; Độ B: Rò tụy có những biểu hiện lâm sàng cần điều trị bằng thuốc, thủ thuật dẫn lưu; Độ C: Rò tụy cần can thiệp phẫu thuật ⁵. Chảy máu sau mổ: Được định nghĩa là tình trạng chảy máu trong ổ bụng sau phẫu thuật, thời điểm chảy máu có thể sớm trong vòng 24 giờ đầu hoặc muộn sau 24 giờ tính từ lúc kết thúc

phẫu thuật. Tử vong phẫu thuật được xác định là bệnh nhân chết trong thời gian hậu phẫu hoặc trong vòng 30 ngày từ ngày mổ. Thời gian trung tiện sau mổ (ngày): Tính từ lúc kết thúc phẫu thuật đến thời điểm bệnh nhân trung tiện được. Thời gian rút ống dẫn lưu ổ bụng (ngày): Tính từ thời điểm kết thúc phẫu thuật đến ngày rút ống dẫn lưu. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày): Tính từ thời điểm kết thúc phẫu thuật đến khi bệnh nhân xuất viện.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên máy tính theo bệnh án nghiên cứu và được xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 và Microsoft Excel 2010.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Trong vòng 5 năm từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 12 năm 2024, chúng tôi đã thu thập được 23 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách. Độ tuổi trung bình là $44,78 \pm 16,97$ tuổi, tuổi lớn nhất là 77 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 13 tuổi; tỷ lệ nữ/ nam là 2,3; chỉ số cơ thể (BMI) trung bình là: $23,87 \pm 4,26$ (15,82 - 32,46).

Bảng 1. Đặc điểm phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Kỹ thuật bảo tồn lách			
Kỹ thuật Kimura	10	43,48	
Kỹ thuật Warshaw	13	56,52	

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
Cắt nhu mô tụy			
Bằng Stapler mạch máu	21	91,30	
Dao siêu âm	2	8,70	
Khâu tăng cường diện cắt			
Khâu tăng cường	4	17,39	
Không khâu tăng cường	19	82,61	
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	144,35		
Lượng máu mất trong mổ trung bình (ml)	78,70		
Truyền máu trong mổ (%)	0		

Nhận xét: Trong 23 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách có 13 trường hợp áp dụng kỹ thuật Warshaw và 10 trường hợp áp dụng kỹ thuật Kimura; 21 bệnh nhân được cắt nhu mô tụy bằng Stapler mạch máu chiếm 91,30%; trong đó có 82,61% trường hợp không khâu tăng cường diện cắt. Lượng máu mất trung bình là $78,70 \pm 57,44$ ml (10- 200 ml); thời gian phẫu thuật trung bình là $144,35 \pm 40,79$ phút (80- 200 phút). Không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật và chăm sóc sau mổ, chúng tôi thu được một số kết quả khả quan sau:

Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $2,1 \pm 0,8$ ngày; sớm nhất là ngày thứ nhất và muộn nhất là ngày thứ 4.

Thời gian rút ống dẫn lưu ổ bụng trung bình là $9,2 \pm 4,5$ ngày (5 - 26 ngày).

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $10,6 \pm 4,5$ ngày, bệnh nhân nằm viện lâu nhất ghi nhận là 28 ngày, ra viện sớm nhất sau 6 ngày.

Biến chứng	Số bệnh nhân (n = 23)	Tỷ lệ %
Rò tụy	22	95,65
Rò tụy độ A	12	52,18
Rò tụy độ B	9	39,13
Rò tụy độ C	1	4,34
Chảy máu sau mổ sớm	1	4,34
Chảy máu muộn	1	4,34
Áp xe tồn dư	1	4,34
Phẫu thuật lại	2	8,69

