

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG TỤY

Đỗ Hữu Liệt, Đoàn Tiến Mỹ, Phạm Hữu Thiện Chí, Bùi An Thọ,
Phan Minh Trí, Lê Công Khánh, Nguyễn Phước Hưng, Nguyễn Đình Tam,
Phạm Duy Toàn, Trần Đình Quốc, Lê Quang Chính,
Hoàng Công Thành, Nguyễn Thái Tuấn, Lê Công Trí, Trần Vinh Long Trường,
Hoàng Thanh Lâm, Thiêm Việt Phúc, Trần Thị Bé Thi, Dương Thùy Linh

TÓM TẮT

Mở đầu: Chấn thương tụy không thường gặp trong chấn thương bụng, chiếm từ 2-5% trường hợp. Việc chẩn đoán và điều trị vẫn là một thách thức do tụy nằm sau phúc mạc nên dễ bỏ sót. Phẫu thuật điều trị chấn thương tụy là phẫu thuật khó đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm và chúng tôi muốn đưa những kinh nghiệm và kết quả của chúng tôi về phẫu thuật này.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu các trường hợp chấn thương tụy được chẩn đoán và phẫu thuật tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2018 đến tháng 3/ 2019.

Kết quả: Chúng tôi thực hiện phẫu thuật cho 32 trường hợp. Có 26 nam chiếm 92,9% và 2 nữ chiếm 7,1%, tuổi trung bình $25,6 \pm 8,8$ (11-43). Phân độ theo AAST có 15 trường hợp độ III (46,9%), 13 trường hợp (40,6%) độ 4 và độ 5 là 4 trường hợp (12,5%). Vị trí chấn thương ở đầu tụy 4 trường hợp (12,5%), thân tụy 23 trường hợp (70,9%) và 5 trường hợp ở đuôi tụy (15,6%). Cắt tụy đoạn xa 16 trường hợp (50%), đóng đầu gần nối đầu xa với hồng tràng theo Roux-en-Y 13 trường hợp (40,6%) và phẫu thuật Whipple 3 trường hợp (9,4%). Không có tai biến trong phẫu thuật, biến chứng rò tụy 11 trường hợp (44,4%). Không có trường hợp tử vong sau phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện trung bình lần lượt là 4.2 ± 2.2 giờ (2-10) và $13,1 \pm 6,9$ ngày (7-30).

Kết luận: Tụy cỡ mẫu còn ít nhưng kết quả sớm cho thấy phẫu thuật chấn thương tụy cho tỷ lệ thành công cao, biến chứng rò tụy chủ yếu điều trị nội khoa. Chẩn đoán và phân độ chấn thương tụy trước phẫu thuật quan trọng, quyết định đến việc can thiệp phẫu thuật và tiên lượng sau phẫu thuật. Đối với chấn thương tụy độ 3, 4 và 5 thời điểm phẫu thuật sẽ ảnh hưởng đến biến chứng sau phẫu thuật và tiên lượng của bệnh nhân.

Từ khóa: Chấn thương tụy, phẫu thuật Whipple, cắt tụy đoạn xa.

ABSTRACT

EVALUATION OF EARLY RESULTS OF SURGERY TREATMENT FOR PANCREATIC TRAUMA

Do Huu Liet, Doan Tien My, Pham Huu Thien Chi, Bui An Tho,
Phan Minh Tri, Le Cong Khanh, Nguyen Phuoc Hung, Nguyen Dinh Tam, Pham Duy Toan,
Tran Dinh Quoc, Le Quang Chinh, Hoang Cong Thanh, Nguyen Thai Tuan, Le Cong Tri,
Tran Vinh Long Truong, Hoang Thanh Lam, Thiem Viet Phuc, Tran Thi Be Thi, Duong Thuy Linh

1. BV Chợ Rẫy

- Ngày nhận bài (Received): 25/4/2019; Ngày phản biện (Revised): 3/6/2019;
- Ngày đăng bài (Accepted): 17/6/2019
- Người phản hồi (Corresponding author): Đỗ Hữu Liệt
- Email: dohuuliet73@yahoo.com SĐT: 0913 849 434

Background: Pancreatic trauma in blunt trauma abdomen is an uncommon, accounting for 2-5% of cases. Despite its relatively uncommon incidence, diagnosis and management of pancreatic trauma remain a persistent challenge. Due to the deep retroperitoneal location of pancreas, early diagnosis of pancreatic trauma may be missed. The blunt pancreatic operation is difficult surgery which is required a surgeon's experience and we would like to evaluate our experience and its effectiveness to this procedure.

