

Kết quả cắt khối tá tụy, vét hạch tiêu chuẩn điều trị các khối u vùng đầu tụy

Outcome of pancreaticoduodenectomy with standard lymphadenectomy in treatment of tumors in pancreatic head area

Lê Văn Thành, Triệu Triều Dương, Vũ Văn Quang,
Đào Tấn Lực, Lê Văn Lợi, Hồ Văn Linh,
Vũ Ngọc Tuấn, Lê Trung Hiếu

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả gần và kết quả xa của phẫu thuật cắt khối tá tụy vét hạch tiêu chuẩn trong điều trị u vùng đầu tụy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, được thực hiện trên những bệnh nhân được chẩn đoán u vùng đầu tụy và được phẫu thuật cắt khối tá tụy vét hạch tiêu chuẩn từ tháng 6/2015 đến tháng 6/2020 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** 173 trường hợp được cắt khối tá tụy vét hạch tiêu chuẩn với độ tuổi trung bình $60,3 \pm 8$ tuổi. Triệu chứng hay gặp nhất là vàng da (82,7%), tỷ lệ phẫu thuật ở bệnh nhân lành tính là 14,6%, số hạch vét được trung bình là $12,9 \pm 5,2$ hạch, tỷ lệ di căn hạch là 44,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $229,4 \pm 42,5$ phút, tử vong phẫu thuật 3,5%, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $14,9 \pm 6,5$ ngày. Các biến chứng sau mổ hay gặp bao gồm: Rò tụy (20,8%), chảy máu tiêu hóa (13,9%), chảy máu trong ổ bụng (9,2%) và chậm lưu thông dạ dày ruột (8,1%). Thời gian sống trung bình sau mổ của nhóm bệnh nhân ung thư là 36 tháng, tỷ lệ sống sau mổ 3 năm và 5 năm lần lượt là 42,2% và 38,9%. **Kết luận:** Cắt khối tá tụy vét hạch tiêu chuẩn là kỹ thuật an toàn tương đối và hiệu quả trong điều trị các bệnh lý vùng đầu tụy.

Từ khóa: Cắt khối tá tụy, vét hạch.

Summary

Objective: To evaluate the outcome of standard lymphadenectomy during pancreaticoduodenectomy in treatment patients with tumors in pancreatic-head area. **Subject and method:** A prospective, descriptive study on 173 patients who underwent pancreaticoduodenectomy with standard lymphadenectomy for tumors in pancreatic head area from July 2015 to July 2020 in 108 Military Central Hospital. **Result:** The average age was 60.3 ± 8 years, jaundice was the most common symptom (82.7%), histological showed 14.6% benign lesions, the average number of lympho node dissected was 12.9 ± 5.2 , lympho node metastasis rate was 44.7%. The average operative time was 229.4 ± 42.5 minutes, mortality rate was 3.5% and postoperative hospital stay was 14.9 ± 6.5 days. Major complications included: Pancreatic fistula (20.8%), intraluminal bleeding (13.9%), abdominal cavity bleeding (9.2%) and delayed gastric emptying (8.1%). The average survival time was 36 months and the 3, 5-years overall survival rates were 42.2%,

Ngày nhận bài: 04/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 07/3/2021

Người phản hồi: Hồ Văn Linh, Email: hovanlinhb3108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

38.9% respectively. *Conclusion:* Standard lymphadenectomy during pancreaticoduodenectomy is safe and effective procedure in treatment of lesions in pancreatic-head area.

Keywords: Pancreaticoduodenectomy, lymphadenectomy.

1. Đặt vấn đề

Cắt khối tá tụy vét hạch tiêu chuẩn là chỉ định điều trị triệt căn tuyệt đối với các khối u vùng đầu tụy. 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 được này được xem là an toàn ở những trung tâm lớn với tỷ lệ tử vong từ 3 - 5%, nhiều báo cáo không có bệnh nhân tử vong. Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng sau mổ còn cao (từ 40 - 54%), trong đó ghi nhận khoảng 33% các bệnh nhân xuất hiện các biến chứng liên quan đến rò tụy (chảy máu muôn sau mổ, áp xe dư, nhiễm khuẩn vết mổ) [1], [2], [3].

