

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



MAI ĐẠI NGÀ

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ TRUNG HẠN
PHẪU THUẬT DẪN LƯU ỐNG TỤY MỞ RỘNG
TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MẠN**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. HỒ CHÍ MINH, Năm 2025

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

MAI ĐẠI NGÀ

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ TRUNG HẠN
PHẪU THUẬT DẪN LƯU ỐNG TỤY MỞ RỘNG
TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY MẠN

NGÀNH: NGOẠI KHOA

MÃ SỐ: 9720104

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC :

1. PGS.TS. PHAN MINH TRÍ
2. TS. NGUYỄN QUỐC VINH

TP. HỒ CHÍ MINH, Năm 2025

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin chân thành cảm ơn Quý Thầy hướng dẫn đã tận tình hướng dẫn tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu khoa học, viết bài báo khoa học trong nước và quốc tế, và viết cuốn luận án hoàn chỉnh.

Tôi xin chân thành cảm ơn Quý Lãnh đạo bệnh viện, Quý Lãnh đạo khoa và Quý đồng nghiệp khoa Ngoại gan mật tụy, bệnh viện Chợ Rẫy đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi thực hiện công trình nghiên cứu này.

Đặc biệt, tôi cũng xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến các Quý bệnh nhân, những người sẽ là người thầy suốt đời của một thầy thuốc, những người mà nếu không có sự hiện diện, thì không thể có công trình nghiên cứu này.

TP. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm 20

Tác giả

LỜI CAM ĐOAN

Tôi tên là Mai Đại Ngà, là Nghiên cứu sinh ngành Ngoại khoa, khóa 2020 – 2023, xin cam đoan:

- (1) Luận án là do chính bản thân tôi thực hiện, dưới sự hướng dẫn khoa học của PGS.TS. Phan Minh Trí và TS.BS. Nguyễn Quốc Vinh
- (2) Các tài liệu tham khảo được tôi xem xét, chọn lọc kỹ lưỡng, trích dẫn và liệt kê tài liệu tham khảo đầy đủ;
- (3) Kết quả trình bày trong luận án được hoàn thành dựa trên các kết quả nghiên cứu của bản thân tôi và các kết quả của nghiên cứu này chưa được dùng cho bất cứ đề tài cùng cấp nào khác.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày tháng năm

Người hướng dẫn

Tác giả thực hiện

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ ANH VIỆT	i
DANH MỤC CÁC BẢNG.....	iv
DANH MỤC CÁC HÌNH.....	v
DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ.....	vii
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	4
1.1. Giải phẫu ứng dụng trong phẫu thuật viêm tụy mạn	4
1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh viêm tụy mạn	7
1.3. Biểu hiện lâm sàng của viêm tụy mạn	10
1.4. Hình thái tổn thương của viêm tụy mạn.....	11
1.5. Chẩn đoán và phân loại viêm tụy mạn.....	14
1.6. Chiến lược điều trị viêm tụy mạn	19
1.7. Phẫu thuật dẫn lưu ống tụy.....	22
1.8. Tình hình nghiên cứu về phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn	28
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	35
2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	35
2.2. Đối tượng nghiên cứu	35
2.3. Cỡ mẫu của nghiên cứu.....	36
2.4. Quy trình nghiên cứu	37
2.5. Công cụ thu thập dữ liệu	52
2.6. Các định nghĩa và biến số	53
2.7. Phương pháp phân tích dữ liệu	62

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu.....	62
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ	64
3.1. Quy trình thu nhận bệnh nhân vào nghiên cứu	64
3.2. Đặc điểm trước phẫu thuật của bệnh nhân.....	66
3.3. Tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong của phẫu thuật.....	70
3.4. Quá trình theo dõi bệnh nhân.....	76
3.5. Kết quả trung hạn của phẫu thuật.....	78
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	85
4.1. Quy trình chẩn đoán và điều trị viêm tụy mạn	85
4.2. Đặc điểm dân số nghiên cứu	89
4.3. Tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong của phẫu thuật.....	91
4.4. Kết quả giảm đau	94
4.5. Yếu tố ảnh hưởng kết quả giảm đau và tầm quan trọng trong việc sử dụng có lựa chọn phẫu thuật Frey hoặc Partington mở rộng.....	97
4.6. Kết quả chất lượng sống.....	100
4.7. Kết quả chức năng tụy và các triệu chứng khác	102
4.8. Xử trí tắc mật và nang giả.....	106
Ưu và nhược điểm của nghiên cứu	108
KẾT LUẬN	111
KIẾN NGHỊ.....	112
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	
PHỤ LỤC 1. MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU.....	

