

4. Bùi Lan Anh. Nghiên cứu tình hình sử dụng kháng sinh ở bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2019-2020. Luận văn Thạc sĩ Dược học. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2020.
 5. Nguyễn Trọng Khoa. Thực trạng sử dụng kháng sinh hợp lý và hiệu quả can thiệp tại một số bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh. Luận án Tiến sĩ Y học. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương. 2021.
 6. Nguyễn Việt Hùng. Phân tích thực trạng tiêu thụ kháng sinh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên thông qua mức độ và xu hướng tiêu thụ trong giai đoạn 2015-2018. Luận văn Thạc sĩ Dược học. Trường Đại học Dược Hà Nội. 2019.
 7. Klein E. Y., Levin S. A., Laxminarayan R. Improved policies necessary to ensure an effective future for antibiotics. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018. 115(35), 8111-8112, <https://doi.org/10.1073/pnas.1811245115>
 8. Trần Thị Ánh. Phân tích thực trạng kê đơn thuốc kháng sinh trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Hương Sơn tỉnh Hà Tĩnh năm 2015. Luận văn chuyên khoa I. Đại học Dược Hà Nội. 2016.
 9. Nguyễn Thị Hồng Phiến. Nghiên cứu tình hình sử dụng và đánh giá kết quả can thiệp việc sử dụng kháng sinh hợp lý tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2016-2017. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y Dược Cần Thơ. 2017.
 10. Tiêu Hữu Quốc. Nghiên cứu tình hình sử dụng kháng sinh an toàn hợp lý cho bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Trung tâm y tế huyện Châu Thành, tỉnh Sóc Trăng năm 2018. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. 2019.
 11. Nguyễn Quốc Bình. Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học thực hành*. 2017. (2), 270-277.
-

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠM THỜI U QUANH BÓNG VATER BẰNG PHẪU THUẬT NỐI MẬT RUỘT VÀ NỐI VỊ TRÀNG NĂM 2021-2023

Đặng Thị Kim Liên^{1*}, Phạm Văn Linh², Đặng Hồng Quân¹

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

*Email: dangthikimlien9296@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/6/2023

Ngày phản biện: 16/8/2023

Ngày duyệt đăng: 15/9/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U quanh bóng Vater chiếm tỷ lệ nhỏ trong các tân sinh của đường tiêu hóa và có xu hướng gia tăng. Nối mật ruột và nối vị tràng là phẫu thuật điều trị tạm thời cho bệnh nhân quá khả năng phẫu thuật triệt căn nhưng chưa được nghiên cứu nhiều ở Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý u quanh bóng Vater; (2) Đánh giá kết quả điều trị tạm thời bệnh lý u quanh bóng Vater bằng

phẫu thuật nối mật ruột và nối vị tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang ở 35 bệnh nhân được điều trị tạm thời bệnh lý u quanh bóng Vater bằng phẫu thuật nối mật ruột và nối vị tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021-2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $61,4 \pm 10$. Tỷ số nam:nữ xấp xỉ 1,2:1. Triệu chứng thường gặp nhất là vàng da 88,6% và đau bụng 77,1%, sụt cân 45,7%, ngứa 42,9% và ăn khó tiêu 31,4%. CT scan phát hiện 85,3% u. Phẫu thuật nối mật ruột và nối vị tràng kiểu Warren 74,3%, kiểu Roux-en-Y là 25,7%. Thời gian mổ trung bình là $133,4 \pm 41,2$ phút. Biến chứng sau mổ gồm nhiễm trùng vết mổ 14,3%, chậm làm trống dạ dày 17,1%, xuất huyết tiêu hóa 2,9%, rò tụy 2,9%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $7,7 \pm 1,8$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nối mật ruột và nối vị tràng an toàn, giải quyết triệu chứng do u chèn ép nhưng chỉ tạm thời, có ý nghĩa như một điều trị giảm nhẹ.

Từ khóa: U quanh bóng Vater, nối mật ruột, nối vị tràng.