Methods: A prospective study of cases of pancreatic trauma diagnosed and surgically performed in the Department of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery of Cho Ray hospital from January 2018 to March 2019.

Results: We performed surgery for 32 cases. There were 29 males accounting for 90.6% and 3 females (9.4%), the median age was 26.4 ± 8.9 (11-53). According to AAST classification, there were 15 cases of grade 3 (46.9%), 13 cases (40.6%) grade 4 and grade 5 with 4 cases (12.5%). The position of trauma at the head of the pancreas was 4 cases (12.5%), pancreatic body 23 cases (71.9%) and 5 cases of pancreatic tail (15.6%). Distal pancreatectomy 16 cases (50%), proximally pancreatic closure and distal pancreateojejunostomy in Roux-en-Y 13 cases (40.6%) and Whipple procedure 3 cases (9.4%), there was no intra-operative morbidity, complication rate of pancreatic fistulas were 11 cases (34.4%). There was no post-operative mortality. The median duration of operation and hospital stay were 4.2 ± 2.2 hours (2-10) and 13.1 ± 6.9 days (7-30).

Conclusion: Although the sample size is still small, early results show that pancreatic trauma surgery has a high success rate. Pancreatic fistula complications are mainly medical treatment. The diagnosis and classification of preoperative pancreatic trauma is crucial to surgical intervention and prognosis after surgery. For pancreatic trauma of grade 3, 4 and 5, the time of surgery will affect complications after surgery and the patient's prognosis

Key words: Pancreatic trauma, Whipple procedure, distal pancreatectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tụy không thường gặp trong chấn thương bụng, chiếm từ 2-5% trường hợp [1]. Mặc dù tỷ lệ chấn thương tụy tương đối hiếm gặp, nhưng chẩn đoán và xử trí chấn thương tụy vẫn còn nhiều thách thức trong điều trị chấn thương. Tụy nằm sau phúc mạc nên khi bị chấn thương làm cho chẩn đoán khó hơn do triệu chứng thường mơ hồ. Chụp cắt lớp vi tính (CT) vẫn là phương tiện chủ yếu để chẩn đoán chấn thương tụy. Gần đây, nhấn mạnh vào việc phát hiện sớm chấn thương ống tụy và tăng xu hướng điều trị không phẫu thuật chấn thương tụy, cộng hưởng từ hình ảnh (MRI), nội soi đường mật ngược dòng (ERCP) và đặt stent qua nội soi cũng được đưa vào phối hợp điều trị chấn thương tụy [2], [3]. Phẫu thuật điều trị chấn thương tụy là phẫu thuật khó đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm. Bài viết này cung cấp một kết quả sớm trong điều trị phẫu thuật chấn thương tụy, chúng tôi muốn chia sẻ những kinh nghiệm và hiệu quả điều trị của chúng tôi về phẫu

thuật này. **Mục tiêu nghiên cứu:**

- Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật chấn thương tụy
- Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

- **Đối tượng nghiên cứu** là những bệnh nhân bị chấn thương tụy được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 3 năm 2019 với tiêu chuẩn chọn bệnh là những chấn thương tụy độ III, IV, V theo AAST và tiêu chuẩn loại trừ là những vết thương tụy.

- Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo loạt ca

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2018 đến tháng 3/2019 chúng tôi thực hiện phẫu thuật được 32 trường hợp chấn thương

Bệnh viện Trung ương Huế

tuyệt đối tuân thủ tiêu chuẩn chọn bệnh tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy Bệnh viện Chợ Rẫy.

Tuổi trung bình $26,4 \pm 8,9$ (11-53), trong đó nam 29 (90,6%), nữ 3 (9,4%).

