

- Ngũ Thị Hoàng Yến, Nguyễn Thúy Oanh, Trần Minh Hoàng. Vai trò của cắt lớp điện toán trong chẩn đoán giai đoạn ung thư đại tràng. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2013. 17, 36-39.
- Neri E., Francesca T., Francesca C., Lorenzo F., Paola V., et al. Comparison of CT colonography vs. conventional colonoscopy in mapping the segmental location of colon cancer before surgery. *Abdominal imaging*. 2010. 35(5), 589-595, DOI: 10.1007/s00261-009-9570-3.
- Zhou Y., Zhiwei H., Fafu D., Tao Y. Pre-colectomy location and TNM staging of colon cancer by the computed tomography colonography: a diagnostic performance study. *World Journal of Surgical*. 2021, 19(1), 120, DOI:10.1186/s12957-021-02215-4.
- Costi R., Ricco M., Negrini G., Wind P., Violi V et al. Is CT scan more accurate than endoscopy in identifying distance from the anal verge for left sided colon cancer? A comparative cohort analysis. *Journal of Investigative Surgery*. 2020. 33(3), 273-280, DOI: 10.1080/08941939.2018.1492650.

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2715

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT KHỐI TÁ TUY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ QUANH BÓNG VATER TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022 – 2024

Nguyễn Văn Cường^{1*}, Nguyễn Văn Lâm¹, Ngô Đức Hiệp²,
Nguyễn Văn Hiên¹, Nguyễn Khắc Nam³, Nguyễn Minh Tiến¹

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Chợ Rẫy

3. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

* Email: nvcuong145@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/5/2024

Ngày phản biện: 16/6/2024

Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư quanh bóng Vater chiếm tỉ lệ khoảng 0,2% ung thư đường tiêu hoá. Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater là phẫu thuật phức tạp, tỉ lệ thành công cao, tuy còn nhiều biến chứng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư quanh bóng Vater và kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả 31 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater từ tháng 6/2022 đến tháng 4/2024 tại Cần Thơ. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình 405 ± 83 phút. Lượng máu mất ước tính trong mổ là 233 ± 126 ml. Tỉ lệ thành công cắt khối tá tụy nội soi là 84%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 12 ngày. Tỉ lệ có biến chứng nặng (Clavien – Dindo \geq III) là 22,7%. Tỉ lệ đạt kết quả tốt là 61,3%. Trong nghiên cứu này, có 4 trường hợp (13%) rò tụy độ B, và độ C, trong đó rò tụy độ C là 6,5%. Có 3 ca rò mật (9,7%), các trường hợp này đều ổn định sau điều trị nội khoa. Có 2 trường hợp (6,5%) tử vong trong thời gian hậu phẫu: 1 ca do rò tụy độ C và viêm phổi nặng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy là phẫu thuật khả thi, hiệu quả. Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng vẫn còn cao đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm.

Từ khóa: U quanh bóng Vater, phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy, rò tụy

ABSTRACT

EARLY OUTCOMES EVALUATION OF LAPAROSCOPIC PANCREATODUODENECTOMY FOR PERIAMPULLARY CANCERS AT CAN THO CITY IN 2022 – 2024

Nguyen Van Cuong^{1*}, Nguyen Van Lam¹, Ngo Duc Hiep²,
Nguyen Van Hien¹, Nguyen Khac Nam³, Nguyen Minh Tien¹