ABSTRACT

OUTCOMES OF PALLIATIVE TREATMENT FOR PERIAMPULLARY TUMORS BY BILIARY AND GASTROINTESTINAL DOUBLE BYPASS IN 2021-2023

Dang Thi Kim Lien^{1*}, *Pham Van Linh*², *Dang Hong Quan*¹

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Hong Bang International University

Background: Periapillary tumors, which have a small proportion in gastrointestinal tumor, have a tendency to increase. Biliary and gastroenterostomy double bypass is palliative surgery, used commonly for patients found to be unresectable. However, there is inadequate evidence of its effectiveness in Vietnam. Therefore, this study was conducted more research into this particular solution. **Objectives:** (1) To determine the clinical and paraclinical characteristics in patient with periampullary tumors; (2) To evaluate the results of the palliative treatment for periampullary tumors by biliary and gastroenterostomy double bypass at Can Tho Central General Hospital and Can Tho General Hospital. **Materials and methods:** A prospective, cross-sectional study was conducted to assess the palliative treatment for 35 patients with periampullary tumors by biliary and gastroenterostomy double bypass at Can Tho Central General Hospital and Can Tho General Hospital in 2021-2023. **Results:** The average age of subjects was 61.4 ± 10 ; the male:female ratio was approximately 1.2:1. The most common symptoms were jaundice (88.6%), abdominal pain (77.1%), weight loss (45.7%), pruritus (42.9%) and indigestion (31.4%). 85.3% of tumors were detected by CT scan. Warren biliary and gastric bypasses were performed in 74.3% and Roux-en-Y bypasses in 25.7%. Postoperative complications included wound infection accounting for 14.3%, delayed gastric emptying (17.1%), gastrointestinal bleeding (2.9%) and pancreatic fistula (2.9%). The postoperative time was 7.7 ± 1.8 days. **Conclusions:** Biliary and gastric double bypass is a safe procedure but not curative, which reduces symptoms in patients with advanced periampullary tumors as a palliative treatment.

Keywords: Periapillary tumor, biliary bypass, gastric bypass.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U quanh bóng Vater được định nghĩa là các tân sinh cách bóng Vater 2cm, có thể là u đầu tụy, u đoạn cuối ống mật chủ, u bóng Vater hay u tá tràng D2 [1]. U quanh bóng Vater chiếm 5% bệnh lý ác tính đường tiêu hóa, 80% quá khả năng phẫu thuật tại thời điểm chuẩn đoán do u tiến triển tại chỗ hoặc di căn xa [2], [3]. Tắc mật và tắc nghẽn lối ra dạ dày là hai vấn đề thường gặp nhất ở những bệnh nhân này. Có nhiều phương pháp can thiệp giải quyết

tạm thời triệu chứng, trong đó phẫu thuật nối mật ruột và nối vị tràng là một trong những phương pháp được lựa chọn nhiều nhất. Đây là phẫu thuật đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn, giải quyết hiệu quả tình trạng tắc nghẽn do u. Tuy nhiên, các nghiên cứu về phẫu thuật điều trị bệnh tạm thời nối mật ruột và nối vị tràng ở bệnh nhân u quanh bóng Vater trong nước cũng như khu vực khá ít. Nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị tạm thời u quanh bóng Vater. Với 2 mục tiêu: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý u quanh bóng Vater. (2) Đánh giá kết quả điều trị tạm thời bệnh lý u quanh bóng Vater bằng phẫu thuật nối mật ruột và nối vị tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u quanh bóng Vater được chỉ định phẫu thuật nối mật ruột và nối vị tràng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 3/2021 đến tháng 4/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân có chỉ định nối mật ruột, nối vị tràng và đồng ý phẫu thuật. Chỉ định: U di căn xa, dính hoặc xâm lấn tĩnh mạch mạc treo tràng trên hoặc tĩnh mạch cửa hoặc cả hai $\geq 180^\circ$ chu vi tĩnh mạch hoặc làm tắc tĩnh mạch, u vượt quá bờ dưới D3 tá tràng, dính hoặc xâm lấn động mạch mạc treo tràng trên, động mạch thân tạng hoặc cả hai $\geq 180^\circ$ chu vi động mạch, dính hoặc xâm lấn vào động mạch gan chung kèm dính hoặc xâm lấn động mạch gan riêng hoặc thân tạng, dính hoặc xâm lấn vào động mạch chủ bụng, huyết khối lớn tĩnh mạch mạc treo tràng trên hoặc tĩnh mạch cửa vài xentimet [4], [5].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không thích hợp gây mê nội khí quản; ASA IV.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Tiền cứu, cắt ngang mô tả.