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 có những 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% [4].

Vét hạch tiêu chuẩn trong cắt khối tá tụy theo đồng thuận của Hội nghiên cứu Phẫu thuật Tụy quốc tế (International Study Group on Pancreatic Surgery (ISGPS)) đã được áp dụng ở hầu hết các trung tâm ngoại khoa. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật cũng như tiên lượng xa của nhóm bệnh ung thư vùng đầu tụy.*

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 vét hạch tiêu chuẩn tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 6/2015 đến tháng 6/2020. Bệnh nhân được áp dụng qui trình chẩn đoán, phẫu thuật và giải phẫu bệnh thống nhất.

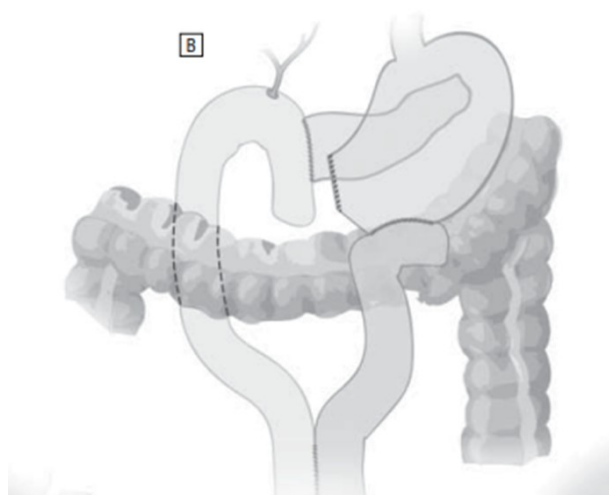
2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng hoặc siêu âm nghi ngờ u vùng đầu tụy được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng đa dãy có tiêm thuốc cản quang hoặc cộng hưởng từ (CHT) mật tụy (khi bệnh nhân dị ứng thuốc cản quang). Khi hình ảnh CLVT không rõ, người bệnh được chỉ định siêu âm nội soi, kết hợp sinh thiết.

Chỉ định phẫu thuật: Chỉ định phẫu thuật dựa trên chẩn đoán hình ảnh. Phẫu thuật được đặt ra khi hình ảnh CLVT nghi ngờ 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) + vét 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. Phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Roux en Y, tụy và mật được nối cùng vào 1 quai hồng tràng, dạ dày nối vào 1 quai khác (Hình 1). Lượng máu mất trong mổ được ước lượng bằng số dịch hút ra bình + số gạc thấm - số dịch đổ vào.



Hình 1. Phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Roux en Y

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.

Chảy máu sau mổ được định nghĩa bởi ISGPS 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 ($\text{Hb} \leq 30\text{g/l}$), 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 [5].

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

Cũng theo ISGPS 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 [5]:

Độ	Lưu sonde mũi - dạ dày	Số ngày sau mổ không ăn được thức ăn đặc	Nôn hoặc giãn dạ dày
A	4 - 7 ngày hoặc đặt lại sau N3	7	$\pm$
B	8 - 14 ngày hoặc đặt lại sau N7	14	+
C	> 14 ngày hoặc đặt lại sau N14	21	+

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.

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.

3. Kết quả

Từ tháng 6/2015 đến tháng 6/2020 có 173 trường hợp mổ mở cắt khối tá tụy, vét hạch tiêu chuẩn được thực hiện. Độ tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu là $60,3 \pm 8$ tuổi (40 - 75); tỷ lệ nam/nữ là 1,2; chỉ số khối cơ thể trung bình là $21 \pm 2,4$ (16,3 - 27,3).

Bảng 1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân		Số bệnh nhân (n = 173)	Tỷ lệ %
Triệu chứng lâm sàng	Vàng da	143	82,7
	Đau thượng vị	125	72,3
	Gầy sút cân	72	41,6
Lành tính	U tuyến lành tính	7	4
	Thần kinh nội tiết	3	1,7
	U đặc giả nhú	4	2,3
	Viêm tụy mạn	9	5,2
Ung thư	Đầu tụy	57	32,9
	Bóng Vater	52	30
	Đoạn thấp OMC	32	18,5
	Tá tràng	9	5,2

Số hạch phẫu tích được trung bình là $12,9 \pm 5,2$ hạch (5 - 31).

Tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch là 44,7%.

Nhận xét: Vàng da là triệu chứng hay gặp nhất, tỷ lệ bệnh lành tính là 14,6%, trong đó hay gặp nhất là viêm tụy mạn.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Tai biến	Số bệnh nhân (n = 173)	Tỷ lệ %
Tổn thương động mạch gan	8	4,6
Tổn thương tĩnh mạch mạc treo tràng trên	10	5,8
Tổn thương động mạch mạc treo tràng trên	2	1,2

Thời gian phẫu thuật trung bình: $229,4 \pm 42,5$ phút (150 - 315 phút).

Lượng máu mất trung bình trong mổ: 289 ± 147 ml (70 - 700ml).

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: $14,9 \pm 6,5$ ngày (9 - 40 ngày)

Nhận xét: Tai biến trong mổ hay gặp nhất là tổn thương động mạch gan và tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Thời gian nằm viện sau mổ khoảng 2 tuần.

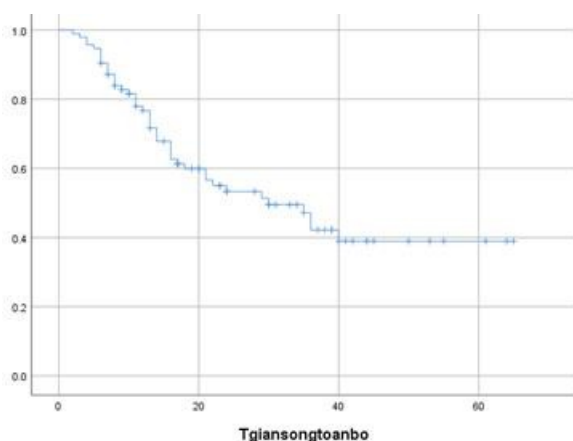
Bảng 3. Kết quả sớm sau mổ

Biến chứng sau mổ		Số bệnh nhân (n = 173)	Tỷ lệ %
Biến chứng chung theo Dindo	Độ I	23	13,3
	Độ II	26	15,0
	Độ III	9	5,2
	Độ IV	5	2,9
	Độ V	6	3,5
Rò tụy	Độ A	38	22
	Độ B	29	16,8
	Độ C	7	4

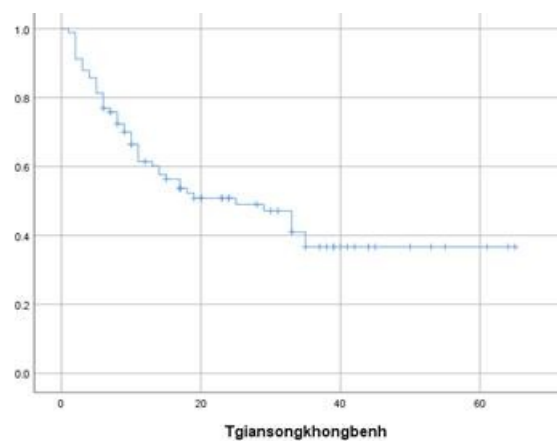
Bảng 3. Kết quả sớm sau mổ (Tiếp theo)

Biến chứng sau mổ		Số bệnh nhân (n = 173)	Tỷ lệ %
Chảy máu tiêu hóa	Độ A	9	5,2
	Độ B	20	11,6
	Độ C	4	2,3
Chảy máu trong	Độ A	13	7,5
	Độ B	8	4,6
	Độ C	8	4,6
Chậm lưu thông dạ dày ruột	Độ A	3	1,7
	Độ B	12	6,9
	Độ C	2	1,2

Nhận xét: Biến chứng từ độ III trở lên theo phân loại Dindo là 11,6%; rò tụy độ A và chảy máu tiêu hóa độ B hay gặp nhất.



Thời gian sống toàn bộ



Thời gian sống không bệnh

Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm của nhóm ung thư biểu mô tuyến

Nhận xét: Thời gian sống trung bình 36 tháng, tỷ lệ sống sau 5 năm là 38,9%, thời gian sống không bệnh trung bình 32,4 tháng, tỷ lệ tái phát sau 5 năm là 63,3%.

