

Kết quả cắt khối tá tụy, vét hạch điều trị ung thư vùng đầu tụy

Outcome of pancreaticoduodenectomy with lymphadenectomy in treatment of cancers in pancreatic head area

Hồ Văn Linh, Triệu Triều Dương, Nguyễn Anh Tuấn

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt khối tá tụy, vét hạch điều trị ung thư vùng đầu tụy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu thực hiện trên những bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong khoảng thời gian từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** Có 61 bệnh nhân với độ tuổi trung bình $60,2 \pm 7,7$ tuổi, vét hạch được tiến hành thuận lợi ở đa số các trường hợp. Kết quả phẫu thuật: Tốt: 44,3%; khá: 41%; trung bình: 11,5%; xấu: 3,3%. Tỷ lệ biến chứng chung theo Dindo là 55,7% (16,3% biến chứng nặng - từ độ III trở lên), rò tụy: 39,3%, chảy máu trong ổ bụng 11,5%, chảy máu tiêu hóa: 16,4%, chậm lưu thông dạ dày ruột 6,6%, tử vong phẫu thuật: 1,6%. Thời gian nằm viện trung bình $18,6 \pm 7,2$ ngày. Thời gian sống thêm toàn bộ là $29,98 \pm 2,54$ tháng, tỷ lệ sống sau 1 năm và 3 năm lần lượt là 79,2 và 39,5%. Yếu tố liên lượng xấu của thời gian sống sau mổ là ung thư biểu mô tuyến tụy, phẫu thuật triệt căn R1 và di căn hạch. **Kết luận:** Cắt khối tá tụy vét hạch an toàn và khả thi trong giới hạn, kết quả xa cần được cải thiện nhiều. Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả xa được phát hiện bao gồm: Ung thư đầu tụy, phẫu thuật triệt căn R1 và di căn hạch.

Từ khóa: Cắt khối tá tụy, vét hạch.

Summary

Objective: To evaluate the surgical outcome and long-term survival of lymphadenectomy during pancreaticoduodenectomy for cancers in pancreatic head area. **Subject and method:** A prospective, descriptive study on patients with cancer in pancreatic head area who underwent radical operation in 108 Military Central Hospital from July 2016 to July 2019. **Result:** There were 61 cases with the average age was 60.2 ± 7.7 years, lymphadenectomy was feasible in almost cases. Surgical outcome were good 44.3%, fair 41%, average 11.5% and bad 3.3%. Postoperative complications according to Dindo classification was 55.7% (16.3% severe complication), 39.3% pancreatic fistula, 16.4% intraluminal bleeding, 11.5% abdominal cavity bleeding and 6.6% delayed gastric emptying. Postoperative mortality was 1.6% and postoperative hospital stay was 18.6 ± 7.2 days. The average survival time was 29.98 ± 2.54 months, the 1 and 3-years overall survival rates were 79.2% and 39.5% respectively. Pancreatic adenocarcinoma, radical surgery R1 and lympho node metastasis were prognosis factors for long-term survival. **Conclusion:** Lymphadenectomy during pancreaticoduodenectomy was acceptably safe and feasible. However, the long-term outcome needed to be improved and its prognosis factors were pancreatic cancer, radical surgery R1 and lympho node metastasis.

Keywords: Pancreaticoduodenectomy, lymphadenectomy.

Ngày nhận bài: 14/5/2021, ngày chấp nhận đăng: 26/5/2021

Người phản hồi: Hồ Văn Linh, Email: hovanlinhb3108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Điều trị ung thư vùng đầu tụy theo đa mô thức, trong đó phẫu thuật triệt căn (phẫu thuật Whipple) có vai trò trung tâm. Đây là một phẫu thuật phức tạp đòi hỏi phẫu tích nhiều tạng liên quan tới các mạch máu lớn trong ổ bụng, đồng thời việc phục hồi lưu thông tiêu hóa với nhiều miệng nối cũng đòi hỏi kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Ngày nay, phẫu thuật này được xem là an toàn ở những trung tâm lớn với tỷ lệ tử vong từ 3 - 5%. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng sau mổ còn cao (từ 40 - 54%), trong đó khoảng 33% các biến chứng liên quan đến rò tụy [1], [2].

