

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TỤY ĐIỀU
TRỊ U QUANH BÓNG VATER TẠI CẦN THƠ**

Luu Dien^{1}, Phạm Văn Năng²*

1. Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần thơ

*Email: luudien75@yahoo.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phương pháp điều trị tối ưu, nhưng vẫn được xem là phẫu thuật phức tạp với nhiều kỹ thuật để tái lập lưu thông khác nhau. Việc tìm hiểu đặc điểm bệnh lý u quanh bóng Vater, nghiên cứu áp dụng các kỹ thuật điều trị phù hợp nhằm giảm thiểu các tai biến, biến chứng phẫu thuật và tỷ lệ tử vong là vấn đề cấp thiết tại Cần Thơ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị các bệnh lý u quanh bóng Vater. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 34 bệnh nhân được điều trị các bệnh lý u quanh bóng Vater bằng phẫu thuật cắt khối tá tụy từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 06 năm 2019 tại Cần Thơ. **Kết quả:** 34 bệnh nhân u quanh bóng Vater có độ tuổi trung bình $59,59 \pm 12,2$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ ≈ 1.3 . Có 29.4% u đầu tụy, u bóng Vater 52.9%, u đoạn cuối ống mật chủ 11.8%, u tá tràng 5.9%, ung thư biểu mô tuyến 97.1%. Xuất huyết nội sau mổ là 5.9%, xuất huyết tiêu hóa và rò tiêu hóa 2.9%, rò tụy 11.8%, nhiễm trùng vết mổ 17.6%, tử vong sau mổ 8.8%. **Kết quả điều trị** 64.7%, trung bình 23.5%, và xấu là 11.8%, tỉ lệ tử vong 8.8%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phương pháp điều trị triệt để duy nhất bệnh lý u quanh bóng Vater, tỉ lệ thành công cao khi bệnh ở giai đoạn sớm.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt khối tá tụy, u quanh bóng Vater, khối u đầu tụy, khối u ống mật, khối u tá tràng.

ABSTRACT

**STUDY OF CLINICAL, PARACLINICAL AND EVALUATE THE INITIAL
RESULTS OF PANCREATODUODENECTOMY FOR TREATMENT
PERIAMPULLAR TUMORS IN CANTHO**

Luu Dien^{1}, Phạm Văn Năng²*

1. Cantho General Hospital

2. Cantho University of Medicine and Pharmacy

Background: Pancreatoduodenectomy is the optimal treatment, but it is still considered a complex surgery with many techniques to restore different anastomosis. Understanding the characteristics of periampullar tumors, studying and applying appropriate treatment techniques to minimize complications, surgical complications and mortality, improve the survival time after surgery. **Objectives:** Study clinical and paraclinical characteristics and evaluate the initial results of Pancreatoduodenectomy for treatment periampullar tumors. **Materials and methods:** A prospective description was performed in 34 patients who underwent pancreato-duodenectomy for treatment periampullar tumors from January 2018 to June 2019 at Cantho. **Results:** 34 patients with periampullar tumors had an average age of 59.59 ± 12.2 years old, the ratio of male / female ≈ 1.3 . There are 29.4% cases of pancreatic head tumors, Vater tumors 52.9% cases, distal common bile duct tumors were 11.8%, duodenal tumors were 5.9%, adenocarcinoma was 33 cases accounting for 97.1%. The rate of internal bleeding after surgery was 5.9%, gastrointestinal bleeding and gastrointestinal fistula were 2.9%, pancreatic fistula accounted for 11.8%, wound infection accounted for 17.6%, there were 3 deaths after surgery accounted for 8.8%. In 34 cases, we recorded good treatment results, accounting for 64.7%, the average of 23.5% and the bad cases

of 11.8%, with mortality rate accounted for 8.8%. **Conclusion:** Pancreatoduodenectomy is the only optimal treatment for periampullar tumors, the success rate is high in the early stages.