- **Cỡ mẫu:** Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 35 trường hợp.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu liên tục, chọn tất cả các bệnh nhân thỏa các tiêu chí chọn bệnh đưa vào nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của bệnh nhân (tuổi, giới tính, BMI), đặc điểm lâm sàng (triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, xét nghiệm: bạch cầu, hemoglobin, bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, AST, ALT, PT (%), albumin máu, protein máu, CA19-9, đặc điểm hình ảnh học: siêu âm, CT scan, kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, thời gian nằm viện, phương pháp phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, biến chứng sau mổ.

Phương pháp nối mật ruột và nối vị tràng:

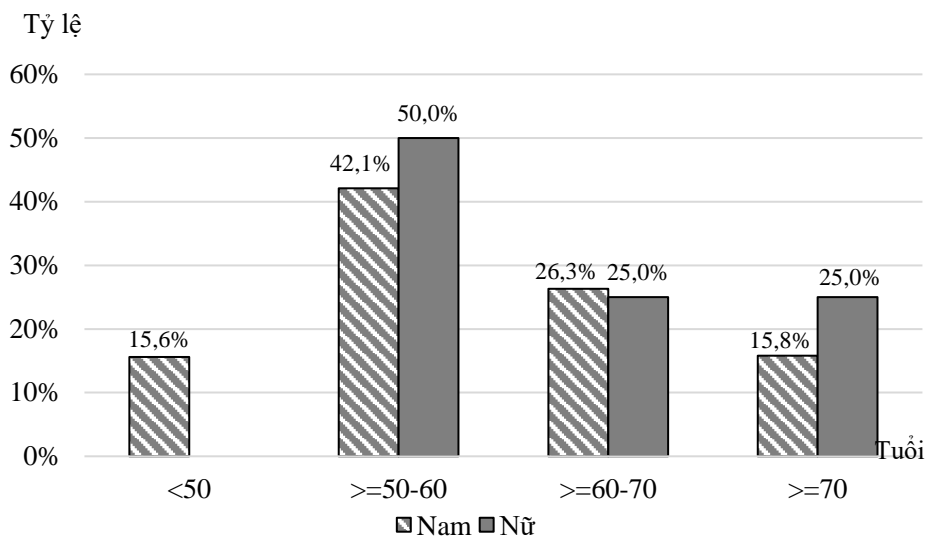
+ Kiểu Warren: Đưa đầu gần quai hồng tràng ra trước đại tràng góc gan, nối túi mật-hồng tràng hoặc ống gan chung-hồng tràng bên-bên. Quai đến hồng tràng tại điểm trên miệng nối mật-ruột 5cm nối bên-bên với quai đi tại điểm dưới miệng nối mật ruột ít nhất 40cm, có hoặc không kèm bó quai đến hồng tràng.

+ Kiểu Roux-en-Y: Cắt ngang hồng tràng cách góc Treitz ít nhất 40cm, đưa đầu xa (quai đi) đến nối bên-bên với túi mật hoặc ống gan chung, nối đầu gần vào đầu xa hồng tràng tận-bên hoặc bên-bên.

+ Miệng nổi vị-tràng: quai đến hồng tràng nổi bên-bên mặt sau dạ dày tại vị trí thuận lợi nhất, đảm bảo miệng nổi không căng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân



Biểu đồ 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân u quanh bóng Vater là $61,4 \pm 10$, tập trung chủ yếu ở nhóm bệnh nhân 50-60 tuổi (45,7%), bệnh nhân trẻ nhất 37 tuổi và lớn tuổi nhất là 80 tuổi. Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 54,3% và 45,7%.