Thời gian sống sau mổ của nhóm bệnh cũng được cải thiện dần theo thời gian. Trước đây, tỷ lệ sống sau mổ 5 năm khoảng 25 - 30% và 10% khi đã di căn hạch. Gần đây, nhiều báo cáo cho thấy kết quả xa của nhóm bệnh có cải thiện đáng kể với tỷ lệ sống sau mổ 5 năm đạt 35,9%, trong đó ung thư bóng Vater là 42,1%. Vết hạch tiêu chuẩn được cho là giúp cải thiện thời gian sống thêm đồng thời giảm các biến chứng sau mổ so với vết hạch mở rộng [1], [2].

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật cũng như thời gian sống thêm của nhóm bệnh ung thư vùng đầu tụy được phẫu thuật cắt khối tá tụy, vết hạch tiêu chuẩn.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

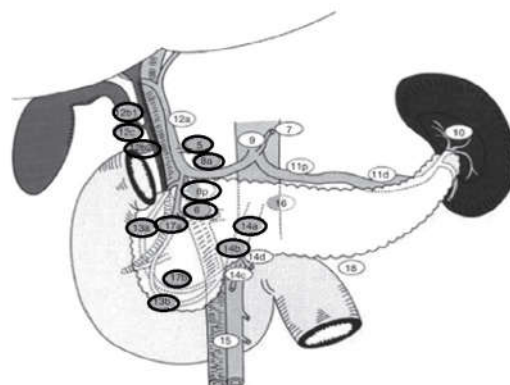
Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được mổ mở cắt khối tá tụy vết hạch tiêu chuẩn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 6/2016 đến tháng 6/2019. Bệnh nhân được áp dụng quy trình chẩn đoán, phẫu thuật và giải phẫu bệnh thống nhất.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, tiến cứu.

Chỉ định phẫu thuật: Chỉ định phẫu thuật dựa trên chẩn đoán hình ảnh cắt lớp vi tính nghi tới u vùng đầu tụy và khối u còn có thể cắt bỏ triệt căn.

Kỹ thuật phẫu thuật: Cắt khối tá tụy (phẫu thuật Whipple) + vết hạch tiêu chuẩn (Standard lymphadenectomy) bao gồm lấy các nhóm hạch bạch huyết 5, 6, 8a, 12b1, 12b2, 12c, 13a, 13b, 14a, 14b, 17a, và 17b.



Hình 1. Sơ đồ vết hạch tiêu chuẩn trong cắt khối tá tụy theo ISGPS. Hạch được tô đậm là những nhóm hạch cần lấy bỏ

Biến chứng sau mổ được mô tả theo phân loại của Dindo-Clavien.

Độ	Định nghĩa
I	Bất kỳ dấu hiệu bất thường so với quá trình hậu phẫu bình thường mà không cần thuốc điều trị hoặc các biện pháp can thiệp, mức độ này bao gồm nhiễm khuẩn vết mổ.
II	Những diễn biến bất thường đòi hỏi phải được điều trị bằng các thuốc khác ngoài các thuốc được sử dụng trong biến chứng độ I. Cần thiết phải truyền máu và dinh dưỡng toàn phần đường tĩnh mạch.
III	Các biến chứng cần phải can thiệp phẫu thuật, nội soi hoặc X-quang can thiệp.
IV	Biến chứng có đe dọa tính mạng (bao gồm các biến chứng hệ thần kinh trung ương) đòi hỏi phải chăm sóc đặc biệt (tại Khu Hồi sức tích cực).
V	Tử vong.

Chẩn đoán các biến chứng chảy máu, rò tụy hay chậm lưu thông dạ dày ruột theo định nghĩa của Hội Nghiên cứu Phẫu thuật Tụy quốc tế (ISGPS).

Chảy máu sau mổ là tình trạng chảy máu bao gồm chảy máu trong ổ bụng và chảy máu tiêu hóa. Được chia làm 3 mức độ: Độ A - chảy máu sớm (trong vòng 24 giờ), mất máu nhẹ (giảm Hb $\leq$ 30g/l), không cần can thiệp điều trị; độ B - chảy máu sớm, mất máu nặng hoặc chảy máu muộn, mất máu nhẹ, cần truyền máu và can thiệp qua nội soi; độ C - chảy máu muộn, mất máu nặng cần can thiệp mạch cầm máu hoặc mổ lại.

Rò tụy được xác định khi dịch dẫn lưu cạnh miệng nổi 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.