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Cho Ray Hospital

3. Can Tho Central General Hospital

Background: Periapillary cancers represent 0.2% of all gastrointestinal tumors. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy is a complex procedure with a high success rate, although there are still many complications. **Objectives:** To evaluate the clinical features of periampullary cancer and the early outcome of laparoscopic pancreaticoduodenectomy for periampullary cancer. **Materials and methods:** A prospective observation study was conducted on 31 patients who underwent laparoscopic pancreaticoduodenectomy for periampullary cancers from June 2022 to April 2024 at Can Tho City. **Results:** The mean operation time was 405 ± 83 minutes, with an approximate blood loss of 233 ± 126 ml. The success rate of laparoscopic pancreaticoduodenectomy was 84%. The postoperative hospital stay was 12 days. Major complications (Clavien – Dindo ≥ 3) were 22.7%. The favorable outcomes were 61.3%. In this study, 4 cases (13%) were graded as B, and C pancreatic fistula, with grade C leakage was 6.5%. Three cases experienced biliary fistula (9.7%), and all of them were stabilized with medical management. Two cases (6.5%) resulted in mortality during the postoperative phase: one case had grade C pancreatic fistula and another one had severe pneumonia. **Conclusions:** Laparoscopic pancreaticoduodenectomy for periampullary tumors emerges as a feasible and efficacious surgical modality. Nevertheless, the incidence of complications remains substantial, emphasizing surgeons with extensive expertise.

Keywords: Periapillary tumors, laparoscopic pancreaticoduodenectomy, pancreatic fistula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng quanh bóng Vater được định nghĩa là khối u cách 2 cm tính từ nhú tá lớn. Đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư quanh bóng Vater và phẫu thuật cắt khối tá tuy vẫn còn ít tác giả trong nước nghiên cứu. Mặc dù ngoại khoa là phương pháp điều trị tối ưu, nhưng phẫu thuật cắt khối tá tuy là phẫu thuật phức tạp, tỉ lệ biến chứng và tử vong vẫn còn khá cao [1], [2], [3]. Trong bối cảnh hiện nay, phẫu thuật ít xâm lấn đã và đang phát triển, việc ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt khối tá tuy trong điều trị đã được triển khai và phát triển ở Cần Thơ. Tuy nhiên, hiện nay còn ít báo cáo về kết quả, tính an toàn, tính khả thi của phẫu thuật nội soi cắt khối tá tuy tại Cần Thơ. Nhận thấy những vấn đề trên, nghiên cứu “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt khối tá tuy điều trị ung thư quanh bóng Vater tại thành phố Cần Thơ từ năm 2022 - 2024” được thực hiện với mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư quanh bóng Vater. 2) Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt khối tá tuy điều trị ung thư quanh bóng Vater.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt khối tá tuy do u quanh bóng Vater tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ và bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 4 năm 2024.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán là u quanh bóng Vater gồm u đầu tụy, u bóng Vater, u đoạn cuối ống mật chủ và u tá tràng D2.

+ Không hạn chế về tuổi, giới tính.

+ Khối u chưa xâm lấn mạch máu lớn và có thể cắt được trên hình ảnh học.

+ Nguy cơ phẫu thuật ASA ≤ 3 . Bệnh nhân và gia đình đồng ý phẫu thuật

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Khối u vùng bóng Vater kèm theo nghi ngờ di căn gan, phúc mạc, hoặc cơ quan khác được xác định qua hình ảnh học.

+ Bệnh nhân có khối u đồng mắc ở cơ quan khác.

+ Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng, chống chỉ định với phẫu thuật hoặc gây mê.

+ Giải phẫu bệnh khối u không xuất phát từ vùng quanh bóng Vater.

+ Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng không thể phẫu thuật nội soi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu của nghiên cứu:** Có 31 trường hợp thỏa tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng chung gồm: tuổi, giới tính, lí do vào viện, triệu chứng lâm sàng, chỉ số khối cơ thể - BMI, phân loại ASA. Đặc điểm cận lâm sàng: nồng độ Hb, mức độ thiếu máu, Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, CA19-9. Đặc điểm về phát hiện khối u, dẫn ống mật chủ và dẫn ống tụy trên siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có thuốc cản quang hoặc cộng hưởng từ (MRI) có thuốc tương phản. Kết quả điều trị như phương pháp phẫu thuật, thời gian mổ, lượng máu mất, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, phân loại biến chứng theo Clavien – Dindo [4], tỉ lệ tử vong và kết quả sớm điều trị.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ với mã số phiếu: 22.190.HV/PCT – HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Đặc điểm chung	n=31
Tuổi	61,1 ± 10,4 (41 – 80)
Giới tính (nam/nữ, tỉ số)	22/9 (2,4 :1)
Thời gian bệnh (ngày)	27,5 ± 21,4 (3 – 90)
Lí do vào viện	
Đau bụng	19 (61,3 %)
Vàng da	12 (38,7 %)
Triệu chứng lâm sàng	
Đau bụng	24 (77,4 %)
Vàng da	19 (61,3 %)
Sốt	4 (12,9 %)
Ngứa	1 (3,2 %)
Sụt cân	23 (74,2%)