Tỷ lệ nam/nữ 9,7/1

Bảng 1: Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Công nhân	12	37,5
Nông dân	10	31,3
SV+HS	8	25
CNV	2	6,3

Bảng 2: Cơ chế chấn thương và thời gian chấn thương

Cơ chế chấn thương	n	%
Đã thương	2	6,3
Tai nạn lao động	3	9,4
Tai nạn lưu thông	26	81,3
Tai nạn sinh hoạt	1	3,1
Thời gian chấn thương		
< 12 giờ	19	59,4
12-24 giờ	8	25
> 24 giờ	5	15,6

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương

Vị trí tổn thương	n	%
Đầu tụy	4	12,5
Thân	23	71,9
Đuôi	5	15,6
Phân độ trên CT		
Độ III	15	46,9
Độ IV	13	40,6
Độ V	4	12,5

Bảng 4: Phương pháp phẫu thuật

Loại phẫu thuật	n	%
Cắt khối tá tụy	3	9,4
Cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng	1	3,1
Cắt đuôi tụy bảo tồn lách	2	6,3
Cắt đuôi tụy+ lách	2	6,3
Cắt thân đuôi tụy bảo tồn lách	5	15,6
Cắt thân đuôi tụy+ lách	7	21,9
Đóng đầu gần, nối đầu xa hồng tràng	4	12,5
Đóng đầu gần nối đầu xa hồng tràng (DL ống tụy)	8	25

Kết quả phẫu thuật:

- Thời gian phẫu thuật trung bình $4,2 \pm 2,2$ (2 – 10) giờ
- Thời gian nằm viện trung bình $12,5 \pm 6,7$ (7-30) ngày
- Biến chứng:
 - ✓ Rò tụy: 11 trường hợp (34,4%), Phân độ theo ISGPF : rò tụy mức độ A - 6 trường hợp, rò tụy mức độ mức độ B – 5 trường hợp, không có trường hợp nào rò tụy mức độ C
 - ✓ **Áp xe tồn lưu: 1 trường hợp được chọc hút dẫn lưu tại chỗ**
 - ✓ Nhiễm trùng vết mổ 1 trường hợp chỉ điều trị chăm sóc tại chỗ

Bảng 5: Phương pháp xử lý rò tụy

Phương pháp	n	%
Đặt dẫn lưu pigtail	4	12,5
Đặt stent	2	6,3
Cắt cơ vòng	1	3,1
Nội khoa	3	9,4

Bảng 6: Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị trên phân tích đa biến

Mối tương quan theo phân tích đa biến	p
Thời gian chấn thương > 24giờ	0,01
Thời gian phẫu thuật	0,5
Chấn thương phối hợp	0,07
Số lần phẫu thuật	0,12
Vị trí tổn thương	0,10

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân trong lô nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là trẻ, nam giới trong tuổi lao động, họ hầu hết là công nhân và nông dân. Điều này thể hiện gánh nặng cho gia đình và xã hội vì họ là lao động chính cho gia đình. Tai nạn lưu thông chiếm hầu hết các trường hợp (81,3%), rõ ràng tai nạn lưu thông tỷ lệ thuận với chấn thương tụy, phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Linh, Trịnh Văn Tuấn trước đó [4], [5].

Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật rất quan trọng vì có liên quan đến biến chứng của bệnh nhân sau phẫu thuật, những bệnh nhân nhập viện sau 24 giờ có 5 trường hợp, sau phẫu thuật có 4 trường hợp xác nhận có rò tụy sau mổ, 8 trường hợp nhập viện từ 12-24 giờ thì có 3 trường hợp rò tụy sau mổ. Trong khi 19 trường hợp còn lại, nhập viện trước 12 giờ, chỉ có 4 trường hợp rò tụy sau mổ. Trong phân tích đa biến về mối liên quan giữa biến chứng và thời gian chấn thương, theo đó nếu nhập viện sau 24 giờ tỷ lệ biến chứng tăng lên có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$, điều này phù hợp với nghiên cứu của Gupta và cộng sự [18].

