

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TỤY, PHỤC HỒI LƯU THÔNG DẠ DÀY - HỔNG TRÀNG THEO KIỂU ROUX-EN-Y

Hồ Văn Linh^{1}, Vũ Văn Quang¹, Vũ Ngọc Viên¹, Lê Tuấn Anh²*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt khối tá tụy, phục hồi lưu thông dạ dày - hỗng tràng kiểu Roux-En-Y. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 289 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật cắt khối tá tụy, có phục hồi lưu thông tiêu hóa dạ dày - hỗng tràng kiểu Roux-En-Y từ tháng 01/2019 - 9/2024 tại Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN là $57,8 \pm 11,6$, độ tuổi 40 - 60 chiếm 76,1%, tỷ lệ nam/nữ là 1,92 (nam giới chiếm 65,7%). Bệnh lý ác tính vùng quanh bóng Vater chiếm 83,1% (12 BN có hoá trị tiền phẫu). Có 19 BN (6,5%) liên quan đến tạo hình mạch máu do khối u xâm lấn. Thời gian phẫu thuật trung bình lần lượt là $204,4 \pm 37,3$ phút (mổ mở) và 372 ± 45 phút (mổ nội soi). Biến chứng rò tụy: Độ A là 24,2%, độ B là 16,2%, độ C là 4,5%; chậm lưu thông dạ dày ruột: 4,8%, rò mật: 3,5%, nhiễm trùng vết mổ: 4,2%. Thời gian đặt ống dẫn lưu trung bình là $8,4 \pm 4,6$ ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $12,9 \pm 6,5$ ngày (dài nhất 22 ngày, ngắn nhất 7 ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt khối tá tụy với miệng nối dạ dày-hỗng tràng kiểu Roux-En-Y an toàn, hiệu quả, biệt lập với miệng nối tụy ruột, giúp BN vẫn duy trì ăn đường miệng khi có biến chứng rò tụy xảy ra.

Từ khóa: Cắt khối tá tụy; Miệng nối dạ dày - hỗng tràng Roux-En-Y; Rò tụy.

EARLY OUTCOMES OF PANCREATODUODENECTOMY WITH ROUX-EN-Y GASTROJEJUNOSTOMY

Abstract

Objectives: To evaluate the early outcome of pancreaticoduodenectomy (PD) with Roux-en-Y. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 289 patients who underwent pancreaticoduodenectomy with Roux-en-Y reconstruction with an isolated gastric limb from January 2019 to September 2024

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện đa khoa Đà Nẵng

*Tác giả liên hệ: Hồ Văn Linh (hovanlinhb3108@gmail.com)

Ngày nhận bài: 23/3/2026

Ngày được chấp nhận đăng: 15/6/2026

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v51i8.2021>

at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Military Central Hospital 108. **Results:** The average age was 57.8 ± 11.6 years, with 76.1% of patients aged between 40 - 60 years. The male-to-female ratio was 1.92, with 65.7% male patients. Malignant tumors around the ampulla of Vater accounted for 83.1% of cases, and 12 patients (4.1%) had neoadjuvant therapy. 19 cases (6.5%) required vascular reconstruction due to tumor invasion. The average surgical time was 204.4 ± 37.3 minutes for open surgery and 372 ± 45 minutes for laparoscopic surgery. The complication rates for pancreatic fistula were 24.2% (grade A), 16.2% (grade B), and 4.5% (grade C), with delayed gastric emptying observed in 4.8%, bile leakage in 3.5%, surgical site infection in 4.2%. The average duration of drain placement was 8.4 ± 4.6 days. The average postoperative hospital stay was 12.9 ± 6.5 days, ranging from 7 to 22 days. **Conclusion:** Roux-en-Y reconstruction with isolated gastric limb in pancreaticoduodenectomy is safe, effective, separating the pancreatojejunostomy, maintain oral feeding even in the presence of pancreatic fistula complications.

Keywords: Pancreaticoduodenectomy; Roux-en-Y reconstruction with isolated gastric limb; Pancreatic fistula.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt khối tá tụy được thực hiện đối với BN có khối u quanh bóng Vater và viêm tụy mạn có khối viêm đầu tụy [1]. Đây là phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi phẫu tích nhiều tạng liên quan tới các mạch máu lớn trong ổ bụng, việc phục hồi lưu thông tiêu hóa với nhiều miệng nối, vì vậy, tiềm ẩn nhiều nguy cơ biến chứng.

Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật đã giảm đáng kể trong những năm qua, tuy nhiên, biến chứng chung vẫn ở mức cao 40 - 50% [2]. Rò mật, rò tụy là biến chứng nặng sau phẫu thuật, tùy thuộc vào mức độ rò, có thể dẫn đến viêm phúc mạc, tử vong nếu không được điều trị kịp thời và hợp lý. Bên cạnh việc nuôi dưỡng tĩnh mạch, dinh dưỡng đường miệng đóng vai trò rất quan

trọng trong việc nâng cao thể trạng, góp phần tăng khả năng liền các vị trí rò này. Chậm làm rỗng dạ dày (delayed gastric emptying - DGE) cũng được xem là biến chứng hay gặp sau cắt khối tá tụy, nguyên nhân có thể liên quan đến cơ chế thần kinh, nội tiết, có hoặc không bảo tồn môn vị và miệng nối dạ dày - hồi tràng trên quai ruột biệt lập hay chung quai với các miệng nối mật tụy.

Tái lập lưu thông tiêu hóa sau cắt khối tá tụy với các miệng nối trên cùng một quai ruột hoặc kiểu Roux-En-Y khi miệng nối dạ dày - hồi tràng trên quai ruột biệt lập vẫn còn gây nhiều tranh luận tại các trung tâm lớn trên thế giới. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy, phục hồi lưu thông dạ dày - hồi tràng kiểu Roux-En-Y.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

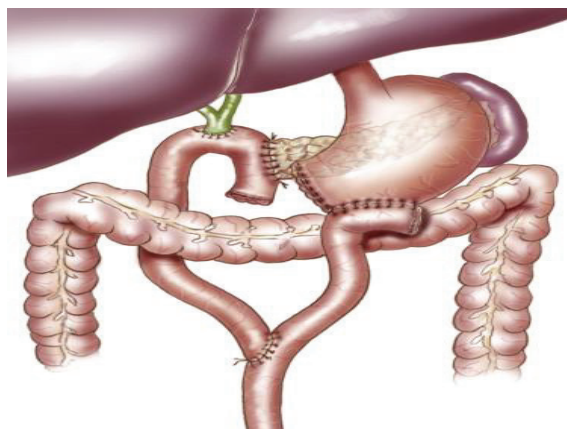
1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 289 BN được phẫu thuật cắt khối tá tụy, có phục hồi lưu thông tiêu hóa dạ dày - hỗng tràng kiểu Roux-En-Y từ tháng 01/2019 - 9/2024 tại Khoa Phẫu thuật Gan Mật Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108.

2. Phương pháp nghiên cứu

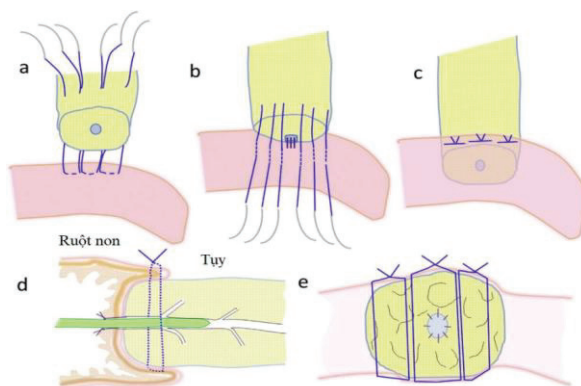
* *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* *Quy trình kỹ thuật:* Cắt khối tá tụy + 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, miệng nối tụy và mật được nối cùng vào 1 quai hỗng tràng, dạ dày nối vào 1 quai khác, không bảo tồn môn vị, thực hiện miệng nối dạ dày - hỗng tràng trước mạc treo đại tràng ngang (Hình 1).



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

Thực hiện miệng nối tụy - hỗng tràng theo Blumgart cải biên (Hình 2).



Hình 2. Kỹ thuật nối tụy - hỗng tràng theo Blumgart cải biên.

