

CẮT KHỐI TÁ TỤY CẤP CỨU KHÔNG DO CHẤN THƯƠNG: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Văn Quỳnh¹, Nguyễn Văn Mạnh¹, Lê Trung Hiếu^{2}*

Tóm tắt

Cắt khối tá tụy là phẫu thuật khó, phức tạp, nguy cơ biến chứng sau mổ cao. Cắt khối tá tụy cấp cứu không do chấn thương được thực hiện với các trường hợp biến chứng của khối u quanh bóng Vater như tắc nghẽn, chảy máu... hoặc tai biến của thủ thuật nội soi mật tụy ngược dòng (endoscopic retrograde cholangio pancreatography - ERCP). Ca lâm sàng của chúng tôi là bệnh nhân (BN) nữ, 47 tuổi, tiền sử không có bệnh mạn tính, vào viện với tình trạng sốc mất máu do xuất huyết tiêu hóa trên từ khối u ở D2 tràng. BN được truyền máu, hồi sức và phẫu thuật cắt khối tá tụy cấp cứu trong tình trạng huyết động không ổn định. Hậu phẫu BN ổn định, ra viện sau 8 ngày. Qua trường hợp này, chúng tôi nhận thấy cắt khối tá tụy cấp cứu ở những BN không chấn thương là khả thi đối với những trường hợp được chọn lọc.

Từ khóa: U quanh bóng vater; U tá tràng xuất huyết; Cắt khối tá tụy cấp cứu.

EMERGENCY PANCREATODUODENECTOMY IN NON-TRAUMATIC PATIENTS: A CASE REPORT

Abstract

Pancreaticoduodenectomy is a difficult and complicated surgery with high risks of postoperative complications. Emergency pancreaticoduodenectomy in non-traumatic patients is performed in cases of complications of tumors around the ampulla of Vater, such as obstruction, bleeding, etc, or complications of endoscopic retrograde cholangio pancreatography (ERCP). Our clinical case is a

¹Đơn vị Phẫu thuật Gan - Mật - Tụy, Khoa Ngoại bụng, Bệnh viện Quân y 175

²Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

*Tác giả liên hệ: Lê Trung Hiếu (liversurg108@gmail.com)

Ngày nhận bài: 09/6/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 25/7/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i7.1392>

47-year-old female patient with no history of chronic diseases, admitted to the hospital with hemorrhagic shock due to upper gastrointestinal bleeding from a tumor in the D2 colon. The patient was transfused, resuscitated, and underwent emergency pancreaticoduodenectomy in an unstable hemodynamic condition. The patient was stable postoperatively and discharged after 8 days. This case shows that emergency pancreaticoduodenectomy in non-traumatic patients is feasible in selected cases.

Keywords: Periapillary tumor; Duodenal tumor hemorrhage; Emergency pancreaticoduodenectomy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt khối tá tụy là phẫu thuật khó, phức tạp, nguy cơ biến chứng sau mổ cao. Cắt khối tá tụy cấp cứu được chỉ định trong 2 trường hợp là chấn thương và không do chấn thương. Cắt khối tá tụy cấp cứu không do chấn thương hiếm gặp, được chỉ định trong các trường hợp biến chứng của khối u quanh bóng Vater như tắc nghẽn, chảy máu... hoặc tai biến của thủ thuật ERCP.