Keywords: Pancreatoduodenectomy, periampullar tumors, pancreatic head tumor, Vater tumor, distal common bile duct tumor, duodenal tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những công trình về u quanh Vater còn ít nên khó đánh giá tỷ lệ mắc mới tại nước ta. U quanh bóng Vater bao gồm 4 loại sang thương chính có thể gặp là u đầu tụy, u bóng Vater, u đoạn cuối ống mật chủ và u tá tràng.

Mặc dù phẫu thuật cắt khối tá tụy là phương pháp điều trị tối ưu, nhưng vẫn được xem là phẫu thuật phức tạp với nhiều kỹ thuật để tái lập lưu thông khác nhau. Phẫu thuật cắt khối tá tụy có nhiều tai biến, biến chứng và tỷ lệ tử vong khá cao, tại thời điểm phẫu thuật này được Whipple mô tả lần đầu tiên vào năm 1935, tỷ lệ tử vong là 50%.

Việc tìm hiểu đặc điểm bệnh lý u quanh bóng Vater, nghiên cứu áp dụng các kỹ thuật điều trị phù hợp nhằm giảm thiểu các tai biến, biến chứng phẫu thuật và tỷ lệ tử vong, giúp cải thiện thời gian sống thêm sau phẫu thuật cho người bệnh trong điều kiện hiện nay tại Cần Thơ là vấn đề cấp thiết.

Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý u quanh bóng Vater tại Cần Thơ từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 06 năm 2019.

2. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị bệnh lý u quanh bóng Vater tại Cần Thơ từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 06 năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng của đề tài này là tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u quanh bóng Vater và được phẫu thuật cắt khối tá tụy (Phẫu thuật Whipple), tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Đa Khoa Trung ương Cần Thơ, thời gian từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 06 năm 2019. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân không phân biệt tuổi giới được chẩn đoán u đầu tụy, u bóng Vater, u đoạn cuối ống mật chủ, u tá tràng, và được phẫu thuật cắt khối tá tụy (Phẫu thuật Whipple).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật hoặc phẫu thuật với phương pháp khác, bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị bệnh lý khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: 34 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 06 năm 2019.

Nội dung nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng về tuổi, giới, lý do vào viện, triệu chứng toàn thân, triệu chứng thực thể. Đặc điểm cận lâm sàng Bilirubin, CA 19.9, siêu âm ổ bụng, chụp MSCT bụng có cản quang. Đánh giá kết quả điều trị qua tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian mổ, thời gian nằm viện, tỷ lệ tử vong và đánh giá kết quả điều trị theo 3 mức độ tốt, trung bình, xấu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Triệu chứng lâm sàng:

Từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2019, chúng tôi ghi nhận 34 bệnh nhân bị các bệnh lý u quang bóng Vater, được phẫu thuật cắt khối tá tụy, được phân tích và đánh giá với các đặc điểm sau: Bệnh nhân có độ tuổi chủ yếu trên 50 tuổi, trong đó nhóm từ 50- 59 tuổi chiếm 29.4% và nhóm ≥ 60 tuổi chiếm 52.9%, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 59.59 ± 12.2 tuổi, thấp nhất 38 tuổi, cao nhất là 84, tỉ lệ nam/nữ ≈ 1.3 . Thời gian khởi phát bệnh trung bình $8.09 \pm 5,339$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 30 ngày. Lý do vào viện đa số các trường hợp là đau bụng chiếm tỷ lệ 64.7%, vàng da chiếm tỷ lệ 35.3%. Triệu chứng lâm sàng phổ biến của bệnh lý u quang bóng Vater là đau bụng (100%), vàng da, vàng mắt (73.5%), túi mật lớn (50%), tiếp đến là triệu chứng ngứa (44.1%).