Điều trị dinh dưỡng sau mổ: Tất cả BN được rút sonde dạ dày ngay sau mổ, bắt đầu uống nước vào ngày 0 (ngày mổ), sử dụng thức ăn loãng vào ngày 1, thức ăn đặc vào ngày 2 và chế độ ăn bình thường từ ngày 3. Mục tiêu năng lượng cần đạt được là 25 kcal/kg/ngày (từ dinh dưỡng đường miệng và đường tĩnh mạch).

Biến chứng sau mổ dựa vào phân loại của Clavien-Dindo mở rộng JCOG 2016 (The Japan Clinical Oncology Group) [1].

Chảy máu sau mổ được ISGPS 2016 định nghĩa là tình trạng chảy máu bao gồm chảy máu trong ổ bụng và chảy máu tiêu hóa [3].

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 giới hạn trên nồng độ amylase huyết thanh bình thường. Rò tụy 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) [4].

Chậm lưu thông dạ dày - ruột theo ISGPS 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 trong 7 ngày sau mổ [3].

Bảng 1. Phân loại mức độ chậm lưu thông dạ dày - ruột.

Độ	Lưu sonde mũi - dạ dày	Số ngày sau mổ không ăn được thức ăn đặc	Nôn/giãn dạ dày
A	4 - 7 ngày hoặc đặt lại sau ngày 3	7	+/-
B	8 - 14 ngày hoặc đặt lại sau ngày 7	14	+
C	> 14 ngày hoặc đặt lại sau ngày 14	21	+

* *Xử lý số liệu:* Kết quả nghiên cứu được xử lý bằng các thuật toán thống kê sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện đúng theo quy định của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho phép sử dụng và công bố nhằm nâng cao chất lượng điều trị người bệnh. Nhóm nghiên cứu cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2019 - 9/2024, có 289 BN được phẫu thuật cắt khối tá tụy, vét hạch tiêu chuẩn, phục hồi lưu thông tiêu hóa theo kiểu Roux-En-Y.

Tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu là $57,8 \pm 11,6$ (36 - 82), thấp nhất là 36 tuổi, lớn tuổi nhất là 82 tuổi. Độ tuổi 40 - 60 chiếm 76,1%; tỷ lệ nam/nữ là 1,92 (nam giới chiếm 65,7%).

Bảng 2. Đặc điểm khối u quanh bóng Vater.

Đặc điểm khối u quanh bóng Vater	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Ung thư		
Đầu tụy	112	38,7
Bóng Vater	78	27,0
Đoạn thấp ống mật chủ	35	12,1
Tá tràng	15	5,3
Lành tính		
U tuyến lành tính	7	2,4
Thần kinh nội tiết	12	4,1
U đặc giả nhú	19	6,6
Viêm tụy mạn	11	3,8
Tổng	289	100

Tổn thương lành tính quanh bóng Vater chiếm tỷ lệ 16,9%, tổn thương ác tính chiếm tỷ lệ 83,1% (u đầu tụy 38,7%), 12/240 BN ung thư có hóa trị tiền phẫu (5%).

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật mở	257	88,9
Phẫu thuật nội soi		
Nội soi hỗ trợ	12	4,2
Nội soi hoàn toàn	20	6,9
Tổng	289	100

Thời gian phẫu thuật trung bình của phẫu thuật mổ mở là $204,4 \pm 37,3$ phút, phẫu thuật nội soi hoàn toàn là 372 ± 45 phút và phẫu thuật nội soi hỗ trợ là 275 ± 62 phút. Phẫu thuật mổ mở chiếm đa số với tỷ lệ 88,9%. Đối với phẫu thuật nội soi hỗ trợ: Sau khi cắt khối tá tụy, làm miệng nối mật - hồng tràng bằng phẫu thuật nội

soi, sẽ mở bụng đường trắng giữa trên rốn 6 - 8cm để thực hiện miệng nối tụy - hồng tràng, dạ dày - hồng tràng, đồng thời lấy bệnh phẩm. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi là 11,1%.