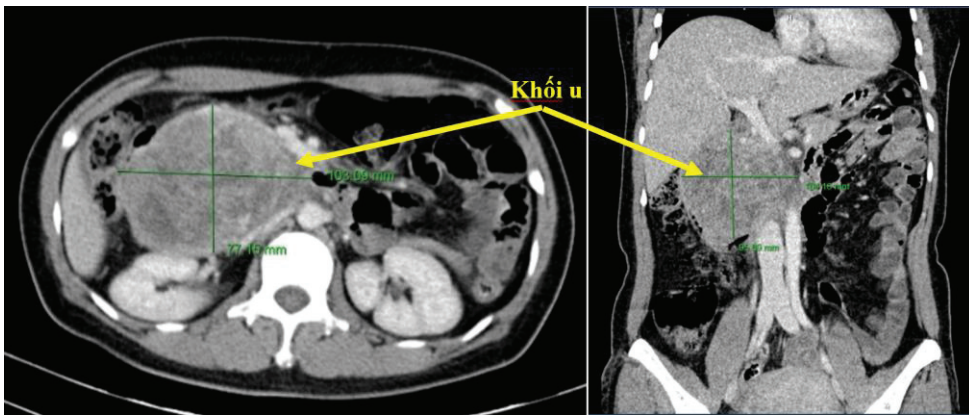
Ca lâm sàng của chúng tôi là một trường hợp sốc mất máu do chảy máu khối u ở D2 tá tràng kích thước lớn, BN được phẫu thuật cắt khối tá tụy cấp cứu, hậu phẫu ổn định và ra viện.

Chúng tôi báo cáo ca bệnh này nhằm: *Chia sẻ kinh nghiệm về phẫu thuật cắt khối tá tụy trong tình huống cấp cứu mà nguyên nhân không phải do chấn thương.*

GIỚI THIỆU CA BỆNH

BN nữ, 47 tuổi, tiền sử không có bệnh mạn tính, phát hiện khối u ở D2 tá tràng đã lâu nhưng không điều trị. Trước khi vào viện 5 tiếng, BN xuất hiện hoa mắt chóng mặt, đi cầu phân đen nhiều. Khám BN lúc vào viện thấy mạch nhanh 130 lần/phút, huyết áp < 90mmHg, xét nghiệm công thức máu hồng cầu 1,57 T/L, huyết sắc tố 44 g/L.

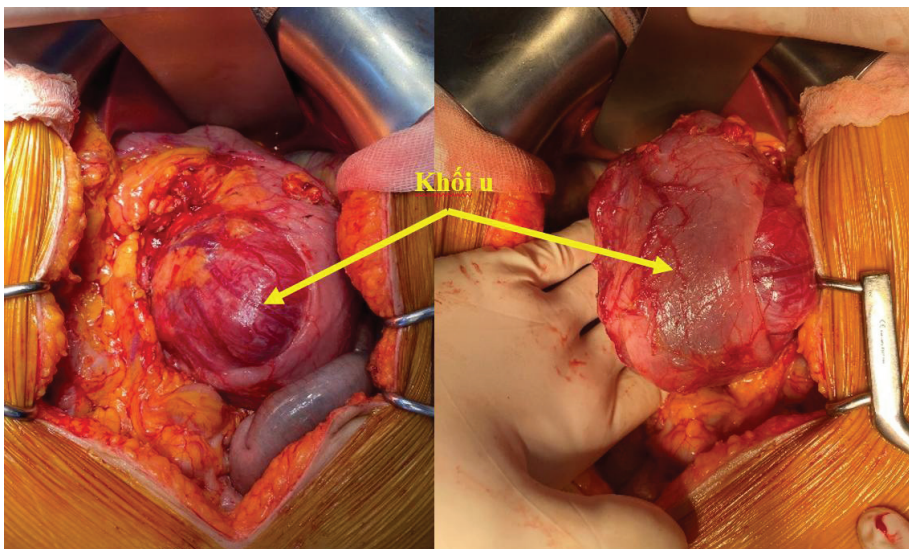
BN được hồi sức, truyền máu và làm thêm các xét nghiệm chẩn đoán. Nội soi dạ dày phát hiện khối u ở D2 tá tràng có điểm chảy máu không thể cầm máu qua nội soi được. Trên phim cắt lớp vi tính phát hiện khối u khoảng 10cm ở D2 tá tràng, có dấu hiệu thoát thuốc, vị trí thoát thuốc không thể can thiệp nút mạch.