Đặc điểm chung	n=31
Số cân nặng giảm (Kg)	3,78 ± 1,8 (2 – 9)
Tiền sử bệnh nội khoa	
Tăng huyết áp	25 (80,6%)
Đái tháo đường	13 (41,9%)
Bệnh hô hấp	1 (3,2%)
Uống nhiều rượu bia	2 (6,5%)
Bệnh lí khác	2 (6,5%)
ASA I	6 (19,4%)
ASA II	19 (61,3%)
ASA III	6 (19,4%)
Tiền sử phẫu thuật đường mật	3 (9,7%)
Đặt stent đường mật trước mổ	5 (16,1%)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 61,1 ± 10,4 tuổi. Trong đó, tỉ lệ nam: nữ là 2,4:1. Lí do vào viện chính là đau bụng (61,3%) và vàng da (38,7%). Đau bụng (77,4%), vàng da (61,3%) và sụt cân (74,2%) là các triệu chứng thường gặp. Có hơn 80% có bệnh lí đi kèm, do đó ASA II và ASA III chiếm đến 80,7%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Xét nghiệm	n=31
Nồng độ Hb, g/dL	12,2 ± 1,6 (8,5 – 16,2)
Thiếu máu nhẹ	14 (45,2%)
Thiếu máu trung bình	4 (12,9%)
Tăng nồng độ Bilirubin	25 (80,6%)
Tăng nồng độ CA 19 – 9	24 (77,4%)
Giá trị CA 19 – 9	293,3 ± 356,2 (0,8 – 1272)
Siêu âm phát hiện u	22 (71,0%)
CLVT/MRI phát hiện u	29 (93,5%)
Kích thước khối u (cm)	2,9 ± 1,4 (0,8 – 6,4)
Vị trí	29 (93,5%)
U đầu tụy	13 (44,8%)
U bóng Vater	11 (37,9%)
U đoạn cuối ống mật chủ	4 (13,8%)
U tá tràng D2	1 (3,4)
MSCT/MRI có dẫn ống mật chủ	29 (93,5%)
MSCT/MRI có dẫn ống tụy	17 (54,8%)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 18 bệnh nhân (58,1%) có tình trạng thiếu máu, trong đó có 4 bệnh nhân (12,9%) thiếu máu mức độ trung bình. Có 25 bệnh nhân tăng Bilirubin toàn phần và trực tiếp. 24 trường hợp tăng CA 19 – 9, chiếm tỉ lệ 77,4%. Có 29 (93,5%) trường hợp phát hiện được khối u qua MSCT/MRI. Trong khi đó, siêu âm chỉ phát hiện 22 (71%) trường hợp. Trên hình ảnh học, u đầu tụy và u bóng Vater là thường gặp, lần lượt là 44,8% và 37,9%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật của dân số nghiên cứu

Kết quả phẫu thuật	n=31
Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	22 (71%)
Phẫu thuật nội soi toàn bộ	4 (12,9%)

Kết quả phẫu thuật	n=31
Chuyển mổ mở	5 (16,1%)
Kích thước đường mổ nhỏ, cm	5,64 ± 1,1 (5 – 8)
Thời gian mổ, phút	405 ± 83 (260 – 605)
Lượng máu mất, mL	233 ± 126 (100 – 550)
Truyền máu trong mổ	19 (61,3%)
Tỉ lệ tai biến trong mổ	4 (12,9%)
Chảy máu từ ĐM tá tụy trên	1 (3,2%)
Chảy máu từ TM mạc treo tràng trên	2 (6,5%)
Chảy máu từ quai Henle	1 (3,2%)