Nhận xét: Rò tụy là biến chứng hay gặp nhất ở 22 trường hợp (95,6%), trong đó chủ yếu là rò tụy độ A với 12 bệnh nhân (52,18%), rò tụy độ B với 9 trường hợp (39,13%), rò tụy độ C gặp ở 1 trường hợp (4,34%); ghi nhận 1 bệnh nhân chảy máu sớm phải phẫu thuật lại trong vòng 24 giờ đầu sau mổ (4,34%); 1 trường hợp chảy máu muộn kèm áp xe tồn dư phải tiến hành phẫu thuật lại.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân (BN) trong nghiên cứu của chúng tôi là $44,78 \pm 16,97$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 13 tuổi, tuổi lớn nhất là 77 tuổi; nữ chiếm 70% (tỷ lệ nữ-nam là 2,3); chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là: $23,87 \pm 4,36$ (15,8 - 32,5); trong

số 23 bệnh nhân có 8 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh u đặc giả nhú chiếm chủ yếu (34,78%). Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Phương Anh (2024) độ tuổi trung bình là 49 ± 16 tuổi, nhỏ nhất là 13 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi; nữ chiếm 91,4%, tỷ lệ nữ - nam là 11⁶.

Trong quá trình thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách có 13 trường hợp (56,52%) thực hiện theo phương pháp Warshaw, 10 trường hợp bảo tồn lách theo phương pháp Kimura (43,48%). Kỹ thuật Kimura, với mục tiêu bảo tồn cả lách và hệ thống mạch máu lách, giúp duy trì tưới máu sinh lý cho lách và giảm nguy cơ hoại tử sau mổ. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật đòi hỏi sự tỉ mỉ và kinh nghiệm từ phẫu thuật viên. Việc bóc tách tụy ra khỏi bó mạch lách có thể gặp nhiều khó khăn do sự hiện diện của các tĩnh mạch nhỏ đổ vào tĩnh mạch lách và khối u dính vào bó mạch lách không thể bóc tách. Trong nghiên cứu, có 4 trường hợp ban đầu dự kiến thực hiện kỹ thuật Kimura nhưng phải chuyển sang kỹ thuật Warshaw do chảy máu từ các nhánh tĩnh mạch nhỏ và do u dính vào bó mạch lách. Ngược lại, kỹ thuật Warshaw đơn giản hơn về mặt thao tác vì không yêu cầu bóc tách tỉ mỉ quanh bó mạch lách. Tuy nhiên, nhược điểm lớn nhất của phương pháp này là nguy cơ thiếu máu lách hoặc hoại tử một phần lách sau mổ. Do đó, kỹ thuật Warshaw có thể là lựa chọn phù hợp trong các trường hợp tụy dính sát mạch máu lách, mạch máu nhỏ dễ tổn thương, hoặc khi xảy ra biến chứng trong quá trình bóc tách Kimura.

Việc cắt nhu mô tụy được thực hiện bằng Stapler mạch máu ở 21 bệnh nhân (91,3%) hoặc bằng dao siêu âm ở 2 trường hợp (8,7%). Có 4 bệnh nhân được khâu tăng cường diện cắt (17,4%), 19 trường hợp không khâu tăng cường diện cắt (82,6%). Thời gian phẫu thuật trung bình của phẫu thuật là $144,4 \pm 40,8$ phút (80- 200 phút), lượng máu mất trong mổ trung bình là $78,7 \pm 57,4$ ml (10 - 200ml). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bảo tồn lách với thắt mạch máu lách và bảo tồn lách không thắt mạch máu lách về lượng máu mất trong phẫu thuật (lần lượt là $88,46 \pm 66,19$ so với $66,0 \pm 33,73$, $p=0,3$) và thời gian phẫu thuật