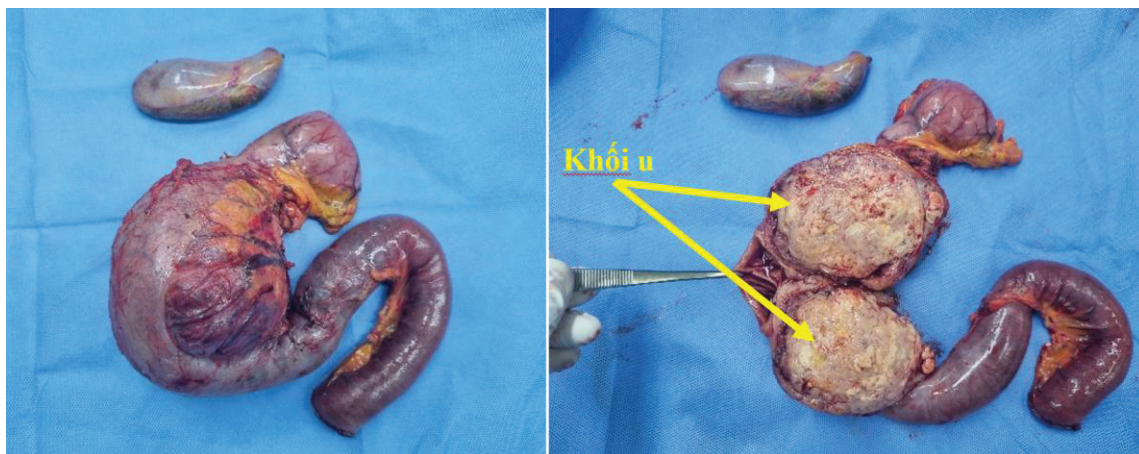
Hình 1. Khối u trên phim cắt lớp vi tính.

BN được chẩn đoán "Sốc mất máu do xuất huyết tiêu hóa trên mức độ nặng từ khối u ở D2 tá tràng". BN được hội chẩn và phẫu thuật cắt khối tá tụy cấp cứu, tại thời điểm phẫu thuật hồng cầu 2,79 T/L, huyết sắc tố 81 g/L, huyết động BN chưa ổn định. Trong mổ, chúng tôi nhanh chóng làm thủ thuật Kocher di động đầu tụy tá tràng ra khỏi tĩnh mạch chủ dưới, sau đó tiếp tục vào hậu cung mạc nối

phẫu tích bờ dưới tụy bộc lộ tĩnh mạch mạc treo tràng trên để đánh giá nhanh sự xâm lấn của khối u. Sau khi thấy khối u không xâm lấn vào mạch máu, chúng tôi chủ động cắt rời khối đầu tụy tá tràng ra ngoài trước để hạn chế mất máu nhiều từ khối u và cũng tạo thuận lợi cho việc vét hạch sau đó. Trong quá trình mổ, BN vẫn tiếp tục được truyền máu, huyết động dần trở lại ổn định khi kết thúc cuộc mổ.



Hình 2. Khối u trong mổ, u ở D2 tá tràng.



Hình 3. Bệnh phẩm sau mổ.

Hậu phẫu diễn biến của BN ổn định, không ghi nhận biến chứng và ra viện sau 8 ngày điều trị. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u mô đệm đường tiêu hóa (gastrointestinal stromal tumor - GIST).

BÀN LUẬN

Cắt khối tá tụy cấp cứu không phải là khái niệm mới, tuy nhiên, ít được mô tả trong y văn. Trong khi tỷ lệ tử vong của cắt khối tá tụy thường quy đã giảm đáng kể trong ba thập kỷ qua, với tỷ lệ biến chứng < 5% ở các trung tâm lớn, tỷ lệ này vẫn cao đối với cắt khối tá tụy cấp cứu, cho đến gần đây vẫn báo cáo tỷ lệ tử vong là 30 - 40% [1].

