

MIỆNG NỐI TỤY HỒNG TRÀNG KIỂU BLUMGART CẢI TIẾN TRONG PHẪU THUẬT WHIPPLE: KINH NGHIỆM 73 TRƯỜNG HỢP

Hồ Văn Linh¹, Phan Hải Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và một số kinh nghiệm thu được qua 73 bệnh nhân phẫu thuật Whipple tái lập lưu thông tụy– hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến.

Đối tượng và phương pháp: Gồm 73 bệnh nhân phẫu thuật Whipple tái lập lưu thông tụy – hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến từ 01/2013 đến 03/2019 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Tuổi trung bình = $55,3 \pm 14,0$ (18 - 83), nam nhiều hơn hai lần so với nữ. Nuôi ăn đường miệng sau mổ từ ngày 1 – 5 (2,7) ngày, rút dẫn lưu ống tụy từ ngày 5 – 7 (5,2) ngày. Biến chứng chung: 17 (23,3%) BN, số BN có nhiều hơn một biến chứng 6 (8,2%). Trong đó, viêm tụy cấp sau phẫu thuật gặp nhiều nhất 11 (15,1%), tiếp theo là ứ trệ dạ dày 9 (12,3%), áp xe tồn dư 5 (6,8%), nhiễm trùng vết mổ 3 (4,2%), dò miệng nối mật ruột 1 (1,4%), dò tụy 3 (4,2%) và chảy máu sau phẫu thuật 3 (4,2%). Không có bệnh nhân tử vong sau mổ.

Kết luận: Miệng nối tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến là an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện. Luôn luôn khâu các mũi rời chữ U về hai phía của ống tụy, tuyệt đối không khâu hẹp ống tụy. Theo dõi sát diễn biến sau mổ phát hiện các triệu chứng bất thường để xử trí kịp thời.

Từ khóa: Miệng nối tụy hồng tràng, ung thư quanh bóng Vater

ABSTRACT

THE MODIFIED BLUMGART PANCREATOJEJUNOSTOMY

ANASTOMOSIS AFTER WHIPPLE'S SURGERY: EXPERIENCE FROM 73 PATIENTS

Ho Van Linh¹, Phan Hai Thanh¹

Objective: To evaluate the results and experience that we received with 73 patients modified Blumgart pancreaticojejunostomy anastomosis after Whipple's surgery.

Methods: Including 73 patients have been operated following Whipple's procedure and performed modified Blumgart pancreaticojejunostomy anastomosis

Results: The median age was 55.3 ± 14.0 (range 18 – 83), males were double to females. The overall postoperative complications were 23.3%, there are 6 patients who received more than one complication. Among that, acute pancreatitis was occupied mostly about 15.1%, delayed gastric emptying rate was 12.3%, intraabdominal abscess was 6.8%, pancreatic fistula was 4.1% and hemorrhage was 4.1%. There was no postoperative mortality.

Conclusions: The modified Blumgart pancreaticojejunostomy anastomosis is safe and effective. It was performed easily.

Key words: Pancreaticojejunostomy, periampullary adenocarcinoma

1. Bệnh viện TW Huế

- 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): Hồ Văn Linh
- Email: drlinh2000@yahoo.com; SĐT: 0913465464

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù, trong hơn một thập kỷ qua phẫu thuật Whipple có nhiều cải thiện về kết quả, tỷ lệ tử vong sau mổ đã giảm xuống từ 0 - 5% [2], [7]. Tuy nhiên, các biến chứng sau phẫu thuật vẫn còn cao, đặc biệt là biến chứng dò tụy vào khoảng từ 5 - 25%, và đó là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu sau phẫu thuật Whipple [2]. Vì vậy, các phẫu thuật viên tụy luôn cố gắng tìm ra các phương pháp mới, cải tiến kỹ thuật nhằm đảm bảo an toàn miệng nối tụy với đường tiêu hóa [6], [14]. Đến nay vẫn chưa có sự thống nhất của các phẫu thuật viên về tụy ở trong nước cũng như nước ngoài về kỹ thuật nối tụy với ống tiêu hóa. Năm 2003 Blumgart giới thiệu kỹ thuật khâu nối tụy hồng tràng bằng các mũi khâu rời chữ U xuyên qua nhu mô tụy và nối ống tụy với hồng tràng, kết quả rất khả quan.

Chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả và một số kinh nghiệm thu được qua 73 bệnh nhân phẫu thuật Whipple tái lập lưu thông tụy - hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 73 bệnh nhân được nối tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến sau phẫu thuật Whipple tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2013 đến 03/2019. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt dọc không đối chứng.

2.2. Kỹ thuật

- Kỹ thuật tiến hành được thực hiện tuân tự theo các bước như Whipple đã giới thiệu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn trình bày rõ hơn kỹ thuật tái lập lưu thông tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến sau phẫu thuật Whipple.