Bảng 4. Biến chứng rò tụy sau mổ

Biến chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Rò tụy sau mổ		
Độ A	70	24,2
Độ B	47	16,2
Độ C	13	4,5
Không rò tụy	159	55,1
Tổng	289	100

Tỷ lệ rò tụy chung trong nghiên cứu là 44,9%, trong đó chủ yếu là rò tụy độ A: 24,2%, rò tụy độ B: 16,2%, rò tụy độ C: 4,5%.

Bảng 5. Điều trị biến chứng rò tụy độ C.

Biến chứng	Điều trị	Số lượng (n = 13)
Rò miệng nối tụy - hồng tràng	Cắt tụy toàn bộ bảo tồn lách	4
(Rò tụy độ C)	Làm lại miệng nối tụy-hồng tràng	2
	Dẫn lưu miệng nối tụy-hồng tràng	7

Tất cả 13 BN rò tụy độ C được phẫu thuật lại, trong đó cắt tụy toàn bộ bảo tồn lách 4 BN, làm lại hoặc dẫn lưu miệng nối tụy 9 BN.

Bảng 6. Các biến chứng sau mổ khác.

Biến chứng	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Chậm lưu thông dạ dày		
Độ A	10	3,5
Độ B	3	1,0
Độ C	1	0,3
Chảy máu trong ổ bụng	5	1,7
Rò mật	10	3,5
Nhiễm trùng vết mổ	12	4,2
Áp xe tồn lưu	2	0,7
Tử vong	3	1,0

Tình trạng chậm lưu thông dạ dày mức độ A chiếm đa số với 3,4%, mức độ B: 1,0%, mức độ C: 0,4%. Có 5 BN xảy ra biến chứng chảy máu ổ bụng (3 BN can thiệp mạch và 2 BN mổ cầm máu), tỷ lệ rò mật là 3,5%, nhiễm trùng vết mổ 4,2%, áp xe tồn lưu gặp 2 BN (0,7%). Có 3 BN (1,0%) tử vong sau mổ, trong đó 2 BN rò tụy tiến triển nhiễm khuẩn nặng và hoại tử tụy, 1 BN do nhồi máu cơ tim.

Thời gian rút dẫn lưu trung bình là $8,4 \pm 4,6$ ngày.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $12,9 \pm 6,5$ ngày.

BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,8 \pm 11,6$ (lớn nhất là 82 tuổi). Độ tuổi 40 - 60 chiếm 76,1%, nam giới chiếm 65,7%. Kết quả này cũng tương đồng với các báo cáo trong nước, tuổi trung bình trong nghiên cứu của Đoàn Tiến Mỹ (2020) là $54,3 \pm 9,4$ (lớn nhất là 72 tuổi) [5], Lê Hữu Phước và CS (2018) là $55,2 \pm 11,2$ tuổi [6]. Chijiwa và CS ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng, tử vong hay thời gian sống còn sau mổ đối với BN trên 70 tuổi phải cắt khối tá tụy [7].

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy tổn thương ác tính chiếm tỷ lệ 83,1%, trong đó ung thư vị trí đầu tụy: 38,7%, bóng Vater: 27%, đoạn thấp ống

mật chủ: 12,1%, tá tràng: 5,3%. Tỷ lệ hóa xạ trị tiền phẫu là 12/240 BN. Có 16,9% BN được cắt khối tá tụy có giải phẫu bệnh sau mổ lành tính, bao gồm: U tuyến lành tính, u thần kinh nội tiết, u đặc giả nhú, viêm tụy mạn. Theo nghiên cứu của Lê Hữu Phước và CS (2018), đa số BN ung thư vị trí bóng Vater (65,9%), ung thư đầu F: 17% [6].