Nhận xét: Có 26 trường hợp (83,9%) phẫu thuật nội soi thành công. Có 5 trường hợp (16,1%) phải chuyển mổ mở, chủ yếu là do chảy máu trong mổ nội soi (4 trường hợp, 12,9%). Thời gian mổ trung bình là 405 ± 83 phút, lượng máu mất trung bình 233 ± 126 ml. Có 19 bệnh nhân được truyền máu trong mổ.

3.4. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 4. Kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy

Kết quả sau mổ	n=31
Thời gian hậu phẫu (ngày)	12 ± 5 (5 – 26)
Rò tụy	4
Độ B	2 (6,5%)
Độ C	2 (6,5%)
Rò mật độ B	3 (9,7%)
Chậm lành trông dạ dày	6 (19,5%)
Chảy máu sau mổ	3 (9,7%)
Chảy máu sớm (<24 giờ)	1 (3,2%)
Chảy máu muộn (>24 giờ)	2 (6,5%)
Biến chứng chung	14 (45,2%)
Biến chứng lớn theo Clavien – Dindo ≥ 3)	7 (22,7%)
Mổ lại	3 (6,5%)
Tử vong	2 (6,5%)

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 12 ngày, với tỉ lệ rò tụy B, C là 13%, rò mật là 9,7%, chảy máu sau mổ là 3%, trong đó có 1 trường hợp chảy máu sớm từ miệng nối vị - tràng cần phải mổ lại. Có 2 trường hợp tử vong, tỉ lệ 6,5%. Tỉ lệ biến chứng lớn (Clavien – Dindo ≥ 3) là 22,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu có 31 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 61,1 ± 10,4. Tuổi trung bình cao hơn kết quả của tác giả Trần Quế Sơn và cộng sự, tác giả Nguyễn Khắc Nam và cộng sự, có tuổi trung bình lần lượt là 53,2 và 54,8 tuổi; thấp hơn tác giả Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự và tác giả nước ngoài [1], [2], [3], [5]. Nam giới trong nghiên cứu chiếm ưu thế, tỉ lệ nam: nữ là 2,4:1, đặc điểm này tương tự với các tác giả trong và ngoài nước. Bệnh nhân lớn tuổi thường kèm theo các bệnh lí nội khoa, do đó trong nghiên cứu, ASA II và III chiếm ưu thế (tỉ lệ 80,7%), tương tự tác giả Trần Quế Sơn, Phạm Minh Hải và cộng sự [1], [6]. Triệu chứng vào viện của bệnh nhân chính là đau bụng (19 ca, 61,3%) và vàng da (12 ca,

31,8%). Tuy nhiên qua khai thác bệnh sử thì đau bụng (77,4%), vàng da (61,3%), sụt cân (74,2%) vẫn là các triệu chứng thường gặp, tương tự với một số tác giả trong nước [1], [2], [3]. Bệnh nhân lớn tuổi vào viện với những than phiền về đau bụng, vàng da, sụt cân nên được tầm soát bệnh lí u quanh bóng Vater.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu này, có 25 bệnh nhân (80,6%) tăng Bilirubin, tương tự kết quả của các tác giả trong nước. Đặc điểm này được xem là đặc trưng của khối u vùng quanh bóng Vater gây tắc mật, đặc biệt những bệnh nhân lớn tuổi có biểu hiện tắc mật không có nhiễm trùng đường mật thì nên nghĩ đến bệnh lí u quanh bóng Vater. Dấu ấn sinh học CA 19 – 9 tăng trong 24 trường hợp (77,4%) với giá trị trung bình $293,3 \pm 356,2$ (0,8 – 1272). Tỷ lệ này chỉ có 53,3% theo tác giả Nguyễn Văn Tuấn, tác giả Trần Quế Sơn báo cáo tỷ lệ này 60% [1], [3].