4. Bàn luận

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là $60,3 \pm 8$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1,2. Đa số bệnh nhân có độ tuổi từ 51 tới 70 tuổi (76%). Trong nghiên cứu ít gặp bệnh nhân trên 75 tuổi do chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy ở những trường hợp cao tuổi cần cân nhắc thực hiện ở những trường hợp cụ thể. Ở nhóm bệnh này phẫu thuật chỉ đặt ra ở những bệnh nhân còn có thể trạng tốt (ASA I, II). Mặc dù nghiên cứu của Radu Scurtu (2005) cho thấy kết quả

sớm phẫu thuật cắt khối tá tụy ở bệnh nhân > 70 tuổi là an toàn và khả thi [6]. Tuy nhiên, trong điều kiện người Việt Nam thì đây vẫn còn là một thách thức lớn do nguy cơ các biến chứng toàn thân, bệnh phổi hợp. BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $21 \pm 2,4$, như vậy phần lớn người bệnh có chỉ số khối cơ thể bình thường. Đây là một yếu tố thuận lợi cho phẫu thuật vì ở những bệnh nhân béo khó khăn để bóc lộ các mạch máu, đồng thời nhu mô tụy thường mủn nát là yếu tố nguy cơ cho việc thực hiện miệng nối tụy.

Nghiên cứu cho thấy: Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là vàng da (82,7%), tiếp theo là đau bụng thượng vị (72,3%), gầy sút cân (46,1%). Kết quả này cũng tương tự thống kê của Porta (2005): Đau bụng

79%, chán ăn 83%, gầy sút cân 85%, mệt mỏi 86%, vàng da 56% [7]. Tuy nhiên, các triệu chứng này thường không đặc hiệu, có thể nhầm với rất nhiều bệnh khác như viêm gan, huyết tán. Trong nhóm nghiên cứu có một trường hợp bệnh nhân vào viện được chẩn đoán viêm gan nhiễm độc, điều trị ở khoa truyền nhiễm một thời gian không hết vàng da, bệnh nhân được chụp phim CLVT phát hiện u bóng Vater sau mới chuyển phẫu thuật.

Nghiên cứu có tỷ lệ phẫu thuật ở bệnh nhân lành tính là 14,6%, trong các nguyên nhân ác tính hay gặp nhất là ung thư đầu tụy (32,9%), sau đó là ung thư bóng Vater (30%), ung thư đoạn thấp ống mật chủ (18,5%), và ung thư tá tràng ít nhất (5,2%). Việc ứng dụng kỹ thuật CLVT đa dây được cho là giúp làm giảm đáng kể tỷ lệ bệnh nhân lành tính phải phẫu thuật cắt khối tá tụy (trong một nghiên cứu của nhóm nghiên cứu ở thời điểm trước năm 2015 thì tỷ lệ này là 22,5%). Nghiên cứu của Craig P (2006) có 27% các trường hợp cắt khối tá tụy do các nguyên nhân viêm, không phải ung thư. Điều này có thể lý giải là do triệu chứng của các tổn thương lành tính giống với một khối u ác tính vùng này mà trước mổ không thể phân biệt được. Trong đó viêm tụy tự miễn được xem là chẩn đoán phân biệt quan trọng của ung thư vùng đầu tụy, có biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh giống với ung thư tụy. Chẩn đoán phân biệt bằng xét nghiệm định lượng IgG4 trong huyết thanh, ở bệnh nhân viêm tụy tự miễn IgG4 tăng cao.