Vị trí tổn thương hầu hết vùng cổ tụy hay thân tụy điều này phù hợp với cơ chế chấn thương tụy trực tiếp, việc tụy nằm sau phúc mạc được bảo vệ khó bị chấn thương. Tuy nhiên, vì tụy nằm vắt ngang cột sống nên khi chấn thương trực tiếp với lực chấn thương mạnh sẽ dễ làm tụy đứt rời ở cổ tụy hoặc thân tụy. Theo phân độ AAST, chấn thương tụy độ III và độ

IV là chấn thương đứt vùng thân tụy lần lượt về phía trái và phải của tĩnh mạch mạc treo tràng trên có tổn thương ống tụy chính, đây là chấn thương thường gặp nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chấn thương tụy độ III và IV có 28 trường hợp chiếm 87,5%, phù hợp với nghiên cứu của Kumar và cộng sự [6]. Chấn thương tụy độ V với vỡ nát đầu tụy, thường ít gặp. Tuy nhiên, đây là chấn thương nặng, phẫu thuật được lựa chọn có thể cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng trong trường hợp chỉ vỡ đầu tụy đơn thuần không kèm tổn thương tá tràng hoặc đường mật chính. Khi đó, đầu tụy được cắt bỏ, ống tụy được thắt lại gần với ống mật chủ và đầu xa sẽ được nối với hồng tràng theo Roux-en-Y. Trong trường hợp chấn thương tụy phối hợp với chấn thương tá tràng và/hoặc chấn thương đường mật chính thì phẫu thuật cắt khối tá tụy được thực hiện.

Việc lựa chọn phương pháp điều trị chấn thương tụy tùy thuộc vào (1) mức độ tổn thương theo AAST, (2) vị trí tổn thương, (3) tổn thương phối hợp, (4) thời gian từ lúc chấn thương đến khi can thiệp [2], [7], [8]. Hiện nay, theo Wong và cộng sự CT bụng có cản quang có thể phát hiện chấn thương ống tụy 97,9% ở thì nhu mô và gần 100% ở thì tĩnh mạch. Trong trường hợp CT không phát hiện tổn thương thì MRCP sẽ giúp ích rất nhiều cho việc phát hiện tổn thương ống tụy [9]. Theo nghiên cứu của Kumar và cộng sự, trên 50% chấn thương tụy có tổn thương ống tụy [6], điều này có nghĩa là hơn 50% bệnh nhân chấn thương tụy từ độ III trở lên và phải can thiệp phẫu thuật. Theo AAST, chấn thương tụy độ I,II chỉ chấn thương dập, vỡ nhu mô tụy, không bị tổn thương ống tụy nên chỉ điều trị bảo tồn, chỉ tiến hành phẫu thuật khi chấn thương bụng tổn thương tạng khác kèm theo. Khi đó chấn thương tụy chỉ được xử lý cầm máu nhu mô (nếu có chảy máu) và đặt ống dẫn lưu hậu cung mạc nối theo dõi [2]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không đề cập đến chấn thương tụy độ I và II. Với chấn thương tụy độ III việc cắt bỏ phần tụy xa là phẫu thuật tiêu chuẩn được lựa chọn, nếu chấn thương lách kèm

theo thì có thể cắt lách cùng với cắt tụy. Trường hợp tổn thương ở cổ tụy việc đóng lại đầu gần và nối đầu xa với hồng tràng thay thế cắt bỏ tụy để bảo tồn phần xa của tụy là cần thiết [10]. Nghiên cứu của chúng tôi có 16 trường hợp (50%) cắt tụy đoạn xa, trong đó có 9 trường hợp kèm cắt lách do chấn thương lách 5 trường hợp và 4 trường hợp không thể bảo tồn được lách trong quá trình cắt tụy. Trong 16 trường hợp cắt tụy đoạn xa có 2 trường hợp tổn thương tụy độ IV, do phần tụy xa bị dập nhiều và bệnh nhân đến trễ nên không giữ được, việc nối đầu xa với hồng tràng trong trường hợp này không an toàn nên chúng tôi quyết định cắt bỏ. Đối với chấn thương tụy độ IV, theo tác giả Sharpe và Asensio dẫn lưu tụy được khuyến cáo như là một phần của phẫu thuật kiểm soát thương tổn, khi tình trạng bệnh nhân cải thiện có thể tiến hành phẫu thuật cắt bỏ phần xa tụy hoặc nối tụy ruột [11], [12]. Chúng tôi không đồng ý với quan điểm của 2 tác giả, việc chấn thương tụy độ IV có vỡ ống tụy kèm theo thì cần can thiệp phẫu thuật càng sớm càng tốt vì thời điểm can thiệp sẽ là một trong những yếu tố quyết định sự thành công của cuộc phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi luôn tuân thủ về điều này, khi phát hiện chấn thương tụy có kèm tổn thương ống tụy, chúng tôi luôn chủ động phẫu thuật càng sớm càng tốt khi có thể. Trong chấn thương tụy độ V, theo Asensio phẫu thuật cắt khối tá tụy là lựa chọn đầu tiên. Tuy nhiên, bệnh nhân bị chấn thương tụy độ V thường nặng nên việc phẫu thuật cắt khối tá tụy cần phải cân nhắc, nhiều nghiên cứu khuyến cáo nên hồi sức ổn định bệnh nhân trước sau đó phẫu thuật cắt khối tá tụy sau [13], [14]. Chúng tôi cho rằng quan điểm trên là cần thiết, tuy nhiên tổn thương tụy độ V nếu tình trạng bệnh nhân cho phép vẫn tiến hành thực hiện phẫu thuật cắt khối tá tụy. Vì như đã nói ở trên, thời gian chấn thương càng lâu thì sẽ tăng tỷ lệ biến chứng. Ngoài ra, chấn thương tụy độ V có 10% chấn thương khối tá tụy kèm theo [6], cho nên không thể trì hoãn can thiệp quá lâu sẽ ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi,