Ca lâm sàng của chúng tôi là một trường hợp có biến chứng xuất huyết tiêu hóa từ khối u ở D2 tá tràng. Trong trường hợp này, kinh nghiệm can thiệp mạch và nội soi cầm máu của bệnh viện chúng tôi chưa nhiều, hơn nữa BN đang trong tình trạng huyết động không ổn định cũng là chống chỉ định của can

thiệp mạch. Bên cạnh đó, vùng đầu tụy tá tràng có rất nhiều vòng nối mạch máu, lựa chọn vị trí can thiệp mạch để khối u hết chảy máu là rất khó khăn, còn nếu cố nút hết các nhánh mạch máu thì có nguy cơ hoại tử tá tràng, do đó việc can thiệp mạch khó khả thi. Trên phim cắt lớp vi tính, điểm thoát thuốc từ khối u rõ, nội soi dạ dày tá tràng thấy khối u vẫn đang chảy máu, như vậy tình trạng chảy máu vẫn còn tiếp diễn, nếu chỉ đơn thuần điều trị cầm máu nội khoa và truyền máu sẽ khó đạt được kết quả, do đó chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy được đặt ra.

Từ năm 2002, tác giả Kaspar Z'graggen và CS đã nhận thấy phẫu thuật cắt khối tá tụy cấp cứu có thể được xem xét trong

những trường hợp đặc biệt, bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm phẫu thuật tụy, nhưng các điều kiện không thuận lợi trước mổ nên được đưa vào kế hoạch phẫu thuật để đánh giá rủi ro [2].

Tác giả Germana Lissidini (2015) kết luận phẫu thuật cắt khối tá tụy cấp cứu là phẫu thuật hiệu quả, có thể cứu sống BN, được chỉ định cho các trường hợp chấn thương đầu tụy - tá tràng, thủng và chảy máu mà không thể kiểm soát bằng phương pháp ít xâm lấn hơn. Phẫu thuật này nên được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có trình độ kinh nghiệm cao trong phẫu thuật gan mật tụy, cũng như tại các trung tâm chấn thương [1]. Tại trung tâm của chúng tôi, kinh nghiệm phẫu thuật tụy cũng như gây mê hồi sức đã được tích lũy trong vài năm trở lại đây, do đó chúng tôi đưa ra chỉ định phẫu thuật trong thời điểm BN vẫn còn đang hồi sức và truyền máu.

Tác giả Cristian Lupascu và CS (2017) khẳng định phẫu thuật cắt khối tá tụy cấp cứu để kiểm soát chảy máu có thể là phẫu thuật cứu sống quyết định, cho phép kiểm soát chảy máu nhanh chóng và đảm bảo cầm máu khi các phương pháp ít xâm lấn khác (nút mạch hoặc nội soi can thiệp) đã được sử dụng hết, không khả thi hoặc không an toàn. Kiểm soát mạch máu sớm bằng cách tiếp cận từ bên phải là công cụ hữu ích để kiểm soát chảy máu, giảm thiểu mất

máu trong phẫu thuật. Phương pháp này có những điểm mấu chốt. Trước hết, thực hiện thủ thuật Kocher mở rộng để bộc lộ đầu tụy vượt qua động mạch chủ, nhằm đạt được sự di động hoàn toàn mặt sau của đầu tụy tá tràng về bên trái. Tiếp đó, tĩnh mạch mạc treo tràng trên được phẫu tích ra khỏi tụy và mỏm móc, cùng với việc thắt các tĩnh mạch vị đại tràng phải và tĩnh mạch tá tụy dưới, lúc này một đường hầm được tạo ra giữa tuyến tụy và trục tĩnh mạch cửa - mạc treo tràng trên hướng về cuống gan. Phẫu tích sau tụy được thực hiện từ bờ dưới của khe Winslow dọc theo dây chằng Treitz, ở bên trái của tĩnh mạch chủ dưới, bên trên của tĩnh mạch thận trái và ở giữa, gốc của động mạch mạc treo tràng trên được bộc lộ sớm. Cách tiếp cận này giúp kiểm soát nhanh chóng và sớm đối với hệ mạch quanh tụy: Động mạch mạc treo tràng trên, tĩnh mạch cửa và các vòng mạch tụy tá tràng, nên được xem xét đặc biệt trong các trường hợp ung thư và được điều chỉnh bởi các phẫu thuật viên có trình độ kinh nghiệm cao [3].