Chậm lưu thông dạ dày - ruột được định nghĩa là tình trạng phải lưu sonde dạ dày sau ngày thứ 4 hoặc phải đặt lại sau ngày thứ 3 sau mổ và không ăn được thức ăn đặc 7 ngày sau mổ. Chậm lưu thông dạ dày ruột được chia 3 mức độ A, B và C.

Tử vong phẫu thuật được xác định là bệnh nhân chết trong thời gian hậu phẫu hoặc trong vòng 30 ngày từ ngày mổ. Bệnh nhân nặng xin về cũng được xem là tử vong.

Phân loại kết quả phẫu thuật theo tác giả Phạm Thế Anh (2013):

Tốt: Không có bất kỳ biến chứng nào làm sai lệch thời gian điều trị.

Khá: Có ít nhất một biến chứng, nhưng các biến chứng này chỉ điều trị nội khoa không cần can thiệp bằng phẫu thuật hay thủ thuật.

Trung bình: Có ít nhất một biến chứng cần phải can thiệp thủ thuật hoặc phẫu thuật.

Xấu: Có biến chứng cần phải phẫu thuật lại và bệnh nhân phải được chăm sóc đặc biệt tại Phòng Hồi sức tích cực hoặc tử vong.

Sau mổ người bệnh được hẹn tái khám 3 tháng 1 lần trong 2 năm đầu và 6 tháng 1 lần trong những năm tiếp theo.

Các kết quả nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê sử dụng phần mềm SPSS 24.0. Thời gian sống sau mổ được ước lượng theo phương pháp Kaplan-Meier, kiểm định sự khác có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

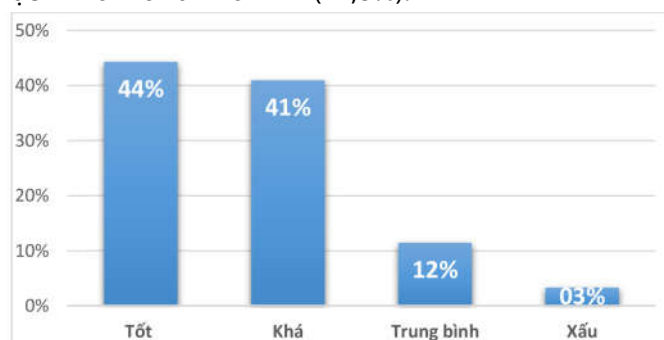
3. Kết quả

Kết quả nghiên cứu thu được gồm 61 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $60,2 \pm 7,7$ tuổi (44 - 74 tuổi).

Bảng 1. Đặc điểm vết hạch tiêu chuẩn

Vết hạch	Thuận lợi		Khó khăn	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm 13	59	96,7	2	3,3
Nhóm 6 + 17	52	85,2	9	14,8
Nhóm 5 + 8a + 12b + 12c	57	93,4	4	6,6
Nhóm 14a + 14b	57	93,4	4	6,6

Nhận xét: Quá trình vết hạch ít gặp khó khăn, khó khăn hay gặp nhất là khi phẫu tích vào bờ dưới tĩnh mạch mạc treo tràng, vết hạch nhóm 6 và nhóm 17 (14,8%).



Biểu đồ 1. Kết quả phẫu thuật

Nhận xét: Phần lớn có kết quả phẫu thuật tốt và khá (85,3%). Kết quả xấu chỉ 3,3%.

Bảng 2. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng (n = 61)	Tỷ lệ %
Rò tụy	24	39,3
Chảy máu trong ổ bụng	7	11,5
Chảy máu tiêu hóa	10	16,4
Chậm lưu thông dạ dày ruột	4	6,6
Rò đường chấp	2	3,3
Tắc ruột sớm sau mổ	1	1,6
Hẹp miệng nối mật	1	1,6
Viêm phổi	3	4,9
Nhiễm khuẩn vết mổ	8	13,1

Nhận xét: Rò tụy hay gặp nhất (39,3%), sau đó là chảy máu (chảy máu tiêu hóa 16,4%; chảy máu trong ổ bụng 11,5%).