Chỉ có 3 bệnh nhân (8,6%) có chỉ số khối cơ thể (BMI) <18,5; 24 bệnh nhân (68,6%) có BMI trong giới hạn bình thường, 8 bệnh nhân (22,9%) nằm trong nhóm thừa cân.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Các đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

	Số BN	Tỷ lệ (%)
Sụt cân	16	45,7
Đau bụng	27	77,1
Ăn khó tiêu	11	31,4
Buồn nôn, nôn	7	20
Ngứa	15	42,9
Vàng da	31	88,6
Bụng báng	1	2,9
Sờ chạm túi mật	7	20
Sờ chạm u	1	2,9

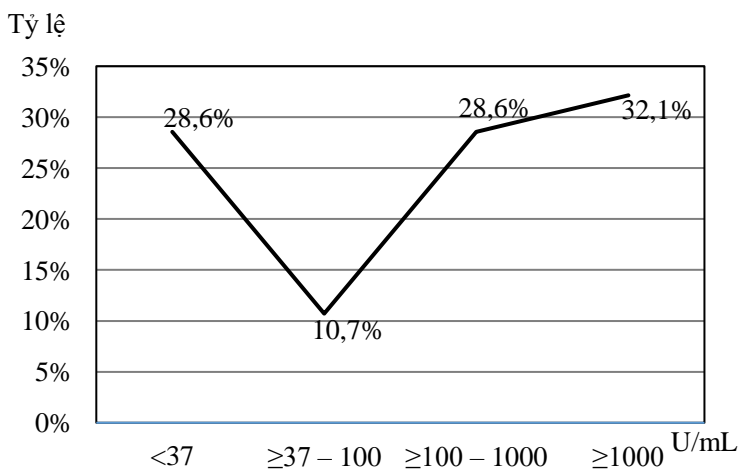
Nhận xét: Vàng da và đau bụng là hai triệu chứng thường gặp nhất, cũng là lý do vào viện chính, với tỷ lệ lần lượt là 88,6% và 77,1%. Chỉ 1 trường hợp (2,9%) sờ chạm u trên lâm sàng.

- Cận lâm sàng:

Bảng 2. Dấu hiệu cận lâm sàng

		Số BN	Tỷ lệ (%)
Siêu âm	Phát hiện u	28	80
	Phát hiện di căn gan, hạch	6	17,1
CT scan	Phát hiện u	29	85,3
	Phát hiện di căn (gan, hạch, phúc mạc)	13	38,2
	Xâm lấn mạch máu	8	23,5
	Xâm lấn cơ quan	7	20,6
CA19-9 (U/mL)	<37	8	28,6
	≥37-100	3	10,7
	≥100	17	60,7

Nhận xét: Siêu âm là cận lâm sàng đầu tiên được chỉ định cho những bệnh nhân có triệu chứng, với tỷ lệ phát hiện u là 80%, 6 trường hợp phát hiện được u di căn gan hoặc hạch hoặc cả 2, không ghi nhận di căn phúc mạc trên siêu âm. CT scan giúp phát hiện được 85,3% u, có 1 bệnh nhân không chụp CT trước mổ. Trên hình ảnh CT scan, khảo sát được xâm lấn mạch máu trong 23,5% trường hợp, xâm lấn cơ quan lân cận là 20,6%.



Biểu đồ 2. Nồng độ CA19-9 trong máu

Nhận xét: Có 7 bệnh nhân không xét nghiệm CA19-9 trước mổ. Trong số 28 bệnh nhân còn lại, nồng độ CA19-9 trong máu tăng trên ngưỡng 37U/mL là 71,4%, 28,6% bệnh nhân có nồng độ CA19-9 tăng từ 100-1000U/mL và 32,1% giá trị này cao hơn 1000U/mL.

3.3. Kết quả điều trị

Thời gian phẫu thuật trung bình là 133,4±41,2 phút, thời gian dài nhất là 245 phút, ngắn nhất 70 phút. Nổi mật ruột nối vị tràng kiểu Warren có 26 ca, chiếm 74,3%, kiểu Roux-en-Y có 9 ca chiếm 25,7%. Có 5 trường hợp không đặt dẫn lưu ổ bụng lúc mổ (14,3%). Biến chứng sớm sau mổ: 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (14,3%), 6 trường hợp chậm làm trống dạ dày (17,1%), 1 trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên (2,9%) và 1 rò tụy sau mổ (2,9%). 14/35 có xét nghiệm mô bệnh học cho kết quả carcinôm tuyến (78,6%) và mô viêm mạn (21,4%). Thời gian nằm viện trung bình: 17,7±3,4 ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 7,7±1,8 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng

Một nghiên cứu hồi cứu của tác giả Juan Carlos R. Abon ở Philippines đã mô tả 277 bệnh nhân u quanh bóng Vater từ năm 2015-2019, tuổi trung bình là 59,3 chủ yếu rơi vào thập kỷ thứ sáu, tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 50,9% và 49,1% (1,03/1) [6]. Một nghiên cứu khác của tác giả Ridho Ardhi Syaiful khảo sát 58 bệnh nhân được nối mật ruột và nối vị tràng tại Indonesia từ năm 2015-2017, tuổi trung bình của bệnh nhân là 49,6 với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,4/1 [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 61,4±10, trong số đó 47,5% bệnh nhân trong độ tuổi 50-60 tuổi, tương đồng với tác giả.

Cũng theo tác giả Juan Carlos R. Abon ở Philippines, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là vàng da (89,7%), sau đó là đau bụng (71,6%) [4] tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, với triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là vàng da 88,6% và đau bụng 77,1%.

Trong nghiên cứu này, siêu âm là phương tiện đầu tay chỉ định cho tất cả bệnh nhân có triệu chứng, tỷ lệ phát hiện u 80%, CT là phương tiện được sử dụng nhiều nhất để chẩn đoán u cũng như đánh giá khả năng phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 85,3% phát hiện u trên CT scan, trong 5 trường hợp CT không phát hiện được u, có 2 trường hợp là u đoạn cuối ống mật chủ, 3 trường hợp u bóng Vater, so với nghiên cứu của tác giả Juan Carlos R. Abon, khảo sát được u ở 71,5% trên CT scan [4].

Nồng độ CA19-9 trong máu tăng trong 71,4%, có 60,7% tăng trên 100 U/mL và 32,1% tăng trên 1000 U/mL. Theo nghiên cứu của tác giả Kyong Joo Lee và cộng sự năm 2013, bệnh nhân có tăng CA19-9 là 75,4% [8] còn tác giả Nguyễn Anh Bình là 80% [9]. Theo tác giả Đoàn Tiên Mỹ, tỷ lệ tăng CA19-9 cao ở những bệnh nhân quá khả năng phẫu thuật triệt để, với ngưỡng tham khảo là 100U/mL [10], như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả này.

4.2. Kết quả điều trị

Thời gian phẫu thuật trung bình là 133,4±41,2 phút, thời gian dài nhất là 245 phút, ngắn nhất 70 phút. Có 2 ca mổ kéo dài trên 200 phút, nguyên nhân là do bệnh nhân được tiên lượng trước mổ cũng như thám sát ban đầu ghi nhận có khả năng cắt khối tá tụy, cố gắng bóc tách và di động u nhưng khó khăn do xâm lấn bó mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa, quyết định chuyển đổi phương pháp nối mật ruột và nối vị tràng trong lúc mổ. So với tác giả Ulrich F. Wellner với 117 bệnh nhân, thời gian mổ trung bình là 240 phút. Có thể giải thích sự khác biệt này vì nghiên cứu của chúng tôi tiến hành nối túi mật-hồng tràng, tương đồng với tác giả Nguyễn Anh Bình (69 trường hợp) với 154 phút [9], còn nghiên cứu của tác giả Ulrich F. Wellner tiến hành nối ống gan chung-hồng tràng, đòi hỏi kỹ thuật phức tạp và sử dụng tỉ mỉ hơn nhiều.

Biến chứng sau mổ ghi nhận được 1 trường hợp rò tụy sau mổ (2,9%) liên quan đến sinh thiết tụy trong mổ. Biến chứng rò tụy trong phẫu thuật nối mật ruột, nối vị tràng chưa được báo cáo nhiều, đặt ra vấn đề nên hay không nên sinh thiết u tụy trong phẫu thuật điều trị tạm thời u giai đoạn tiến triển, liên quan đến điều trị đa mô thức, cần quy mô nghiên cứu lớn hơn và phối hợp nhiều chuyên ngành.