3.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

Bảng 1. Tỷ lệ tăng Bilirubin

Tăng Bilirubin	n	Tỷ lệ %
Có tăng	27	79.4
Không tăng	7	20.6

Nhận xét: Trong 34 trường hợp, có tỷ lệ tăng Bilirubin là 79.4% (27/34), trong đó tỷ lệ không tăng là 20.6%. Bilirubin TP trung bình (163 ± 142.91) $\mu\text{mol/L}$, thấp nhất 4.6 $\mu\text{mol/L}$ và cao nhất 607.1 $\mu\text{mol/L}$.

Bảng 2. Tỷ lệ tăng CA 19.9

Tăng CA 19.9	n	Tỷ lệ %
Có tăng	26	76.5
Không tăng	8	23.5

Nhận xét: Tỷ lệ tăng CA19.9 trong 34 trường hợp là 76.5% (26/34), trong đó không tăng CA 19.9 là 23.5% (8/34), giá trị CA 19.9 trung bình (359.96 ± 403.32) U/ml.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh lý

Giải phẫu bệnh	n	Tỷ lệ (%)
Adenocarcinoma Biệt hóa Tốt	20	58,8
Adenocarcinoma Biệt hóa Trung bình	13	38,3
Mô viêm	1	2,9

Nhận xét: Một trường hợp là mô viêm chiếm tỷ lệ 2.9%. Ung thư biểu mô tuyến chiếm 97.1%.

3.3. Kết quả điều trị

Thời gian mổ trung bình là (358.5 ± 60.3) phút, ngắn nhất 255 phút và dài nhất là 480 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình (15.97 ± 3.557) ngày, ngắn nhất là 10 ngày và dài nhất là 21 ngày.

Bảng 4. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	n	Tỷ lệ (%)
Tôn thương mạch máu lớn	1	2,9

Nhận xét: Chỉ có 1 trường hợp tổn thương mạch máu lớn chiếm tỷ lệ 2,9%, các trường hợp còn lại không gây tổn thương mạch máu lớn.

Bảng 5. Tỷ lệ tử vong

	n	Tỷ lệ %
Tỷ lệ tử vong	3	8,8

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong là 3/34 trường hợp chiếm 8.8%.

Bảng 6. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	n	Tỷ lệ (%)
Xuất huyết nội	2/34	5,9
Xuất huyết tiêu hóa	1/34	2,9
Rò tụy	4/34	11,8
Rò tiêu hóa	1/34	2,9
Áp xe tồn lưu	1/34	2,9
Nhiễm trùng vết mổ	6/34	17,6

Nhận xét: Tỷ lệ xuất huyết nội sau mổ là 5.9 % (2/34), xuất huyết tiêu hóa và rò tiêu hóa là 2.9%, rò tụy chiếm tỷ lệ 11.8 % và nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 17.6%.

Bảng 7. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ %
Kết quả tốt	22	64,7
Kết quả trung bình	8	23,5
Kết quả xấu	4	11,8

Nhận xét: Kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ 64.7% (22/34) trường hợp, trung bình 23.5% (8/34) và xấu là 11.8% (4/34).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Phân bố bệnh lý u quanh bóng Vater có sự khác nhau giữa hai giới, theo nhiều nghiên cứu thì nam thường có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ u quanh bóng Vater ở hai giới gần tương đương. Tỉ lệ: Nam\ nữ \approx 1,3. có độ tuổi chủ yếu trên 50 tuổi trong đó nhóm từ 50- 59 tuổi chiếm 29,4% và nhóm \geq 60 tuổi chiếm 52,9%. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $59,59 \pm 12.133$ tuổi, thấp nhất 38 tuổi, cao nhất là 84.