Bảng 3. Phân độ biến chứng chung theo Dindo

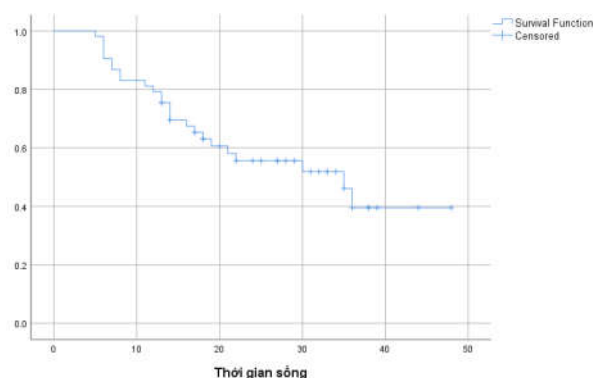
Phân loại Dindo	Số lượng (n = 61)	Tỷ lệ %
Độ I	14	23,0
Độ II	10	16,4
Độ IIIa	3	4,9
Độ IIIb	5	8,2
Độ IV	1	1,6
Độ V (tử vong)	1	1,6
Tổng	34	55,7

Nhận xét: 55,7% xuất hiện biến chứng sau mổ, tuy nhiên biến chứng nặng (từ Dindo III trở lên) là 16,3%.

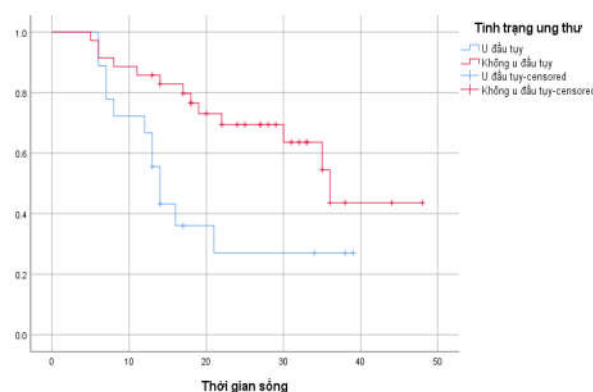
Bảng 4. Thời gian nằm viện sau mổ

Ngày điều trị sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
< 14 ngày	14	23,3
14 - 21 ngày	30	50,0
> 21 ngày	16	26,7
Tổng	60	100
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	18,6 $\pm$ 7,2 (9 - 40 ngày)	

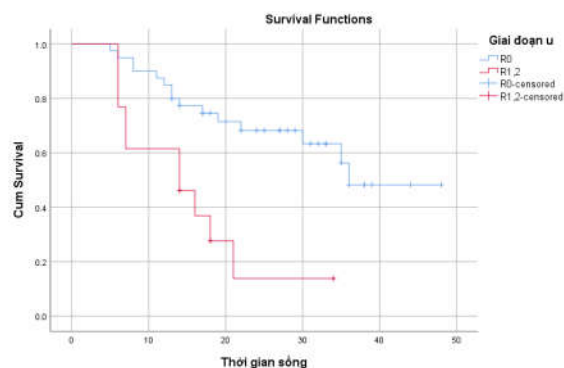
Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có thời gian nằm viện sau mổ ≥ 2 tuần (77%).

**Biểu đồ 2.** Thời gian sống toàn bộ

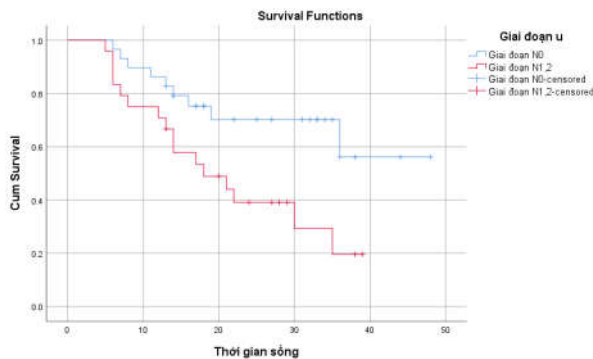
Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ là 29,98 $\pm$ 2,54 tháng (CI 95%: 25,01 - 34,96), tỷ lệ sống sau 1 năm và 3 năm lần lượt là 79,2% và 39,5%.

**Biểu đồ 3.** So sánh thời gian sống sau mổ giữa nhóm ung thư tụy và ung thư ngoài tụy

Nhận xét: Thời gian sống trung bình của nhóm ung thư tụy là 19,3 $\pm$ 3,1 tháng (95%CI: 13,0 - 25,6); của nhóm ung thư ngoài tụy là 33,8 $\pm$ 2,9 tháng (95%CI: 27,9 - 39,6); sự khác biệt có ý nghĩa mặt thống kê ($p=0,01$).