Trong nghiên cứu này, không ghi nhận xì miệng nối vị tràng và/hoặc miệng nối mật ruột, có thể do số lượng mẫu nghiên cứu nhỏ. Có 6 trường hợp chậm làm trống dạ dày (17,1%) đều liên quan đến kỹ thuật Warren, tuy nhiên do mẫu nhỏ nên chưa đủ để so sánh nguy cơ chậm làm trống dạ dày giữa 2 kiểu nối Warren và Roux-en-Y.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi $17,7\pm 3,4$ ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình $7,7\pm 1,8$ ngày, tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Anh Bình là $17\pm 7,5$ và $8,9\pm 4$ ngày [9], tác giả Mickael Lesurtel là 16 ngày [11] và cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Ulrich Friedrich Wellner là 13 ngày [12].

V. KẾT LUẬN

Đối với bệnh nhân u quanh bóng Vater quá khả năng phẫu thuật triệt căn, nối mật ruột và nối vị tràng là một lựa chọn an toàn, giải quyết hiệu quả tình trạng tắc nghẽn do u chèn ép, làm giảm triệu chứng cho bệnh nhân nhưng chỉ mang tính chất tạm thời, như một phương pháp điều trị triệu chứng ở bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Năng. Ngoại bệnh lý 1 (Cấp cứu bụng, Tiêu hóa, Ngoại nhi). NXB Đại học Cần Thơ. 2021. 178.
 2. Kang C. M., Lee J. H., Choi J. K., Hwang H. K., Chung J. U., et al. Can we recommend surgical treatment to the octogenarian with periampullary cancer?: National database analysis in South Korea. *Eur J Cancer*. 2021. 144, 81-90. DOI: 10.1016/j.ejca.2020.10.039.
 3. Zinner M. J., Stanley W. A. Maingot's Abdominal Operations, 13e. McGraw-Hill Companies, Incorporated, 2019.
 4. Evans D. B. What Makes a Pancreatic Cancer Resectable?. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2018. 38, 300-305, DOI: 10.1200/EDBK_200861
 5. Tewari M. Surgery for Pancreatic and Periampullary Cancer: Principles and Practice. Springer. 2018. 29.
 6. Abon J. C. R., Berberabe A. B. Current Epidemiology of Periampullary Malignancies in a Tertiary Referral Center in the Philippines: A Five-Year Review. *Acta Medica Philippina*. 2022. 56(14), <https://doi.org/10.47895/amp.vi0.3952>.
 7. Syaiful R. A, Mazni Y., Amalia G., Rahadiani N., Toar Jean Maurice Lalisang T.J.M. Survival Analysis of Palliative Surgery of Advanced Stage Periampullary Cancer. *Journal of the Pancreas*. 2020. 21(1), 7-12.
 8. Lee K. J., Yi S. W., Chung M. J., Park S. W., Song S. Y. et al. Serum CA19-9 and CEA levels as a prognostic factor in pancreatic adenocarcinoma. *Yonsei medical journal*. 2013. 54(3), 643-649, <https://doi.org/10.3349/ymj.2013.54.3.643>.
 9. Nguyễn Anh Bình. Kết quả phẫu thuật nối tắt mật ruột trên bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2017.
 10. Đoàn Tiến Mỹ, Phạm Hữu Chí Thiện, Nguyễn Nguyễn Khôi, Nguyễn Tường Khoa, Đồng Ngọc Quang và cộng sự. Giá trị CA19-9 trong tiên đoán khả năng phẫu thuật triệt để ung thư đầu tụy tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Hội nghị khoa học thường niên Bệnh viện Chợ Rẫy*. 2020.
 11. Lesurtel M., Dehni N., Tiret E., Parc R. Paye F. Palliative surgery for unresectable pancreatic and periampullary cancer: a reappraisal. *Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract*. 2006. 10(2), 286-291, <https://doi.org/10.1016/j.gassur.2005.05.011>.
 12. Wellner U. F., Makowiec F., Bausch D., Höppner J., Sick O. et al. Locally advanced pancreatic head cancer: margin-positive resection or bypass?. *ISRN surgery*. 2012. 513241, <https://doi.org/10.5402/2012/513241>.
-