Theo Phạm Thế Anh nghiên cứu trong 60 trường hợp có nam chiếm 53.3% và nữ chiếm 46,7% [1]. Theo tác giả Hồ Văn Linh trong 44 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị u bóng Vater có 31,8% là nữ và 68,2% là nam (Nam\ nữ = 2,1) [6]. Theo Charles J. Yeo Nam\ nữ = 1,15 (61/53) [9], tác giả Somala Mohammed và cộng sự có tỷ lệ nam thấp hơn nữ với 48,8% nam và 51,1% nữ [13]. Trong nghiên cứu của tác giả Đoàn Tiến Mỹ đa phần bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater có độ tuổi trên 50 (Trung bình 58,29) [7]. Theo tác giả Lê Văn Cường nghiên cứu trên 27 bệnh nhân có độ tuổi trung bình $48,22 \pm 9,14$ trong đó nhỏ tuổi nhất là 32 và lớn tuổi nhất là 72 [3]. Trong 101 ca cắt khối tá tụy của Nguyễn Minh Hải do bệnh lý ung thư quanh bóng Vater có tuổi từ 17 tới 81[4].

Triệu chứng lâm sàng phổ biến của bệnh lý u quanh bóng Vater là đau bụng (100%), vàng da, vàng mắt (73,5%), túi mật lớn (50%), tiếp đến là triệu chứng ngứa (44,1%). Đau bụng và vàng da là những triệu chứng xuất hiện đầu tiên làm cho bệnh nhân lo lắng đi khám bệnh.Theo tác giả Hồ Văn Linh (2016) triệu chứng lâm sàng phổ biến của bệnh lý u quanh bóng Vater là đau bụng (100%), vàng da, vàng mắt (88,6%) [6]. Theo tác giả Phạm Thế

Anh (2013) triệu chứng lâm sàng chủ yếu vẫn là đau bụng chiếm 81,7%, vàng da, vàng mắt chiếm 56,7%, túi mật to 35% [1]. Theo Nguyễn Tấn Cường, các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là vàng da, chán ăn và đau bụng với tỉ lệ lần lượt 83,5%, 82,5% và 78,6% [2]. Lê Lộc và Phạm Như Hiệp, triệu chứng xuất hiện nhiều nhất vẫn là vàng da chiếm 98,1% [5]. Theo tác giả Jurgen Klempnauer, triệu chứng nổi bật nhất và có tần suất xuất hiện cao nhất của ung thư bóng Vater là vàng da 60% , kế tiếp là đau bụng 37% [10], tác giả Somala Mohammed và cộng sự có triệu chứng lâm sàng chủ yếu là vàng da chiếm tỷ lệ 44,2% [13].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đa số các trường hợp Bilirubin đều tăng, trong 34 trường hợp, có tỷ lệ tăng Bilirubin là 79,4%. Bilirubin TP trung bình ($163 \pm 142,91$) $\mu\text{mol/L}$, thấp nhất 4,6 $\mu\text{mol/L}$ và cao nhất 607,1 $\mu\text{mol/L}$. Tỷ lệ tăng CA19.9 trong 34 trường hợp là 76,5% (26/34), giá trị CA 19,9 trung bình ($359,96 \pm 403,32$) U/ml, thấp nhất 0,60 U/ml và cao nhất 1200 U/ml. Theo Nguyễn Tấn Cường, Bilirubin trung bình 259,9 $\mu\text{mol/L}$, trong đó Bilirubin toàn phần tăng trong 83,4% trường hợp [2]. Theo tác giả Hồ Văn Linh, đa số bệnh nhân với bilirubin tăng cao, bilirubin TP trung bình $154,11 \pm 117,17$ [6]. Nghiên cứu của tác giả Somala Mohammed và cộng sự nghiên cứu trên 276 bệnh nhân có bilirubin toàn phần trung bình $2,5 \pm 4,29$ [13]. Giá trị trung bình CA19,9 là ($359,96 \pm 403,32$) U/ml. Đây là một xét nghiệm có giá trị với độ nhạy và độ đặc hiệu cao gợi ý đến bệnh lý ác tính phân biệt với các nguyên nhân lành tính khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 34 trường hợp, ung thư biểu mô tuyến chiếm 97,1%, một trường hợp là mô viêm chiếm tỷ lệ 2,9%. Tác giả Nguyễn Tấn Cường đa số các trường hợp đều cho kết quả là Carcinoma tuyến chiếm tỷ lệ 95,8% còn lại là loại khác chiếm 4,2% [2]. Nghiên cứu của tác giả Mohit Sharma và cộng sự có 80,5% là Adenocarcinoma, 16,6% là u đoạn cuối ống mật chủ [12]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ tương tự với các tác giả trong và ngoài.