Trong nghiên cứu, cắt khối tá tụy được thực hiện bằng mổ mở là chủ yếu, chiếm 88,9%, phẫu thuật nội soi là 11,1%. Đối với phẫu thuật nội soi hỗ trợ: Sau khi hoàn thành cắt rời khối tá tụy, vẫn tiếp tục làm miệng nối mật - hồng tràng bằng phẫu thuật nội soi, sau đó mở bụng đường trắng giữa trên rốn 6 - 8cm để lấy bệnh phẩm, đồng thời thực hiện miệng nối tụy - hồng tràng, dạ dày- hồng tràng. Có 19 BN (6,5%) phải tạo hình tĩnh mạch cửa do khối u xâm lấn, trong đó: 5 BN cắt đoạn, 14 BN cắt thành bên (không có TH nào sử dụng đoạn mạch nhân tạo). Tất cả các miệng nối tụy - hồng tràng đều được thực hiện theo kiểu Blumgart cải biên, với 6 mũi khâu rời chỉ PDS 6/0 để nối ống tụy và niêm mạc hồng tràng (có dẫn lưu ống tụy), tùy thuộc kích thước diện cắt tụy còn lại mà khâu 3 - 4 mũi chữ U chỉ prolene 4/0 hai đầu kim xuyên qua toàn bộ nhu mô tụy. Thời gian phẫu thuật trung bình của phẫu thuật mổ mở là

204,4 ± 37,3 phút, phẫu thuật nội soi hoàn toàn là 372 ± 45 phút và phẫu thuật nội soi hỗ trợ là 275 ± 62 phút. Trong tương lai, chúng tôi sẽ tiến hành nhiều hơn các PTNS hỗ trợ, với mục tiêu đảm bảo thời gian phẫu thuật được cải thiện, đồng thời tối ưu hóa đường mổ, hạn chế vết mổ lớn và nhiễm khuẩn vết mổ; từ đó, góp phần hồi phục sớm sau mổ, giảm thời gian nằm viện, chi phí nằm viện cho BN.

Biến chứng sau cắt khối tá tụy thường đa dạng, phức tạp và khó kiểm soát; biến chứng nặng và thường gặp như rò tụy, chảy máu sau mổ, ú trệ dạ dày; biến chứng nhẹ như viêm tụy cấp sau mổ, nhiễm trùng vết mổ, rò miệng nối mật ruột,... Bằng việc theo dõi kết quả sớm sau mổ, chúng tôi nhận thấy rò tụy là biến chứng chủ yếu gặp ở 130 BN, tỷ lệ là 44,9%, trong đó chủ yếu là rò tụy độ A: 24,2%, rò tụy độ B: 16,2%, có 13 BN rò tụy độ C chiếm tỷ lệ 4,5%. Chúng tôi điều trị bảo tồn với các BN rò tụy độ A, B. Với rò tụy độ C (13 BN), xử trí như sau: Phẫu thuật lại cắt tụy toàn bộ bảo tồn lách (4/13), làm lại miệng nối tụy-hỗng tràng (2/13), khâu vị trí rò miệng nối tụy (7/13). Đối với những BN bị biến chứng rò tụy này, chúng tôi vẫn duy trì dinh dưỡng đường miệng, ngoại trừ trường hợp rò tụy gây ảnh hưởng đến tình trạng chậm lưu thông dạ dày.

Andreas ML và CS (2020) nghiên cứu 23 BN xảy ra rò tụy mức độ C trên 722 BN cắt khối tá tụy ghi nhận tỷ lệ chậm lưu thông dạ dày: 34,8% (8/23) (do tình trạng viêm phúc mạc tại chỗ bởi dịch tụy rò quanh ruột non và dạ dày), tỷ lệ tử vong khi xảy ra rò tụy mức độ C là 39,1% (9/23 BN). Xử trí biến chứng rò tụy độ C: Can thiệp mạch kết hợp phẫu thuật (4/23 BN), phẫu thuật lại cắt tụy toàn bộ bảo tồn lách (19/23), làm lại miệng nối tụy - hỗng tràng (3/23), khâu vị trí rò miệng nối tụy (1/23). Như vậy, mô tụy mềm, ống tụy nhỏ (đường kính < 3mm) là yếu tố liên quan đáng kể đến rò tụy mức độ C ($p = 0,001$ và $p = 0,00002$) [8]. Điều đáng lo ngại nhất đối với rò tụy là tình trạng ăn mòn các động mạch quanh tụy, gây nên biến chứng chảy máu ổ bụng, đe dọa tính mạng BN.