**Biểu đồ 4.** So sánh thời gian sống thêm giữa nhóm triệt căn R0 và R1

Nhận xét: Bệnh nhân phẫu thuật triệt căn R0 có thời gian sống thêm trung bình là $34,0 \pm 2,8$ tháng; của nhóm R1 là $15,4 \pm 2,7$ tháng, sự khác biệt có ý nghĩa mặt thống kê ($p=0,001$).



Biểu đồ 5. So sánh thời gian sống thêm giữa nhóm di căn hạch và không di căn hạch

Nhận xét: Bệnh nhân chưa di căn hạch có thời gian sống thêm trung bình $35,6 \pm 3,4$ tháng; của nhóm đã di căn hạch là $21,5 \pm 2,6$ tháng; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$).

4. Bàn luận

4.1. Vết hạch tiêu chuẩn

Thao tác vết hạch nhóm 13 trong cắt khối tá tụy chính là thủ thuật Kocher giúp tách khối tá tràng đầu tụy khỏi thành bụng sau, đánh giá xem khối u có xâm lấn tĩnh mạch chủ dưới không. Trong nghiên cứu thủ thuật Kocher được thực hiện thuận lợi với tỷ lệ 96,7%. Hai trường hợp gặp khó khăn do viêm tụy cấp sau đặt stent đường mật, vùng đầu tụy viêm dính nhiều vào tổ chức sau phúc mạc, dễ chảy máu khi phẫu tích.

Vết hạch nhóm 6 + 17 là tách mạc treo đại tràng ngang khỏi mặt trước tụy và phẫu tích bó mạch vị mạc nối phải, bộc lộ tĩnh mạch mạc treo tràng trên bờ dưới tụy. Trong thì phẫu thuật này, nhiều tác giả khuyến cáo thắt tĩnh mạch đại tràng giữa để có khoảng bộc lộ tĩnh mạch mạc treo tràng trên rộng và giảm nguy cơ chảy máu do xé nhánh này khi phẫu tích (đặc biệt ở bệnh nhân béo) [2]. Trong nghiên cứu thì phẫu thuật này gặp thuận lợi ở 85,2% các trường hợp.

Vết hạch nhóm 5 + 8a + 12a + 12b là quá trình phẫu tích động mạch gan chung, vết hạch cuống

gan. Trong thì này nhóm nghiên cứu gặp khó khăn ở 6,6% các trường hợp thường do hậu quả viêm tụy, viêm đường mật làm các mạch máu dính nhiều vào tổ chức xung quanh. Trong nhiều nghiên cứu, các phẫu thuật viên khuyến cáo để mỏ động mạch vị tá tràng nên để dài khoảng 2mm [2].

Vết hạch nhóm 14a + 14b là thao tác phẫu tích khối u khỏi bó mạch mạc treo tràng trên (hay còn gọi là mạc treo tụy). Trong nghiên cứu thử tự phẫu tích tĩnh mạch mạc treo tràng trên và hội lưu trước, sau đó phẫu tích động mạch mạc treo tràng trên, kết quả nghiên cứu gặp khó khăn với tỷ lệ 6,6%.

4.2. Biến chứng sớm

Rò tụy: Kết quả nghiên cứu gặp rò tụy theo định nghĩa ISGPS với tỷ lệ 39,3%, tuy nhiên đa số là rò tụy ở mức độ nhẹ, không có biểu hiện lâm sàng (độ A: 23%). Ở những trường hợp này, chỉ cần theo dõi bệnh nhân không cần điều trị gì. Khi người bệnh có biểu hiện lâm sàng mà điều trị bảo tồn thành công (kháng sinh, lưu dẫn lưu sau 3 tuần) sẽ được chẩn đoán rò tụy độ B, trong nghiên cứu gặp 13,1%. Rò tụy độ C ở 2 trường hợp, bệnh nhân biểu hiện viêm phúc mạc phải can thiệp phẫu thuật, rửa dẫn lưu ổ bụng.