Về hình ảnh học, siêu âm bụng phát hiện u chỉ 71% (22 ca), thường là các khối u trên 2cm. Đặc điểm này tương tự với kết quả của Nguyễn Văn Tuấn và Trần Quế Sơn [1], [3]. MSCT/MRI là công cụ chính trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn khối u vùng quanh bóng Vater. Tỷ lệ phát hiện u trên MSCT/MRI từ kết quả của nghiên cứu là 93,5%, theo vị trí thì tỷ lệ khối u đầu tụy 44,8%, u bóng Vater 37,9%, u đoạn cuối ống mật chủ 13,8% và 1 trường hợp MSCT ghi nhận u tá tràng D2, tuy nhiên qua khảo sát lại dựa vào nội soi thì xác định vị trí u ở bóng Vater. Vị trí khối u thường thay đổi giữa các nghiên cứu, tuy nhiên chiếm ưu thế vẫn là khối u đầu tụy và u bóng Vater.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Kết quả của nghiên cứu này, có thời gian mổ trung bình là 405 phút. Thời gian mổ trong nghiên cứu dài hơn một số tác giả, do các trường hợp phẫu thuật nội soi toàn bộ thường kéo dài hơn 480 phút. So với mổ mở, thì thời gian phẫu thuật nội soi dài hơn. Lượng máu mất trung bình là 233 mL, ít hơn so với mổ mở. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nghiên cứu là 16,1%, thấp hơn của tác giả Trần Quế Sơn – 20%, cao hơn so với tác giả Nguyễn Khắc Nam – 13,1%. Thời gian phẫu thuật lượng máu mất trong mổ, so với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước là chấp nhận được [1], [2], [5],[7].

4.4. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 12 ngày, ngắn hơn các tác giả Wang – 15 ngày, Trần Quế Sơn – 19,5 ngày, dài hơn so với Phạm Minh Hải – 8 ngày và Võ Trường Quốc - 9,5 ngày [1], [6], [7], [8]. Ra viện sớm nhất sau mổ là 7 ngày. Có 2 trường hợp nằm viện 24 và 26 ngày, cũng là 2 trường hợp có biến chứng sau mổ cần phải mổ lại, 1 là do chảy máu sớm sau mổ và 1 trường hợp rò tụy độ C.

Rò tụy, rò mật và chảy máu sau mổ đến nay vẫn là các biến chứng đáng sợ của phẫu thuật tụy, trong đó rò tụy là biến chứng đáng ngại nhất. Kết quả của chúng tôi, có 4 trường hợp rò tụy B, C – 2 trường hợp (6,5%) rò độ C, trong đó 1 trường hợp sau mổ lại bệnh nhân diễn tiến nặng, suy đa cơ quan và gia đình xin về. Tỷ lệ này thấp hơn tác giả Trần Quế Sơn và Chao, cao hơn so với kết quả của Phạm Minh Hải [1], [5], [6]. Rò mật có 3 ca (9,7%) và đều ổn định sau điều trị nội khoa. Chảy máu sau mổ có tỷ lệ 9,7%, trong đó có 1 trường hợp chảy máu muộn liên quan đến rò tụy và được mổ lại. Sau khi xem xét kết quả của các tác giả trong và ngoài nước, kết quả về tỷ lệ biến chứng rò tụy, rò mật và chảy máu không chênh lệch nhiều [1], [2], [7], [9]. Có 3 trường hợp mổ lại, 1 do chảy máu từ miệng nối vị - tràng vào giờ thứ 8 sau mổ và 2 bệnh nhân rò tụy độ C, trong số này có 1 bệnh nhân tử vong sau