Tác giả Felipe Bernal và CS (2018) trong ca lâm sàng của mình nhận thấy phẫu thuật cắt khối tá tụy cấp cứu là phẫu thuật phức tạp, đại diện cho thách thức phẫu thuật, trong đó cần xem xét tình trạng huyết động, cân bằng kiềm toan và sự hiện diện của rối loạn đông

máu khi quyết định thực hiện [4]. Ở trường hợp này, trước khi quyết định phẫu thuật, chúng tôi phải hỏi sức truyền máu cho BN, đánh giá kỹ các xét nghiệm và hội chẩn với bác sĩ gây mê, hỏi sức về các tình huống có thể xảy ra.

Tác giả Diana Schlanger và CS (2022) kết luận cắt khối tá tụy cấp cứu là phẫu thuật khó khăn, hiếm gặp trong các trường hợp không chấn thương, có thể là can thiệp cứu sống trong những trường hợp được chọn lọc, mang lại tỷ lệ sống lâu dài tốt [5]. Ở trường hợp của chúng tôi, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u mô đệm đường tiêu hóa, các hạch vét ra không có hạch di căn. Diễn biến sau mổ của BN không ghi nhận các biến chứng nội - ngoại khoa. Kết quả tái khám sau 6 tháng và 9 tháng, tình trạng BN ổn định, không ghi nhận bất thường nào khác.

Tác giả Kit-Fai Lee và CS (2023) cho rằng phẫu thuật cắt khối tá tụy cấp cứu liên quan đến tăng tỷ lệ biến chứng và rò tụy, nhưng vẫn được chỉ định trong các tình huống đe dọa tính mạng và có thể đạt được sự sống sót lâu dài sau phẫu thuật [6]. Theo quan điểm của chúng tôi, rò tụy xảy ra bởi nhiều yếu tố như kích thước ống tụy, tính chất nhu mô tụy, kỹ thuật nối tụy ruột, thể trạng của BN... Do đó, điều kiện huyết động lúc phẫu thuật chỉ là một yếu tố và

không đáng lo ngại. Tuy nhiên, trong trường hợp này, vì là khối u ở tá tràng nên đường mật và ống tụy chính không giãn, đây là khó khăn đối với phẫu thuật khi thực hiện miệng nối mật ruột và tụy ruột, tuy nhiên rất may là không xảy ra rò mật, rò tụy và BN ra viện chỉ sau 8 ngày điều trị.

KẾT LUẬN

Qua trường hợp này, chúng tôi nhận thấy cắt khối tá tụy cấp cứu ở những BN không chấn thương là khả thi đối với những trường hợp được chọn lọc.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Khoa Ngoại Bụng, Bệnh viện Quân y 175. Số liệu được Khoa Ngoại Bụng, Bệnh viện Quân y 175 cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Germana Lissidini, Francesco Paolo Prete, Giuseppe Piccinni, et al. Emergency pancreaticoduodenectomy: When is it needed? A dual non-trauma centre experience and literature review. *International Journal of Surgery*. 2015; 21:83-88.
2. Kaspar Z'graggen, Oliver Strobel, Bruno M. Schmied. Emergency

pancreatoduodenectomy in nontrauma patients. *Pancreas*. 2002; 24:258-263.

3. Cristian Lupascu, Ana Trofin, Mihai Zabara, et al. Emergency backwards whipple for bleeding: Formidable and definitive surgery. *Gastroenterology Research and Practice*. 2017:1-6.

4. Felipe Bernal, Sebastián Sánchez, Mauricio Pedraza, et al. Emergency pancreatoduodenectomy: Whipple or no Whipple, that is the question. *Rev Colomb Cir*. 2018; 33:111-118.

5. Diana Schlanger, Calin Popa, Andra Ciocan, et al. Emergency pancreatoduodenectomy: A non-trauma center case series. *J Clin Med*. 2022; 11:1-10.

6. Kit-Fai Lee, Janet Wui Cheung Kung, Andrew Kai Yip Fung, et al. A case series of emergency pancreaticoduodenectomies: What were their indications and outcomes? *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2023; 27:437-442.