Jian-Shu Chen và cộng sự (2019), báo cáo về cắt khối tá tụy ở 301 bệnh nhân, tác giả nhận thấy rò tụy gặp ở 31 trường hợp (10,3%) - độ B, C theo định nghĩa của ISGPS. Tác giả nhận thấy rò tụy có mối liên quan chặt chẽ với nhiễm khuẩn, chảy máu sau mổ, nó làm tăng nguy cơ phẫu thuật lại cũng như kéo dài ngày nằm điều trị [3].

Chảy máu sau mổ: Nghiên cứu của Feng Gao và cộng sự (2016) về chảy máu sau mổ cắt khối tá tụy ở 423 bệnh nhân, tác giả nhận thấy tỷ lệ chảy máu sau mổ là 9,9% (42 trường hợp). Trong đó, chảy máu sớm gặp ở 23 trường hợp, muộn 19 trường hợp; chảy máu tiêu hóa ở 14 bệnh nhân, chảy máu trong ổ bụng 28 bệnh nhân. Cũng theo tác giả, yếu tố nguy cơ của chảy máu sau mổ cắt khối tá tụy gồm: Tiền sử mổ bụng cũ, albumin máu thấp, cắt và tái tạo mạch máu, rò tụy và áp xe sau mổ [4].

Biến chứng chảy máu tiêu hóa gặp với tỷ lệ 16,4%, trong đó 4,9% mức độ nhẹ không cần điều trị

gi (độ A), biến chứng độ B gặp 9,8% bệnh nhân được truyền máu và dùng thuốc cầm máu, một trường hợp (1,6%) biến chứng độ C, chảy máu muộn cầm máu qua nội soi dạ dày thất bại, bệnh nhân được mổ khâu cầm máu miệng nối dạ dày hồng tràng. Chảy máu trong ổ bụng gặp ở 11,5% các trường hợp. Trong đó chảy mức độ nhẹ là 4,9% (không cần điều trị gì), chảy máu độ B gặp 2 bệnh nhân (3,3%) bệnh nhân được truyền máu, dùng thuốc cầm máu. Hai trường hợp chảy máu độ C phải mổ lại cầm máu (3,3%).

Chậm lưu thông dạ dày - ruột: Là tình trạng dạ dày không tổng được thức ăn xuống hồng tràng dù các miệng nối rộng rãi, lưu thông tốt, biến chứng này không nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống và sự phục hồi sau mổ. Cho đến nay, cơ chế của tổn thương này vẫn chưa được làm sáng tỏ. Nó được cho là có liên quan đến biến chứng rò tụy hoặc nhiễm khuẩn trong ổ bụng, và cũng không có biện pháp hiệu quả nào để ngăn chặn hay điều trị. Theo Emmanuel Melloul và cộng sự (2020), những bệnh nhân chậm lưu thông dạ dày - hồng tràng kéo dài (độ C) cần có biện pháp dinh dưỡng tĩnh mạch hoặc qua sonde để cải thiện tình trạng chung của người bệnh [5].

Trong nghiên cứu gặp chậm lưu thông dạ dày - hồng tràng ở 4 trường hợp (6,6%) và tất cả đều ở độ B. Trong số đó, 3/4 bệnh nhân được đặt lại dịch vị, truyền dịch trong khoảng 5-7 ngày sau đó cho ăn lại, tiêu hóa lưu thông tốt. Một trường hợp được đặt sonde mũi hồng tràng bơm ăn qua sonde trong 1 tuần sau đó kết hợp tập ăn đường miệng và bơm qua sonde.

Phân độ biến chứng chung theo Dindo: Như đã đề cập ở trên, trong thời gian gần đây tỷ lệ tử vong phẫu thuật sau mổ cắt khối tá tụy đã giảm đáng kể (dưới 5%) nhưng biến chứng sau mổ còn cao (25 - 55%). Đây là nguyên nhân làm tăng thời gian nằm viện sau mổ cũng như chi phí điều trị. Để thống nhất trong đánh giá mức độ các biến chứng, phân độ biến chứng chung sau mổ của Dindo được sử dụng rộng rãi. Theo thang điểm này độ I, II được xem là biến chứng nhẹ (điều trị bảo tồn), biến chứng nặng

là các biến chứng từ độ III trở lên (can thiệp thủ thuật hoặc phẫu thuật) [6].