có 3 trường hợp cắt khối tá tụy trong đó 1 trường hợp tổn thương tá tràng (vỡ tá tràng), 1 trường hợp tổn thương đoạn cuối ống mật chủ và 1 trường hợp tá tràng bị thiếu máu. Tất cả 3 trường hợp này đều thành công, chỉ trường hợp nào bị rò tụy mức độ A (theo phân độ ISGPF) sau phẫu thuật, bệnh nhân này được điều trị nội khoa tự lành sau khi xuất viện. Chúng tôi cũng gặp 1 trường hợp vỡ tụy độ V nhưng không tổn thương phối hợp với khối tá tụy, được phẫu thuật cắt bỏ đầu tụy bảo tồn tá tràng, trường hợp này sau phẫu thuật bệnh ổn định không bị biến chứng, bệnh nhân được xuất viện ngày thứ 9 sau phẫu thuật. Theo Đoàn Tiến Mỹ [15], cắt bỏ đầu tụy bảo tồn tá tràng là phẫu thuật an toàn, nhẹ nhàng, không có tai biến phẫu thuật và ít biến chứng, với phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Phẫu thuật có thể được áp dụng tốt trong bệnh lý lành tính khu trú vùng đầu tụy hay chấn thương vùng đầu tụy. Hiện nay, tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy đang áp dụng phương pháp này cho điều trị vỡ đầu tụy độ V không kèm với chấn thương khối tá tụy phối hợp.

Thời gian phẫu thuật trung bình $4,2 \pm 2,2$ (2- 10) giờ, chứng tỏ phẫu thuật chấn thương tụy là phẫu thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có sức khỏe tốt, nhiều kinh nghiệm. Trong báo cáo nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng và tử vong trong chấn thương tụy tác giả Đỗ Duy Tiền [16] ghi nhận việc phẫu thuật thất bại phải mổ lại nhiều lần là một trong hai yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng và tử vong trong chấn thương tụy với p lần lượt là 0,032 và 0,028

Thời gian nằm viện kéo dài trung bình $12,5 \pm 6,7$ (7- 30) ngày, điều này chứng tỏ phẫu thuật chấn thương tụy không những khó khăn mà còn tốn kém. Việc không có trường hợp nào được xuất viện trước 7 ngày chứng tỏ phẫu thuật viên và bác sĩ điều trị hậu phẫu rất thận trọng trong chăm sóc hậu phẫu. Như đã nói ở trên, thời gian nằm viện lâu gây tốn kém và là gánh nặng cho gia đình. Đối với xã hội, thời gian nằm viện lâu là một thiệt hại đáng kể vì hầu hết chấn thương tụy ở tuổi còn trẻ, chủ yếu là

công nhân và nông dân - là lực lượng sản xuất chính làm ra của cải vật chất cho xã hội.