- Nối môm tụy với hồng tràng tận bên bằng 2 lớp: Lớp ngoài khâu chỉ prolene 3.0 kiểu chữ U, bắt đầu từ bờ dưới cách mặt cắt eo tụy khoảng 1,5 - 2 cm, khâu từ trước ra sau tiếp tục khâu với thành hồng tràng và khâu ngược trở lại từ sau ra trước và thắt nơ để cố định hồng tràng vào mặt sau tụy, các đầu

chỉ được giữ lại để khâu cố định hồng tràng vào mặt trước của tụy sau khi đã hoàn thành lớp trong, khâu 3 đến 4 mũi chữ U tùy vào kích thước diện cắt của eo tụy, các mũi chữ U luôn được khâu về hai phía và không khâu xuyên ống tụy chính. Khi đã hoàn thành mặt sau mở dọc hồng tràng kích thước vừa đủ với kích thước mặt cắt eo tụy và cách lớp ngoài khoảng 1,5 - 2 cm, khâu lớp trong bao quanh chu vi miệng nối tụy hồng tràng bằng chỉ vicryl 3.0. Cuối cùng sử dụng các đầu chỉ đã giữ lại để khâu cố định mặt đối diện thành hồng tràng vào mặt trước của tụy. Như vậy, lúc này môm tụy đã được lồng vào trong lòng hồng tràng.

- Ống tụy có thể hoặc không dẫn lưu ra ngoài tụy vào đường kính của ống tụy. Miệng nối mật ruột luôn luôn được nối tận bên bằng chỉ vicryl 3 - 0 cách miệng nối tụy khoảng 10 cm và miệng nối vị tràng cũng được nối bên - bên bằng GIA 60 mm. Việc mở thông hồng tràng nuôi dưỡng tụy thuộc vào thể trạng của từng bệnh nhân và luôn luôn có dẫn lưu cạnh miệng nối tụy.

- Các biến chứng sau phẫu thuật dựa vào định nghĩa của hiệp hội phẫu thuật tụy của thế giới. Chúng tôi có 01 bệnh nhân dò tụy độ A và 02 bệnh nhân dò tụy độ C phải phẫu thuật lại. Trong đó 01 bệnh nhân hoại tử hoàn toàn miệng nối tụy phải cắt bỏ miệng nối và dẫn lưu ống tụy ra ngoài vĩnh viễn, 01 bệnh nhân khi phẫu thuật lại không xác định được vị trí dò tụy, tiến hành làm sạch tổn thương, dẫn lưu ổ phúc mạc. Cả 03 bệnh nhân hoàn toàn ổn định ra viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 73 trường hợp phẫu thuật Whipple có miệng nối tụy hồng tràng được thực hiện theo kiểu Blumgart cải tiến thu được một số kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình = $55,3 \pm 14,0$ (18 - 83), nam nhiều hơn hai lần so với nữ. Trong 73 bệnh nhân này có 5 bệnh nhân được chỉ định cắt đầu tụy tá tràng do sỏi nhu mô vùng đầu tụy hoặc viêm giả u. Ống

tụy giãn (> 3 mm) 48/73 (65,7%) và không giãn (≤ 3 mm) 25/73 (34,2%) BN, nhu mô tụy xơ hóa 12/73 (16,4%) và nhu mô tụy không xơ hóa 61/73 (83,6%). Tổn thương xâm lấn tổ chức xung quanh ở giai đoạn Tis: 1/68 (1,5%); T1: 10/68 (14,7%); T2: 42/68 (61,8%); T3: 18/68 (26,5%) BN. Phân bố các giai đoạn ung thư như sau: GĐ 0: 1/68 (1,5%), IA: 10/68 (14,7%), IB 39/68 (57,4%), IIA: 11/68 (16,2%) và IIB: 10/68 (14,7%) BN. Biệt hóa tế bào: biệt hóa tốt chiếm đa số 49/68 (72,1%), biệt hoá vừa 15/68 (22,1%) và biệt hoá kém 7/68 (10,3%) BN.

3.2. Đặc điểm bệnh lý

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Vàng da, vàng mắt	57	78,1
Đau bụng	48	65,8
Sút cân	41	56,2
Ngứa	43	58,9
Buồn nôn, nôn	17	23,3
Xuất huyết tiêu hóa	11	15,1
Không có triệu chứng	7	9,6

Vàng da, vàng mắt là triệu chứng thường gặp nhất (78,1%), đau bụng quanh rốn, đau thượng vị hoặc đau quanh rốn lan ra sau lưng (65,8%).