Trong nghiên cứu, tai biến trong mổ gồm tổn thương động mạch gan, tĩnh mạch và động mạch mạc treo tràng trên. Các trường hợp tổn thương tĩnh mạch (chiếm 5,8%) thường được xử lý khâu cầm máu trong mổ bằng chỉ prolene 5.0 hoặc 6.0. Với các trường hợp tổn thương động mạch gan (4,6%) có 2 trường hợp phải cắt, khâu tái tạo động mạch gan trong mổ. Sáu trường hợp khác chỉ khâu cầm máu động mạch gan, sau mổ có 2 bệnh nhân xuất hiện chảy máu dữ dội do vỡ giả phình động mạch gan (được chụp mạch xác định chẩn đoán). Hai trường hợp này đều được mổ lại cầm máu, tái tạo động mạch gan bằng ghép đoạn tĩnh mạch hiển; bệnh nhân tử vong vì suy đa tạng. Tai biến tổn thương động mạch gan cũng được một số tác giả đề cập đến, nguy cơ tổn thương động mạch được các tác

giả đưa ra là viêm tụy mạn và biến đổi giải phẫu động mạch gan.

Trong nhóm nghiên cứu gặp 2 trường hợp tổn thương động mạch tá tụy dưới ở sát động mạch mạc treo tràng trên, được xử trí khâu cầm máu bằng chỉ prolene 6.0. Đây cũng là một tai biến được mô tả nhiều trong y văn, đôi khi tổn thương không phát hiện được trong mổ bệnh nhân biểu hiện chảy máu sau mổ có thể hình thành ổ máu tụ lớn thành bụng sau. Chính vì vậy động mạch tá tụy dưới nên được bộ lộ riêng để thắt trong mổ.

Thống kê cho thấy thời gian mổ trung bình $229,4 \pm 42,5$ phút, lượng máu mất trong mổ trung bình 289 ± 147 ml. So với Radu Scurtu (2006), nhóm nghiên cứu có thời gian mổ ngắn hơn. Tác giả nghiên cứu phẫu thuật cắt khối tá tụy trên người lớn tuổi có thời gian phẫu thuật trung bình của 2 nhóm nghiên cứu lần lượt là 431 ± 94 phút và 434 ± 126 phút. Stefano Andrianello (2015) nghiên cứu phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị ung thư đoạn thấp ống mật chủ thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 393 ± 110 phút). Điều này có thể lý giải là do phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có chỉ số BMI bình thường và việc thực hiện vét hạch tiêu chuẩn góp phần rút ngắn thời gian mổ hơn so với vét hạch mở rộng của các tác giả khác.

Biến chứng chung sau mổ theo phân loại Dindo là 39,9%, tuy nhiên đa số là biến chứng nhẹ không cần can thiệp điều trị đặc biệt (độ I, II) chiếm 28,3%, các biến chứng nặng cần can thiệp điều trị (độ III - V) chiếm 11,6% trong đó tử vong 6 trường hợp chiếm 3,5%. Kết quả này cũng được xem là tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Bích (2009), tỷ lệ tử vong 4,59%, nghiên cứu của Karim (2018) tử vong 4%, rò tụy 21,4%, chảy máu sau mổ 12,2%. Bộ ba biến chứng được cho là liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật là rò tụy, chảy máu và chậm lưu thông dạ dày ruột. Trong nghiên cứu, rò tụy độ B, C là 20,8%, chảy máu tiêu hóa độ B, C là 13,9%, chảy máu trong ổ bụng là 9,2%, chậm lưu thông dạ dày ruột độ B, C là 9,2%. Kết quả cũng tương đương nghiên cứu của Hazem (2020) và cộng sự gặp rò tụy độ B, C (13%), chảy máu sau mổ (6,6%), chậm lưu thông dạ dày ruột (16,6%) [3], [4], [8].

Rò tụy là biến chứng chủ yếu làm kéo dài ngày nằm điều trị và được cho là nguyên nhân của các biến chứng khác như chảy máu do hoại tử vào mạch máu, áp xe dư, nhiễm khuẩn vết mổ và chậm lưu thông dạ dày - ruột. Đã có nhiều nghiên cứu được tiến hành nhằm giảm tỷ lệ rò tụy nhưng tỷ lệ này vẫn còn cao. Các yếu tố nguy cơ của rò tụy sau mổ được thống kê gồm ống tụy nhỏ và nhu mô tụy mềm. Trong nhóm nghiên cứu có 7 trường hợp rò tụy phải mổ lại làm lại miệng nối và dẫn lưu trong đó 4 trường hợp bệnh nhân ổn định ra viện, 3 trường hợp tử vong do rò tụy tái diễn biến chứng nhiễm khuẩn, chảy máu nặng sau mổ [3].