Biến chứng sau phẫu thuật chủ yếu là rò tụy với 11 trường hợp (34,4%), so với Đỗ Duy Tiền 21,9% [16], Võ Tấn Long 23,2% [17], Nguyễn Hoàng Linh 18,2% [4]. Tuy nhiên, rò tụy trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là mức độ A và B, đối với rò tụy mức độ A chúng tôi chỉ điều trị bảo tồn không can thiệp gì, bệnh nhân hầu hết ổn định sau xuất viện, trường hợp rò tụy mức độ B chúng tôi tiến hành can thiệp bằng ERCP cắt cơ vòng đặt stent cho những trường hợp rò tụy đoạn gần, đồng thời chọc dẫn lưu ổ tụ dịch (nếu có) với pigtail lưu đến khi đạt hiệu quả. Trong 4 trường hợp phải đặt pigtail dẫn lưu ổ tụ dịch là do ống dẫn lưu đã được rút trước đó (do đánh giá rò tụy độ A đã ổn), bệnh nhân được xuất viện, sau đó bị đau bụng, phải nhập viện lại và được kiểm tra phát hiện tụ dịch vùng đuôi tụy và hồ lách. Bệnh nhân được dẫn lưu ổ tụ dịch dưới hướng dẫn của siêu âm và lưu ống, tất cả được tái khám sau 2 tuần đều ổn định và được rút ống. Những trường hợp này đều xảy ra ở cắt tụy đoạn xa, 1 trường hợp rò tụy đoạn gần sau phẫu thuật đóng đầu gần nối đầu xa theo Roux en Y, được cắt cơ vòng sau đó cũng ổn định. Trong nghiên cứu với 8 trường hợp đóng đầu gần nối đầu xa với quai hồng tràng theo Roux-en-Y có dẫn lưu ống tụy ra da thì chỉ có 1 trường hợp rò tụy mức độ A, các trường hợp còn lại đều không rò tụy, phải chăng dẫn lưu ống tụy ra da trong trường hợp này là cần thiết và hiệu quả. Vì số liệu còn ít cho nên chúng tôi chưa thể kết luận hiệu quả của phương pháp này và sẽ có bài báo cáo riêng trong thời gian tới.

Phân tích đa biến 5 yếu tố liên quan đến kết quả điều trị gồm thời gian chấn thương sau 24 giờ, vị trí chấn thương, chấn thương phối hợp, thời gian phẫu thuật và số lần phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận chỉ có thời gian chấn thương sau 24 giờ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật có ý nghĩa thống kê, mà ở đây là rò tụy, với $p = 0,001$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Gupta [18], ông cho rằng nếu chấn đoán trễ sau 24 giờ tỷ lệ biến chứng tăng từ 62% lên đến 80%, cũng theo tác giả tỷ lệ tử vong chung trong chấn thương tụy là 20% trong đó chấn thương tụy độ III, IV, V lần lượt là 16%, 50% 100%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào tử vong, kết quả nghiên cứu có khác so với nghiên cứu của Đỗ Duy Tiền, có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít và phương pháp nghiên cứu của 2 tác giả khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương tụy là chấn thương nặng, xảy ra chủ yếu ở nam giới, trẻ, trong lứa tuổi lao động, phẫu thuật khó khăn với thời gian mổ kéo dài, đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm, thời gian nằm viện lâu. Tuy cỡ mẫu còn ít nhưng kết quả sớm cho thấy phẫu thuật chấn thương tụy tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy của chúng tôi cho tỷ lệ thành công cao, biến chứng rò tụy chủ yếu điều trị nội khoa. Chẩn đoán và phân độ chấn thương tụy trước phẫu thuật quan trọng, quyết định đến việc can thiệp phẫu thuật và tiên lượng sau phẫu thuật. Đối với chấn thương tụy độ III, IV và V, thời điểm phẫu thuật sẽ ảnh hưởng đến biến chứng sau phẫu thuật và tiên lượng của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stawicki SP, Schwab CW (2008), "Pancreatic trauma: demographics, diagnosis, and management", *Am Surg*, 74, pp. 1133-1145.
2. Biffl WL, Moore EE, Croce M, Davis JW, Coimbra R, KarmyJones R, McIntyre RC, Moore FA, Sperry J, Malhotra A, Feliciano D (2013), "Western Trauma Association critical decisions in trauma: management of pancreatic injuries", *J Trauma Acute Care Surg*, 75, pp. 941-946.
3. Valentino M, Ansaloni L, Catena F, Pavlica P, Pinna AD, Barozzi L (2009), "Contrast-enhanced ultrasonography in blunt abdominal