3.3. Đặc điểm kỹ thuật

Bảng 4: Kỹ thuật xử trí hang vị và nối vị tràng

Kỹ thuật	Dẫn lưu ống tụy ra ngoài		Không dẫn lưu ống tụy	
	n = 69	%	n = 4	%
Nối vị tràng bên – bên	67	91,8	3	4,1
Nối vị tràng tận – bên	02	2,7	1	1,4
Cắt hang vị dạ dày	61	85,6	4	5,5
Bảo tồn môn vị	8	11,0	0	0

Bảng 5: Diễn biến trong và sau phẫu thuật

	N = 73	Trung bình	Cao nhất	Thấp nhất
Thời gian mổ	73	235	335	195
Ăn sau mổ	73	2,7	5	1
Rút ống dẫn lưu tụy	69	5,2	7	5
Máu truyền trong mổ (ml)	23	322,3	1350	250
Thời gian nằm viện (ngày)	73	15,5	10	67

Trước đây sau mổ từ ngày 3 đến 5 chúng tôi mới cho bệnh nhân ăn, hơn một nửa bệnh nhân mổ sau này việc cho ăn được thực hiện sớm hơn thường là một ngày sau mổ.

Bảng 2: Đặc điểm tổn thương

Vị trí tổn thương	n	%
Ung thư đầu tụy	45	61,6
Ung thư bóng Vater	12	16,4
Ung thư đoạn cuối OMC	10	13,7
Ung thư tá tràng	1	1,4
Bệnh lý khác	5	6,9
Tổng	73	100,0

Nhiều nhất là ung thư bóng Vater 50/73 (68,5%), ít nhất là ung thư tá tràng 1/73 (1,4%) BN.

Bảng 3: Đặc điểm mô bệnh học

Mô bệnh học	n	%
Ung thư biểu mô biệt hóa tốt	50	68,5
Ung thư biểu mô biệt hóa vừa	12	16,4
Ung thư biểu mô biệt hóa xấu	5	6,8
Không biệt hóa	1	1,4
Bệnh lý khác	5	6,9

Ung thư biểu mô tuyến chiếm đa số 67/73 (91,7%), có 5 BN nhân viêm tụy mạn do sỏi hoặc là viêm giả u.

Bảng 6: Biến chứng sau mổ và tử vong

Biến chứng	n = 17	%	Thái độ xử trí	
			Nội khoa	Ngoại khoa
Dò tụy	3	4,2	1	2
Chảy máu ống tiêu hóa	2	2,7	2	0
Chảy máu ổ bụng	1	1,4	0	1
Ứ trệ dạ dày	9	12,3	9	0
Dò mật	1	1,4	1	0
Viêm tụy cấp	11	15,1	11	0
Abscess tồn dư	5	6,8	5	0
Nhiễm trùng vết mổ	3	4,2	4	0
Dò đường thấp	1	1,6	1	0
Tử vong	0	0	0	0

Biến chứng chung 17/73 (23,3%), trong đó biến chứng viêm tụy cấp sau phẫu thuật là nhiều nhất 11/73 (15,1%). Viêm tụy cấp thường xảy ra sau phẫu thuật và phục hồi từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 5.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân $56,1 \pm 14,0$ (18 - 83), tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi từ 40 - 59 (52,8%) với ($p < 0,0001$). Aranha (2006), TB: 68 (21 – 90). Phần lớn phẫu thuật được tiến hành theo phương pháp Whipple kinh điển, tỷ lệ cắt hang vị dạ dày (79,2%) so với bảo tồn môn vị (20,8%). Khi cắt bỏ hang vị dạ dày thì phẫu trường ở mặt trước vùng đầu tụy được bộc lộ rõ ràng, rất dễ dàng để quan sát và phẫu tích các mạch máu vùng đầu tụy tá tràng. Theo kinh điển, các tác giả luôn luôn cắt hang vị dạ dày nhằm mục đích đảm bảo được việc nạo vét hạch di căn dễ dàng hơn và tránh biến chứng rò rỉ dạ dày muộn. Carona (2012), phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng 89 BN bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng thì không có trường hợp nào được bảo tồn môn vị [6]. Dẫn lưu chủ động ống tụy ra ngoài luôn luôn được thực hiện một cách quy chuẩn, ngoại trừ trường hợp ống tụy quá nhỏ không xác định được. Khâu móm tụy vào hồng tràng tận bên kiểu Blumgart cải tiến và khâu các mũi rời chữ U chỉ prolen 3 - 0 về hai phía của ống tụy, cố gắng tuyệt đối không khâu hẹp ống tụy. Việc giảm đau sau mổ phải được kiểm soát tốt đảm bảo cho bệnh nhân không đau vết mổ để bệnh nhân có thể vận động sớm 12 giờ sau mổ. Nuôi dưỡng bằng đường miệng sớm sau mổ 12 giờ, không phải chờ đến khi bệnh nhân trung

tiện được mới cho ăn đường miệng (ăn theo chương trình). Bằng những kinh nghiệm học tập được từ kỹ thuật khâu nối móm tụy kiểu Blumgart chúng tôi thu được kết quả khả quan.