mổ lại. Biến chứng chung sau mổ là 45,1% (14 trường hợp). Trong đó biến chứng nặng (Clavien – Dindo ≥ 3) là 22,7%, có 2 trường hợp tử vong (6,5%). Trong 2 trường hợp tử vong, 1 là do rò tụy độ C và 1 trường hợp suy hô hấp nặng do viêm phổi bệnh viện. Kết quả này gần với tác giả Chao – 20,5% và tác giả Song và cộng sự - 33,1%, cao hơn của Phạm Minh Hải – 13,8% [5], [6], [10]. Theo phân tích gộp của Liao và cộng sự, cho thấy tỉ lệ biến chứng dao động 18,1% đến 64,2%. Biến chứng chung là 35,9% và tỉ lệ tử vong sau mổ từ 0 đến 8% [10]. Trong nghiên cứu này, những bệnh nhân có biến chứng nặng thường liên quan đến rò tụy, viêm phổi sau mổ và đặc biệt là bệnh nhân lớn tuổi. Tỉ lệ biến chứng, tử vong mặc dù còn vẫn còn cao, tuy nhiên có thể chấp nhận được.

V. KẾT LUẬN

Ung thư quanh bóng Vater thường có triệu chứng không đặc hiệu, trong đó đau bụng, vàng da, sụt cân là triệu chứng thường gặp. Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ bụng có tiêm chất tương phản là những công cụ chẩn đoán hiệu quả. Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy là phương pháp khả thi, và an toàn tuy biến chứng, tử vong sau mổ vẫn đáng ngại. Đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm trong phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quế Sơn. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy điều trị u vùng bóng Vater. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2021.134
2. Nguyễn Khắc Nam và cộng sự. Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy – Kết quả và kinh nghiệm của bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. *Tạp chí Gan mật Việt Nam*. 2022. 1(1), 28 – 29.
3. Nguyễn Văn Tuấn, Mai Văn Đợi, Nguyễn Văn Hiên, Võ Quang Huy, Phạm Văn Năng. Phẫu thuật nội soi cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ. *Tạp chí Y Dược Học Cần Thơ*. 2021. 44, 130 – 131.
4. Dindo, D, Demartines, N. và Clavien, P. A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004. 240(2), 205 - 213, doi: 10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae.
5. Chao, YJ., Lu, WH., et al. Feasibility of simultaneous development of laparoscopic and robotic pancreaticoduodenectomy. *Sci Rep*. 2023. 13(1), 6190, doi: 10.1038/s41598-023-33269-x.
6. Phạm Minh Hải và cộng sự. Kết quả sớm của 65 trường hợp phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt khối tá tụy điều trị ung thư quanh bóng Vater. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2023. 59,10 – 17, <https://doi.org/10.58490/ctump.2023i59.1564>.
7. Wang M, Li D, Chen R, et al. Laparoscopic versus open pancreatoduodenectomy for pancreatic or periampullary tumours: a multicentre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021. 6, 438-447, doi:10.1016/S2468-1253(21)00054-6.
8. Võ Trường Quốc, Đoàn Tiến Mỹ, Trần Công Duy Long, Phan Minh Trí. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tụy: Nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm. *Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam*. 2023. 1(13), doi: <https://doi.org/10.51199/vjssel.2023.1.3>.
9. Nagakawa Y, Nakamura Y, Honda G, et al. Learning curve and surgical factors influencing the surgical outcomes during the initial experience with laparoscopic pancreaticoduodenectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018. 25,498-507, doi: <https://doi.org/10.1002/jhbp.586>.
10. Song X, Ma Y, Shi H, Liu Y. Application of Clavien-Dindo classification-grade in evaluating overall efficacy of laparoscopic pancreaticoduodenectomy. *Front Surg*. 2023. 10(3),1043329. doi:10.3389/fsurg.2023.1043329.
11. Liao, C.-H., Wu, Y.-T., et al. Systemic Review of the Feasibility and Advantage of Minimally Invasive Pancreaticoduodenectomy. *World Journal of Surgery*. 2016. 40(5), 1218–1225, doi: 10.1007/s00268-016-3433-1.