- trauma: considerations after 5 years of experience”, *Radiol Med*, 114, pp.1080-1093.
4. Nguyễn Hoàng Linh, Mai Thanh Thúy (2013), “Đánh giá kết quả điều trị vỡ tụy do chấn thương”, *Tạp chí Y học TP HCM*, 17, phụ bản số 4, tr. 93-95.
 5. Trịnh Văn Tuấn, Trần Bình Giang (2013), “Điều trị chấn thương tụy tại Bệnh viện Việt Đức”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 83(3), tr. 108-114.
 6. Kumar A, Panda A, Gamanagatti S (2016), “Blunt pancreatic trauma: A persistent diagnostic conundrum?”, *World J Radiol*, 28(2), pp. 159-173.
 7. Cirillo RL, Koniaris LG(2002), “Detecting blunt pancreatic injuries”, *Gastrointest Surg*, 6, pp. 587-598.
 8. Chrysos E, Athanasakis E, Xynos E(2002), “Pancreatic trauma in the adult: current knowledge in diagnosis and management”, *Pancreatology*, 2, pp. 365-378.
 9. Wong YC, Wang LJ, Fang JF, Lin BC, Ng CJ, Chen RJ (2008), “Multidetector-row computed tomography (CT) of blunt pancreatic injuries: can contrast-enhanced multiphasic CT detect pancreatic duct injuries?”, *J Trauma*, 64, pp. 666- 672.
 10. Subramanian A, Dente CJ, Feliciano DV (2007), “The management of pancreatic trauma in the modern era”, *Surg Clin North Am*, 87, pp. 1515-1532.
 11. Sharpe JP, Magnotti LJ, Weinberg JA, Zarzaur BL, Stickley SM, Scott SE, Fabian TC, Croce MA(2012), “Impact of a defined management algorithm on outcome after traumatic pancreatic injury”, *J Trauma Acute Care Surg*, 72, pp. 100-105.
 12. Asensio JA, Petrone P, Roldán G, Kuncir E, Demetriades D(2002), “Pancreaticoduodenectomy: a rare procedure for the management of complex pancreaticoduodenal injuries”, *J Am Coll Surg*, 197, pp. 937- 942.
 13. Seamon MJ, Kim PK, Stawicki SP, Dabrowski GP, Goldberg AJ, Reilly PM, Schwab CW(2009), “Pancreatic injury in damage control laparotomies: Is pancreatic resection safe during the initial laparotomy?”, *Injury*, 40, pp. 61- 65.
 14. Wang GF, Li YS, Li JS(2007), “Damage control surgery for severe pancreatic trauma”, *Hepato-biliary Pancreat Dis Int*, 6, pp. 569-571.
 15. Đoàn Tiến Mỹ, Nguyễn Tấn Cường, Lâm Việt Trung (2011), “Cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng cho bệnh lý lành tính hay chấn thương vùng đầu tụy: nhân 2 trường hợp”, *Tạp chí Y học TP HCM*, 15, phụ bản số 4, tr. 550-554.
 16. Đỗ Duy Tiền, Võ Tấn Long (2011), “Các yếu tố tiên lượng biến chứng và tử vong trong chấn thương tụy”, *Tạp chí Y học TP HCM*, 15, phụ bản số 1, tr. 98-102.
 17. Võ Tấn Long, Nguyễn Cộng Hòa, Nguyễn Dũng, Đoàn Tiến Mỹ và cs(2004), “Chấn thương và vết thương tụy”, *Tạp chí Y học TP HCM*, 8, phụ bản số 3, tr. 94-98.
 18. Gupta A, Kumar S, Kumar S Y, Mishra B et al(2017), “Magnitude, Severity, and Outcome of Traumatic Pancreatic Injury at a Level I Trauma Center in India”, *Indian J Surg*, 79(6), pp. 515–520.