4.3 Kết quả điều trị

Nghiên cứu của chúng tôi trong 34 trường hợp có u đầu tụy chiếm 29,4% (10/34) trường hợp, u bóng Vater 52,9% (18/34) trường hợp, u đoạn cuối ống mật chủ 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 11,8%, có 2 trường hợp là u tá tràng chiếm tỷ lệ 5,9%. Theo Nguyễn Minh Hải trong 101 trường hợp có ung thư đầu tụy chiếm 35,6%, u bóng Vater 54,5%, u tá tràng 6,9%, u đoạn cuối ống mật chủ chiếm 1%, viêm tụy mạn 3,96% [4]. Theo tác giả Đoàn Tiến Mỹ nghiên cứu trên 28 bệnh nhân có 17 trường hợp u bóng Vater, 6 trường hợp u đầu tụy và 5 trường hợp u đoạn cuối ống mật chủ, không có trường hợp nào u tá tràng, u bóng Vater chiếm tỉ lệ cao nhất 69,7% [7]. Nghiên cứu của tác giả Mohit Sharma và cộng sự trong 36 bệnh nhân ung thư đầu tụy có 18 bệnh nhân chiếm 50%, 12 bệnh nhân ung thư bóng Vater chiếm 33,3% và 6 bệnh nhân ung thư đoạn cuối ống mật chủ chiếm 16,6% [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 34 trường hợp được phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị u quanh bóng Vater ghi nhận có thời gian mổ trung bình là ($358,5 \pm 60,3$) phút, thời gian phẫu thuật ngắn nhất 255 phút và dài nhất là 480 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình ($15,97 \pm 3,557$) ngày, ngắn nhất là 10 ngày và dài nhất là 21 ngày, tỷ lệ xuất huyết nội sau mổ là 5,9 % , xuất huyết tiêu hóa và rò tiêu hóa là 2,9%, rò tụy chiếm tỷ lệ 11,8 % , nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 17,6%. Tử vong có 3/34 trường hợp chiếm tỷ lệ 8,8%, trong đó có 3 trường hợp tử vong sau mổ với 2 trường hợp nặng lên các bệnh lý nội khoa và 1 trường hợp do rò tụy.

Theo Nguyễn Minh Hải tỷ lệ biến chứng chung là 26,7% trong đó rò tụy 7,9%, rò mật 4,9%, chảy máu tiêu hoá 2,9%, tỉ lệ tử vong do xì miệng nối là 2,9%. Những biến chứng khác dẫn tới tử vong chiếm 5,9% [4]. Theo Nguyễn Tấn Cường, tỷ lệ biến chứng của nhóm phẫu thuật cắt khối tá tụy là 40,8%, tỷ lệ rò tụy là 12,2%, biến chứng chảy máu 6,1%, tỷ lệ tử vong 12,2% [2]. Tai biến trong phẫu thuật của tác giả Trần Văn Phoi rách TM cửa có 2 trường hợp, đứt ĐM mạc treo tràng trên 1 trường hợp, biến chứng sau mổ có rò tụy chiếm tỉ lệ 20% [8]. Theo Charles J. Yeo trong 114 ca tỉ lệ biến chứng chung là 37%. Hẹp miệng nối vị tràng 10%, rò tụy 9%, nhiễm trùng vết mổ 8%, áp xe trong ổ bụng 7%, rò tụy 5%, tử vong 5 trường hợp chiếm 4,39% [9]. Theo tác giả Mohit Sharma và cộng sự nhiễm trùng vết mổ xuất hiện chủ yếu chiếm 33,3% và 2 trường hợp rò tụy chiếm 5,5% [12]. Theo tác giả Somala Mohammed và cộng sự nghiên cứu trên 276 bệnh nhân có tỷ lệ rò tụy cao chiếm 23,2%, rò mật chiếm 1,4%, nhiễm trùng vết mổ 7,2%, xuất huyết nội 1,4% và áp xe tồn lưu là 6,2% [13]. Điều trị sau mổ hầu hết bệnh nhân đều được nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch trong vài ngày đầu, luôn có chủ trương cho bệnh nhân ăn sớm với chế độ từ loãng đến đặc, từ ít đến nhiều và được dùng kháng sinh từ 7 đến 14 ngày tùy theo từng trường hợp và luôn theo dõi tình trạng ống dẫn lưu.