Trong y văn, tái lập lưu thông tiêu hóa Roux-en-Y sau cắt khối tá tụy được đưa ra lần đầu tiên vào năm 1976, với miệng nối tụy - hỗng tràng được thực hiện trên một quai ruột riêng biệt [9]. Sau đó, một số trung tâm cũng bắt đầu kiểu nối này, tuy nhiên đã sử dụng quai ruột biệt lập đối với miệng nối dạ dày-hỗng tràng, bởi theo lý thuyết, khi chuyển hướng dòng dịch mật, dịch tụy không đi qua miệng nối dạ dày sẽ làm giảm tình trạng chậm lưu thông dạ dày cũng như thuận lợi trong việc dinh

nuốt sớm đường miệng, giúp BN phục hồi sau mổ tốt hơn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-en-Y với miệng nối dạ dày-hỗng tràng trên quai riêng biệt cho tất cả các BN. BN được rút sonde dạ dày ngay sau mổ và bắt đầu ăn lại đường miệng từ ngày hậu phẫu thứ nhất. Ghi nhận tỷ lệ biến chứng chậm lưu thông dạ dày là 4,8% với các mức độ A, B, C lần lượt là 3,5%, 1,0%, 0,3%. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Đoàn Tiến Mỹ (2020) trên 81 BN cắt khối tá tụy có tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu cổ điển (cắt miệng nối cùng một quai ruột): Tình trạng chậm lưu thông dạ dày là 18,5%, thời điểm rút sonde dạ dày và bắt đầu ăn lại trung bình là 4,4 ngày [5]. Đối với BN chậm lưu thông dạ dày mức độ A, chúng tôi xử trí đặt lại sonde dạ dày, hút dịch ứ đọng. Khi lượng dịch giảm ít hơn 100 mL/ngày, chúng tôi bắt đầu bơm qua ống sonde nước và thức ăn loãng (khoảng 30 mL/giờ). Rút sonde dạ dày và cho BN ăn lại đường miệng nếu tình trạng ứ trệ cải thiện. Các BN chậm lưu thông dạ dày mức độ B và C thường liên quan đến những BN có rò tụy. Ngoài đặt lại sonde dạ dày, chúng tôi chụp dạ dày cản quang đánh giá mức độ giãn dạ dày và sự lưu thông của miệng nối dạ dày-hỗng tràng, những BN này được chúng

tôi để lưu sonde dạ dày lâu hơn, phối hợp sử dụng các thuốc tăng nhu động dạ dày (Prokinetic, thuốc đối kháng thụ thể D2). Chậm lưu thông dạ dày không dẫn đến tử vong sau mổ, nhưng kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và giảm chất lượng cuộc sống của BN.

Khi so sánh giữa nhóm tái lập lưu thông tiêu hóa trên cùng một quai ruột (127 BN) và Roux-en-Y (52 BN), Ishay OB và CS (2019) thấy rằng giảm tỷ lệ chậm lưu thông dạ dày chiếm 15,4% ($p < 0,001$) ở những BN được phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Roux-En-Y, đặc biệt là giảm các mức độ nặng B, C (1,9% và 0%), 1,9% được tình trạng đặt lại sonde dạ dày và không có BN nào gặp triệu chứng nôn sau rút sonde [9]. Kết quả nghiên cứu của Wu JM và CS (2019) trên 2 nhóm BN (114 BN) rò tụy sau phẫu thuật cắt khối tá tụy: Nhóm duy trì ăn đường miệng (57 BN) và nhóm ăn qua sonde dạ dày - hỗng tràng (57 BN) có kết quả lần lượt như sau: Thời gian đóng lỗ rò trung bình đều tương đương nhau (17 ngày), thời gian nằm viện: 18 so với 22 ngày, chi phí điều trị 7.798 so với 9.306 euro ($p < 0,001$) [10].

Ngoài ra, trong nghiên cứu cũng gặp tỷ lệ biến chứng rò mật là 3,5%, được xử trí bằng cách lưu ống dẫn lưu trên 2 tuần; hầu hết đều điều trị nội khoa ổn định, cung lượng dịch rò giảm dần và