Trong nghiên cứu, biến chứng theo phân loại Dindo gặp với tỷ lệ 55,7%, tuy nhiên phần lớn là độ I, II không cần điều trị gì đặc biệt (39,4%). Đây là những trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, rò tụy hay chảy máu mức độ nhẹ. Điều trị những bệnh nhân này chỉ là dùng thuốc, truyền đạm, máu, bổ sung điện giải. Biến chứng độ III trở lên gặp với tỷ lệ 16,3%, trong đó tử vong phẫu thuật 1 trường hợp (độ V), bệnh nhân tổn thương động mạch gan trong mổ. Từ đó cho thấy, trong phẫu thuật cần quan tâm các biến đổi giải phẫu đồng thời hạn chế phẫu tích động mạch gan để tránh những tai biến không đáng có.

4.3. Nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện sau mổ là khoảng thời gian để bệnh nhân phục hồi, điều trị các biến chứng (nếu có). Thông thường, nếu không xảy ra những biến chứng cần điều trị người bệnh có thể ra viện sau 10 ngày, khi đã có thể ăn uống, đi lại tốt. Kết quả nghiên cứu có thời gian nằm viện trung bình sau mổ $18,6 \pm 7,2$ ngày, ngắn nhất 9 ngày và dài nhất 40 ngày. Kết quả nghiên cứu ở Bảng 4 cho thấy 76,7% các trường hợp có thời gian nằm viện sau 2 tuần.

Thống kê của Sperling và cộng sự (2016), cắt khối tá tụy, vét hạch tiêu chuẩn có thời gian phẫu thuật trung bình $16 \pm 6,8$ ngày, tác giả nhận thấy nhóm vét hạch mở rộng có thời gian nằm viện sau mổ dài hơn nhưng sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p=0,282$) [7].

4.4. Phân loại kết quả chung

Kết quả nghiên cứu ở Biểu đồ 1 cho thấy 85,3% các bệnh nhân có kết quả tốt và khá, kết quả trung bình ở 11,5% và kết quả xấu là 3,3%. Cách phân loại kết quả phẫu thuật như vậy cũng được một số tác giả trong nước đề cập đến. Trong nghiên cứu của tại Bệnh viện Trung ương Huế của tác giả Hồ Văn Linh (2016) có kết quả trước khi bệnh nhân ra viện: Gồm 79,5% xếp loại tốt, 18,2% loại khá và 2,3% loại trung bình không có loại xấu hay tử vong. Phạm Thế Anh (2013) nhận thấy 73,3% bệnh nhân có kết quả tốt; 26,7% kết quả khá, không có kết quả trung bình và kết quả xấu.

4.5. Thời gian sống toàn bộ

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian sống thêm trung bình là $29,98 \pm 2,54$ tháng (95% CI: 25,01 - 34,96), tỷ lệ sống sau 1 năm và 3 năm lần lượt là 79,2% và 39,5%. Cũng theo kết quả Biểu đồ 2 cho thấy, sau 3 năm tỷ lệ sống sau mổ không giảm đi vì đa số chết trước 3 năm, những bệnh nhân sống sau 3 năm có xu hướng ổn định. Tuy nhiên do cỡ mẫu của nghiên cứu chưa đủ lớn, thời gian theo dõi chưa đủ dài nên chưa thể kết luận chính xác hơn.

Nghiên cứu của Jin He và cộng sự (2018) có tỷ lệ sống sau mổ 5 năm và 10 năm lần lượt là 20,4% và 15,5%. Cũng theo tác giả các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống sau mổ 5 năm như diện cắt dương tính (R1), kích thước $u > 4\text{cm}$, di căn > 5 hạch lympho và tế bào kém biệt hóa không là yếu tố tiên lượng tỷ lệ sống sau 10 năm [8].

Biểu đồ 3 so sánh tỷ lệ sống sau mổ giữa nhóm ung thư tụy và ung thư ngoài tụy (ung thư Vater, đoạn thấp ống mật chủ và tá tràng) cho thấy ung thư tụy có thời gian sống ngắn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa mặt thống kê ($p=0,01$), với xác suất sống sau 18 tháng lần lượt là 36% và 73%. Như vậy, phần lớn bệnh nhân ung thư đầu tụy chết trước 18 tháng sau mổ. Kết quả tương tự trong nghiên cứu của Wiltberger và cộng sự (2018) trên 225 bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy bao gồm 55,1% ung thư của đầu tụy, 24,4% của đoạn thấp ống mật chủ, 20,4% của bóng Vater. Tác giả nhận thấy: Thời gian sống trung bình sau mổ ở nhóm ung thư của bóng Vater (23 tháng) lớn hơn của đầu tụy, tá tràng và đoạn thấp ống mật chủ (15 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) [9].