Qua 34 trường hợp, chúng tôi ghi nhận kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ 64,7% (22/34) trường hợp, trung bình 23,5% (8/34) và xấu là 11,8% (4/34), với tỉ lệ tử vong chiếm 8,8%. Trong 8 trường hợp được ghi nhận kết quả trung bình là do xảy ra các biến chứng sau mổ và được điều trị tích cực với kết quả là bệnh nhân được xuất viện, các biến chứng chủ yếu trong những trường hợp này là rò tụy, rò tiêu hóa và nhiễm trùng vết mổ, trong 4 trường hợp cho kết quả xấu, có 1 trường hợp xuất huyết nội do trong quá trình phẫu thuật có làm tổn thương động mạch mạc treo tràng trên, hậu phẫu ngày 1 bệnh nhân bị xuất huyết nội phải phẫu thuật lại. Còn lại 3 trường hợp tử vong sau mổ với 2 trường hợp nặng lên các bệnh lý nội khoa và 1 trường hợp do rò tụy.

Theo nghiên cứu của tác giả Hồ Văn Linh, với kết quả tốt chiếm 97,7%, kết quả trung bình là 2,3% không có trường hợp nào cho kết quả xấu [6]. Tác giả Phạm Thế Anh có kết quả sau phẫu thuật tốt đạt 73,3%, kết quả trung bình 26,7% với tỉ lệ biến chứng chung là 26,7% được điều trị nội ổn định [1]. Theo tác giả Nguyễn Minh Hải có tỉ lệ tử vong và biến chứng là 9,9%, kết quả điều trị tốt trên nghiên cứu 101 trường hợp là 90,1% [4]. Nghiên cứu của tác giả Lê Lộc có tỉ lệ thành công trong phẫu thuật là 90% [5]. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Văn Phoi phẫu thuật Whipple trong điều trị các bệnh lý quanh bóng Vater, nghiên cứu trên 35 trường hợp có kết quả điều trị xấu là 2,8%, kết quả tốt là 97,2% chỉ có 1 trường hợp tử vong trên 35 trường hợp [8]. Nghiên cứu của tác giả Khe T. C. Tran và cộng sự trong 83 trường hợp có tỷ lệ tử vong là 7%, kết quả phẫu thuật thành công đạt mức 93% [11]. Tác giả Jurgen Klempnauer và cộng sự trên 94 trường hợp phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị u quanh bóng Vater có tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật là 9,6%, kết quả thành công của phẫu thuật là 90,4% [10]. Ngược lại, với tác giả Mohit Sharma nghiên cứu trên 36 trường hợp cắt khối tá tụy không có trường hợp nào có biến chứng rò tụy và tử vong, đạt kết quả tốt 100% [12].