được rút ống dẫn lưu sau đó. Tỷ lệ rò mật trong nghiên cứu của Lê Hữu Phước và CS (2018) là 4,5% [6]. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ là 4,2%, áp xe tồn lưu là 0,69% (BN đều được chọc dẫn lưu áp xe qua da dưới hướng dẫn của siêu âm). Có 5 BN (1,7%) chảy máu ổ bụng, trong đó 3 BN can thiệp mạch thành công, 2 BN mổ lại cầm máu (các BN chảy máu này đều liên quan đến biến chứng rò tụy sau mổ). Cuối cùng, có 3 BN tử vong (1,0%), 2 BN rò tụy tiến triển nhiễm khuẩn và hoại tử tụy, dù đã được phẫu thuật lại cắt toàn bộ tụy nhưng bệnh diễn nặng, xin ra viện với bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết nặng, những BN còn lại diễn biến nặng và tử vong ngày 2 sau mổ do nhồi máu cơ tim. Các biến chứng trên cũng được ghi nhận bởi nhiều tác giả trong và ngoài nước.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 289 BN được phẫu thuật cắt khối tá tụy có thời gian phẫu thuật mổ mở trung bình là $204,4 \pm 37,3$ phút, tỷ lệ biến chứng rò tụy độ C là 4,5%, chậm lưu thông dạ dày là 4,8%, thời gian nằm viện trung bình là $12,9 \pm 6,5$ ngày. Phục hồi lưu thông tiêu hóa với miệng nối dạ dày - hồng tràng kiểu Roux-En-Y an toàn và hiệu quả. Việc thực hiện miệng nối dạ dày biệt lập với miệng nối tụy ruột giúp BN vẫn duy trì

ăn đường miệng khi có biến chứng rò tụy xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Katayama H, Kurokawa Y, Nakamura K, Ito H, Kanemitsu Y, Masuda N, Tsubosa Y, Satoh T, Yokomizo A, Fukuda H, Sasako M. Extended Clavien-Dindo classification of surgical complications: Japan clinical oncology group postoperative complications criteria. *Surg Today*. 2016; 46(6):668-685.
2. Kojima T, Niguma T, Watanabe N, Sakata T, Mimura T. Modified Blumgart anastomosis with the "complete packing method" reduces the incidence of pancreatic fistula and complications after resection of the head of the pancreas. *Am J Surg*. 2018; 216(5):941-948.
3. Claudio B et al. The 2016 update of the international study group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 years after. *Surgery*. 2017; 161(3):584-591.
4. Kamarajah S K. Pancreaticoduodenectomy for periampullary tumours: A review article based on surveillance, end results and epidemiology (SEER) database. *Clinical & Translational Oncology: Official publication of the Federation of Spanish Oncology Societies and of the National Cancer Institute of Mexico*. 2018; 20(9):1153-1160.

5. Đoàn Tiến Mỹ. Nghiên cứu ứng dụng phương pháp cắt khối tá tụy kèm nạo hạch triệt để trong điều trị ung thư vùng đầu tụy. 2020.

6. Lê Hữu Phước, Lê Văn Cường, Nguyễn Cao Cường và CS. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy do các bệnh lý ác tính vùng quanh nhú Vater tại Bệnh viện Bình Dân. *TC Y học TP Hồ Chí Minh*. 2018; 22 (2):474-482.

7. Chijiwa K, Yamaguchi K, Yamashita H, Ogawa Y, Yoshida J, Tanaka M. ASA physical status and age are not factors predicting morbidity, mortality, and survival after pancreatoduodenectomy. *Am Surg*. 1996; 62(9):701-705.

8. Andreas Minh Luu, Lukas Krasemann, Tim Fahlbusch, Orlin Belyaev, Monika Janot-Matuschek, Waldemar Uhl, Chris Braunmann. Facing the surgeon's nightmare:

Incidence and management of postoperative pancreatic fistulas grade C after pancreaticoduodenectomy based on the updated definition of the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS). *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. 2020; 27(4):171-181.

9. Offir Ben Ishay, Reem Abu Zhaya, Yoram Kluger. Dual loop (Roux-en-Y) reconstruction with isolated gastric limb reduces delayed gastric emptying after pancreatoduodenectomy. *World J Gastrointest Surg*. 2019;11(2):93-100.

10. Wu JM, Kou TC, Chen HA, et al. Randomized trial of oral versus enteral feeding for patients with postoperative pancreatic fistula after pancreaticoduodenectomy. *British Journal of Surgery*. 2019; 106(3):190-198.