Kết quả nghiên cứu ở các Biểu đồ 4, 5 cho thấy di căn hạch và tính triệt căn phẫu thuật là yếu tố ảnh hưởng thời gian sống toàn bộ, sự khác biệt có ý nghĩa mặt thống kê với p lần lượt là 0,01 và 0,001. Một điểm yếu nữa trong nghiên cứu là chưa đánh giá được vai trò của sự di căn từng nhóm hạch. Tuy nhiên, thông tin này chỉ mang tính tham khảo và nghiên cứu, trong thực hành lâm sàng chỉ cần đánh giá đã có di căn hạch chưa và số lượng hạch di căn.

Zakaria và cộng sự (2020), trong phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố ảnh hưởng thời gian sống

gồm bệnh lý kết hợp, chỉ số CA 19,9 tăng cao (> 400), kích thước khối u $> 3\text{cm}$, ung thư kém biệt hóa, di căn hạch và xâm lấn bạch huyết, thần kinh. Kết quả phân tích đa biến, các yếu tố tiên lượng độc lập thời gian sống sau mổ là khối u $> 3\text{cm}$, ung thư kém biệt hóa và xâm lấn quanh thần kinh [10].

5. Kết luận

Từ các kết quả nghiên cứu cho thấy, cắt khối tá tụy vét hạch tiêu chuẩn là kỹ thuật khả thi và an toàn trong giới hạn cho phép với tỷ lệ biến chứng chung 55,7%, kết quả phẫu thuật tốt và khá đạt 85,3%. Kết quả xa còn nhiều hạn chế, yếu tố ảnh hưởng tới kết quả xa là ung thư đầu tụy, di căn hạch và phẫu thuật triệt căn R1, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1 năm và 3 năm lần lượt là 79,2% và 39,5%.

Tài liệu tham khảo

1. Ross WA and Bismar MM (2004) *Evaluation and management of periampullary tumors*. Current gastroenterology reports 6(5): 362.
2. Kathleen K. Christians, D.B.E., Sergio Pedrazzoli, Cosimo Sperti, Robert Beaulieu, Frederick Eckhauser, and Kendrick ML (2016) *Resection for Neoplasms of the Pancreas*. In Atlas of Upper Gastrointestinal and Hepato-PancreatoBiliary Surgery, P.-A. Clavien, Editor., Springer: Verlag Berlin Heidelberg: 831-871.
3. Chen JS et al (2019) *Pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy: Risk factors and preventive strategies*. Journal of Cancer Research and Therapeutics 15(4): 857.
4. Gao F et al (2016) *Risk factors and treatment for hemorrhage after pancreaticoduodenectomy: a case series of 423 patients*. Biomed Res Int 2016:2815693.
5. Melloul E et al (2020) *Guidelines for Perioperative Care for Pancreatoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Recommendations 2019*. World journal of surgery: 1-29.
6. Aziz K, Wolfgang CL, and Javed AA (2018) *Operative complications and their management following resection for pancreatic and periampullary cancers, in surgery for pancreatic and periampullary cancer*. Springer: 227-238.

7. Sperling J et al (2016) *Extended versus standard lymphadenectomy in patients undergoing pancreaticoduodenectomy for periampullary adenocarcinoma: A prospective randomized single center trial.* European Surgery 48(1): 26-33.
8. He J and Cameron JL (2018) *Pancreaticoduodenectomy for Pancreatic Cancer, Short-and Long-Term Outcomes After Kausch-Whipple and Pylorus-Preserving Resection.* The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine, and Surgery: 783-789.
9. Wiltberger G et al (2018) *Pancreaticoduodenectomy for periampullary cancer: Does the tumour entity influence perioperative morbidity and long-term outcome?* Acta Chirurgica Belgica 118(6): 341-347.
10. Zakaria H et al (2020) *Prognostic factors for long-term survival after pancreaticoduodenectomy for periampullary adenocarcinoma. A retrospective cohort study.* Annals of Medicine and Surgery.