V. KẾT LUẬN

Phân bố bệnh lý u quanh bóng Vater có sự khác nhau giữa hai giới, theo nhiều nghiên cứu thì nam thường có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ u quanh bóng Vater ở hai giới gần tương đương, tỉ lệ: Nam\ nữ \approx 1,3. Triệu chứng lâm sàng phổ

biến của bệnh lý u quanh bóng Vater là đau bụng (100%), vàng da, vàng mắt (73,5%). Đa số các trường hợp Bilirubin đều tăng, trong 34 trường hợp, có tỷ lệ tăng Bilirubin là 79,4%.

Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phương pháp điều trị triệt để duy nhất cho bệnh lý u quanh bóng Vater, tỉ lệ thành công cao khi bệnh ở giai đoạn sớm và được thực hiện ở những trung tâm lớn và phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm. Những tiến bộ về kỹ thuật phẫu thuật, gây mê hồi sức, chăm sóc sau mổ đường như đã góp phần làm giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong của phẫu thuật này, giúp cải thiện thời gian sống thêm sau phẫu thuật cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thế Anh (2013), *Nghiên cứu ứng dụng phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa tụy dạ dày trong cắt khối tá tràng đầu tụy*, Luận án tiến sĩ y học, tr. 1 - 23.
2. Nguyễn Tấn Cường, Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải, Trần Đình Quốc (2004), Ung thư nhú Vater: kết quả điều trị phẫu thuật tại bệnh viện chợ rẫy, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, số 8(3), tr. 125 - 133
3. Lê Văn Cường, Bùi Mạnh Côn, Võ Văn Hùng, Vương Thừa Đức (2012), Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật Whipple cải tiến: Nối tụy - dạ dày qua mở mặt trước dạ dày, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 6(1), tr. 118 - 128.
4. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung, Hồ Sỹ Minh và cs (2004), Phẫu thuật cắt khối tá tụy cho bệnh lý đầu tụy và quanh nhú Vater tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong 6 năm (1997 - 2003): 101 trường hợp, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 8(3), tr. 113-118.
5. Lê Lộc, Phạm Như Hiệp (2004), 'Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư bóng Vater, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 8(3), tr. 134-139.
6. Hồ Văn Linh (2016), *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đầu tụy – tá tràng trong điều trị ung thư bóng Vater*, Luận án tiến sĩ y học, tr. 93 - 99.
7. Đoàn Tiên Mỹ, Phan Minh Trí, Võ Nguyên Phong (2015), Ung thư quanh bóng Vater, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, số 19(1), tr. 218 - 223.
8. Trần Văn Phoi, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Đình Hối (2005), Phẫu thuật Whipple trong điều trị các bệnh quanh bóng Vater, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, số 9(1), tr. 43-48.
9. Charles J. Yeo, MD; Taylor A. Sohn, MD; John L. Cameron (1998), Periampullary adenocarcinoma: analysis of 5 – year survivors, *Annals of Surgery*, Vol. 227, No. 6, pp. 821 - 831.
10. Jurgen Klempnauer, Gerd Jurgen ridder, handsjorg Maschek (1998), Carcinoma of the ampulla of Vater: determinants of long term survival in 94 resected patients, *HPP surgery*, Vol. 11, pp. 1 - 11.
11. Khe T. C. Tran, Hans G. Smeenk (2004), Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy versus standard Whipple procedure: a prospective, randomized, multicenter analysis of 170 patients with pancreatic and periampullary Tumors, *Annals of surgery*, Vol. 240, No. 5, pp. 738 - 745.
12. Mohit Sharma, Ketul puj, Hemkant verma (2017), Alternative technique of pancreaticogastrostomy after pancreaticoduodenectomy a regional cancer centre study, *Int.J.Adv.Res*, 5(7), pp. 1640- 1645.
13. Somala Mohammed, George Van Buren II, Amy McElhany (2017), Delayed gastric emptying following pancreaticoduodenectomy: incidence, risk factors, and healthcare utilization, *World J Gastrointest Surg*, 9(3) pp. 73 - 81.

(Ngày nhận bài: 8/1/2020 - Ngày duyệt đăng: 10/6/2020)