Bên cạnh biến chứng sớm sau mổ, thời gian sống sau mổ cũng là một chỉ số được quan tâm ở nhóm bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy. Các nghiên cứu đã chỉ ra tiên lượng sau mổ của nhóm bệnh này đang ngày càng được cải thiện. Serrano và cộng sự (2015) công bố một nghiên cứu so sánh kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy trong 2 giai đoạn 1991-2000 (179 bệnh nhân) và 2001 - 2010 (310 bệnh nhân). Tác giả nhận thấy thời gian sống sau mổ ở giai đoạn sau tốt hơn tỷ lệ sống sau 5 năm 27% so với 15% ở giai đoạn trước. Trong nghiên cứu, thời gian sống trung bình sau mổ của bệnh nhân là 36 tháng và tỷ lệ sống 3 năm và 5 năm sau mổ lần lượt là 42,2% và 38,9%, tỷ lệ sống không bệnh sau 5 năm là 36,7%. Nghiên cứu gần đây của Zakaria và cộng sự (2020) ở 137 bệnh nhân thấy thời gian sống trung bình sau mổ là 36 tháng, nhóm ung thư bóng vater có tỷ lệ sống sau 5 năm là 42,1%, ung thư tụy có tỷ lệ sống sau 5 năm là 24,3%. Cũng tương tự, nghiên cứu của Kang (2020) trên 1249 bệnh nhân cắt khối tá tụy điều trị ung thư vùng đầu tụy có tỷ lệ sống sau 5 năm 41,8%. Trong nghiên cứu của mình tác giả nhận thấy mặc dù kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân có độ tuổi > 75 tuổi kém hơn rõ rệt so với nhóm trẻ tuổi hơn, nhưng tỷ lệ sống sau 5 năm vẫn đạt 23,4%.

5. Kết luận

Từ các kết quả nghiên cứu cho thấy cắt khối tá tụy vét hạch tiêu chuẩn điều trị các tổn thương vùng đầu tụy an toàn tương đối với tỷ lệ tử vong 3,5%, rò tụy độ B, C là 20,8%, chảy máu tiêu hóa độ B, C là 13,9%, chảy máu trong ổ bụng độ B, C là 9,2% và chậm lưu thông dạ dày ruột độ B, C là 8,1%. Phẫu

thuật tỏ ra hiệu quả ở nhóm bệnh ung thư vùng đầu tụy với thời gian sống trung bình sau mổ là 36 tháng, tỷ lệ sống 3 năm và 5 năm sau mổ lần lượt là 42,2% và 38,9%.

Tài liệu tham khảo

1. Kamisawa T and Okamoto A (2008) *Clinical diagnosis of periampullary carcinoma, in Diseases of the Pancreas*. Springer: 771-777.
2. William AR and Mike MB (2004) *Evaluation and management of periampullary tumors*. Current gastroenterology reports 6(5): 362.
3. Sherko A, Molah K et al (2018) *The outcomes and complications of pancreaticoduodenectomy (Whipple procedure): Cross sectional study*. International Journal of Surgery, 52: p. 383-387.
4. Hazem Z et al (2020) *Prognostic factors for long-term survival after pancreaticoduodenectomy for periampullary adenocarcinoma. A retrospective cohort study*. Annals of Medicine and Surgery.
5. Claudio B 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. Porta M, Fabregat X, Malats N et al (2005) *Exocrine pancreatic cancer: symptoms at presentation and their relation to tumour site and stage*. Clin Transl Oncol 7: 189.
7. Serrano PE et al (2015) *Improved long-term outcomes after resection of pancreatic adenocarcinoma: A comparison between two time periods*. Annals of Surgical Oncology 22(4): 1160-1167.
8. Nguyễn Ngọc Bích (2009) *Kết quả của phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng tại Khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai*. Tạp chí Y học Thực hành (667), số 7/2009.
9. 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.
10. Kang JS et al (2020) *Short- and long-term outcomes of pancreaticoduodenectomy in elderly patients with periampullary cancer*. Ann Surg Treat Res 98(1): 7-14.