(lần lượt $132,31 \pm 42,06$ so với $160,0 \pm 35,59$; $p=0,102$). Nghiên cứu của tác giả Zhou (2014) thực hiện tại Trung tâm Y tế Asan, Seoul, Hàn Quốc trên 246 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách cho kết quả tổng cộng 206 bệnh nhân (83,7%) được điều trị bằng kỹ thuật Kimura, 40 trường hợp còn lại (16,3%) thực hiện kỹ thuật Warshaw. Không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm bảo tồn bó mạch lách và thắt bó mạch lách về lượng máu mất trong khi phẫu thuật (lần lượt là 378 ± 240 so với 328 ± 204 ml; $p = 0,240$) và thời gian phẫu thuật (lần lượt là $193,4 \pm 59,1$ so với $204,4 \pm 51,8$ phút; $p = 0,492$)⁷. Theo nghiên cứu của Vũ Thị Phương Anh thì thời gian phẫu thuật trung bình là 179,4 phút⁶.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $10,6 \pm 4,5$ ngày, bệnh nhân nằm viện lâu nhất ghi nhận là 28 ngày, ra viện sớm nhất sau 6 ngày. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Phương Anh là $9,9 \pm 3,4$ ngày, tác giả Butturini là 8 ngày ở nhóm bảo tồn bó mạch lách và 7 ngày ở nhóm cắt bó mạch lách⁸. Trong đó thời gian trung tiện sau mổ là $2,1 \pm 0,8$ ngày. So sánh với kết quả với một số tác giả khác như Vũ Thị Phương Anh là $2,8 \pm 0,5$ ngày, tác giả Lục Việt Tiệp thời gian trung tiện sau mổ là $2,81 \pm 0,68$ ngày. Thời gian đặt dẫn lưu trong nghiên cứu của chúng tôi là $9,17 \pm 4,45$ ngày.

Một số biến chứng thường gặp sau phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách bao gồm rò tụy, chảy máu sớm, chảy máu muộn, áp xe tồn dư, nhiễm khuẩn vết mổ. Bằng việc theo dõi kết quả sớm sau mổ, chúng tôi nhận thấy rò tụy là biến chứng chủ yếu gặp ở 22 trường hợp (95,6%), tuy nhiên phần lớn là rò tụy độ A với 12 bệnh nhân (52,18 %) được điều trị nội khoa, tất cả đều đáp ứng tốt về mặt lâm sàng, rò tụy độ B gặp ở 9 trường hợp (39,13%), có 1 bệnh nhân rò tụy độ C là nguyên nhân gây biến chứng chảy máu muộn và áp xe tồn dư trong ổ bụng phải tiến hành phẫu thuật lại (4,34%). Chúng tôi ghi nhận 1 bệnh nhân chảy máu sớm phải tiến hành mổ cấp cứu trong 24 giờ đầu sau mổ, nguyên nhân là chảy máu từ tĩnh mạch vị mạc nối phải. Các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi

không ghi nhận nhiễm khuẩn vết mổ, đây là một ưu thế của phẫu thuật nội soi so với phẫu thuật mổ mở thông thường. Cuối cùng không có bệnh nhân nào tử vong ở nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách là một kỹ thuật an toàn và khả thi trong điều trị các bệnh lý u, nang vùng thân đuôi tụy. Việc áp dụng kỹ thuật Kimura hay Warshaw phụ thuộc vào đặc điểm xâm lấn bó mạch lách và vị trí tương đối của tổn thương với rốn lách.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hao T, Shiming J, and Yong C (2021) *Analysis of safety and efficacy of laparoscopic distal pancreatectomy in the treatment of left pancreatic malignant tumors*. Journal of International Medical Research 49(12).
2. Souche R, Herrero A, Bourel G et al (2018) *Robotic versus laparoscopic distal pancreatectomy: A French prospective single-center experience and cost-effectiveness analysis*. Surgical endoscopy 32: 3562-3569.
3. Fernández-Cruz L, Martínez I, Gilabert R et al (2004) *Laparoscopic distal pancreatectomy combined with preservation of the spleen for cystic neoplasms of the pancreas*. Journal of gastrointestinal surgery 8: 493-501.
4. Katayama H, Kurokawa Y, Nakamura K et al (2016) *Extended Clavien-Dindo classification of surgical complications: Japan Clinical Oncology Group postoperative complications criteria*. Surgery today 46: 668-685.
5. 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): 584-591.
6. Vũ Thị Phương Anh, Dương Trọng Hiền, Trịnh Quốc Đạt và cộng sự (2024) *Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u vùng thân đuôi tụy tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2022*. Tạp chí Y học Việt Nam, 537(2).
7. Zhou ZQ, Kim SC, Song KB et al (2014) *Laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy: Comparative study of spleen preservation with splenic vessel resection and splenic vessel preservation*. World journal of surgery 38: 2973-2979.
8. Butturini G, Inama M, Malleo G et al (2012) *Perioperative and long-term results of laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy with or without splenic vessels conservation: A retrospective analysis*. Journal of surgical oncology 105(4): 387-392.