Biến chứng sau phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng thì rất đa dạng và phức tạp; biến chứng nặng có nguy cơ đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân như: dò tụy, chảy máu, ứ trệ dạ dày; biến chứng nhẹ như: áp - xe tồn dư, viêm tụy cấp thoáng qua, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng đường mật ngược dòng, dò miệng nối mật ruột, dò miệng nối vị tràng. Mặc dù các biến chứng này có hay không có nguy cơ đe dọa tính mạng người bệnh nhưng chắc chắn kéo dài thời gian điều trị làm tăng chi phí, ảnh hưởng đến kinh tế gia đình và xã hội. Biến chứng chung trong nghiên cứu là 23,3%, số BN có nhiều hơn một biến chứng là 8,2%. Trong đó, biến chứng viêm tụy cấp sau phẫu thuật gặp nhiều nhất là 15,1%, viêm tụy cấp xảy ra vài giờ sau phẫu thuật, diễn biến kéo dài trong vài ngày, không có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng, xét nghiệm amylase máu tăng gấp ba lần nồng độ amylase máu bình thường, tiếp theo là ứ trệ dạ dày (12,3%), biến chứng áp xe tồn dư (6,8%), nhiễm trùng vết mổ (3,8%), dò miệng nối mật ruột (1,4%). Biến chứng dò tụy (4,1%) và chảy máu sau phẫu thuật (4,1%). Malleo G (2010) là 41,5% [9].

Biến chứng dò miệng nối tụy sau phẫu thuật thường diễn biến rất nặng nề, phức tạp, điều trị khó khăn, là nguyên nhân gây tử vong đến 50% [3]. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến dò miệng nối tụy tiêu hóa bao gồm: yếu tố nguy cơ ở tụy (cấu trúc nhu mô tụy, bệnh lý tụy, máu nuôi dưỡng mồm tụy, dịch tụy, kích thích ống tụy); yếu tố người bệnh (tuổi, giới và tình trạng tắc mật trước phẫu thuật) và cuối cùng là yếu tố trong phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, kỹ thuật nối tụy tiêu hóa và đặt stent ống tụy hoặc không) [8]. Trong đó, kỹ thuật tái lập lưu thông tụy - tiêu hóa có ảnh hưởng lớn đến biến chứng

dò tụy, vì vậy mà các phẫu thuật viên luôn cố gắng tìm ra các phương pháp mới, cải tiến kỹ thuật nhằm đảm bảo an toàn cho miệng nối của tụy với đường tiêu hóa.

V. KẾT LUẬN

Miệng nối tụy hồng tràng kiểu Blumgart cải tiến là an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện. Luôn luôn khâu các mũi rời chữ U về hai phía của ống tụy, tuyệt đối không khâu hẹp ống tụy. Theo dõi sát diễn biến sau mổ phát hiện các triệu chứng bất thường để xử trí kịp thời. Rút sonde dạ dày sớm để cho ăn bằng đường miệng 24 giờ sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Cao Cương (2008), “Rò tụy sau phẫu thuật bệnh lý tụy tạng”, Y học TP. Hồ Chí Minh, 12(3), tr. 75 - 80.
2. Nguyễn Tấn Cường, Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải (2004), “Ung thư nhũ Vater: Kết quả điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 8(3), tr. 125 - 133.
3. Aranha GV and Aaron JM (2006), “Critical Analysis of a Large Series of Pancreaticogastrostomy After Pancreaticoduodenectomy”, Arch Surg 141, pp. 574 - 580.
4. Boettger TC and Junginger T (1999), “Factors Influencing Morbidity and Mortality after Pancreaticoduodenectomy: Critical Analysis of 221 Resections”, World J Surg. 23, pp. 164-172.
4. Caronna R, Peparini N and Cosimo RC (2012), “Pancreaticojejunum Anastomosis after Pancreaticoduodenectomy: Brief Pathophysiological Considerations for a Rational Surgical Choice”, International Journal of Surgical Oncology, pp. 1 - 5.
5. Kim J.Y, Park J.S and Kim J.K (2013), “A model for predicting pancreatic leakage after pancreaticoduodenectomy based on the international study group of pancreatic surgery classification”, Korean J hepatobiliary Pancreat Surg. 17, pp. 166-170.
6. Malleo G, Crippa S and Butturini G (2010), “Delayed gastric emptying after pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy: validation of International Study Group of Pancreatic Surgery classification and analysis of risk factors”, Hepato-Pancreato-Biliary Association. 12, pp. 610-618.