PHỤ LỤC 2. PHIẾU CÂU HỎI VỀ LÂM SÀNG, ĐAU VÀ CHẤT LƯỢNG
SỐNG DÀNH CHO NGƯỜI THAM GIA NGHIÊN CỨU

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT VÀ THUẬT NGỮ ANH VIỆT

Chữ viết tắt	Tên tiếng Anh	Tên tiếng Việt
ALT	Alanine aminotransferase	
ASA	American Society of Anesthesiologists	Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ
AST	Aspartate aminotransferase	
BMI	Body mass index	Chỉ số khối cơ thể
BPTNMT		Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CA 19-9	Carbohydrate antigen 19-9	
CEA	Carcinoembryonic antigen	
CFTR	Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator	Chất điều hòa độ dẫn xuyên màng xơ nang
CHTMT		Cộng hưởng từ mật tụy
cs.		cộng sự
CTTMN		Cơ thoáng thiếu máu não
ĐTĐ		Đái tháo đường
EORTC-QLQ	European Organization in Research and Treatment of Cancers quality of life questionnaires	Bảng câu hỏi chất lượng sống của tổ chức Châu Âu về nghiên cứu và điều trị ung thư
ESCAPE	Early Surgery versus Optimal Current Step-up Practice for Chronic Pancreatitis	So sánh phẫu thuật sớm với Tiếp cận từng bước tối ưu hiện hành điều trị viêm tụy mạn
HbA1C	Hemoglobin glycated	

IPMN	Intraductal papillary mucinous neoplasm	Tân sinh tiết nhầy dạng nhú trong lòng ống
ISGPS	International Study Group on Pancreatic Surgery	Nhóm nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật tụy
M-ANNHEIM	Multiple risk factors of alcohol, nicotine consumption, nutrition, hereditary, efferent pancreatic duct, immunology, and various miscellaneous and metabolism	Đa yếu tố nguy cơ của rượu, nicotine, dinh dưỡng, di truyền, tắc nghẽn ống tụy, tự miễn, và các yếu tố chuyển hóa khác
NMCT		Nhồi máu cơ tim
NSMTND		Nội soi mật tụy ngược dòng
OMC		Ống mật chủ
OTC		Ống tụy chính
PRSS1	Protease serine 1	Trypsinogen hướng dương (Trypsinogen cation)
SAPE	Sentinel acute pancreatitis events	Sự kiện quanh viêm tụy cấp
SF-12	12-item short-form health survey	Bảng khảo sát sức khỏe dạng ngắn 12 mục
SF-36	36-item short-form health survey	Bảng khảo sát sức khỏe dạng ngắn 36 mục
SPINK1	Serine protease inhibitor Kazal-type 1 (Pancreatic secretory trypsin inhibitor)	Chất ức chế trypsin tiết tụy
TBMMN		Tai biến mạch máu não

TIGAR-O	Toxic-metabolic, Idiopathic, Genetic, Autoimmune, Recurrent acute pancreatitis, and Obstructive	Độc chất- chuyển hóa, vô căn, di truyền, tự miễn, viêm tụy cấp tái phát, và tắc nghẽn
TCYTTG		Tổ chức Y tế thế giới
VAS	Visual analogue scale	Thang điểm đau theo gương mặt
CLVT		Cắt lớp vi tính

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 1.1. Hệ thống TIGAR-O	8
Bảng 1.2. Tiêu chuẩn M-ANNHEIM chẩn đoán chắc chắn viêm tụy mạn	14
Bảng 1.3. Phân giai đoạn viêm tụy mạn theo M-ANNHEIM.....	17
Bảng 1.4. Hệ thống tính điểm và phân độ nặng viêm tụy mạn theo M-ANNHEIM	17
Bảng 1.5. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật	22
Bảng 2.1. Các yếu tố nghi ngờ ung thư trên bệnh nhân viêm tụy mạn.....	36
Bảng 2.2. Thang điểm Izbicki	39
Bảng 2.3. Cách tính điểm cho bộ câu hỏi SF-12	40
Bảng 2.4. Phân độ rò tụy theo ISGPS	47
Bảng 2.5. Phân độ ASA	55
Bảng 2.6. Các biến số xét nghiệm máu.....	56
Bảng 2.7. Phân độ Clavien biến chứng sau phẫu thuật.....	59
Bảng 3.1. Đặc điểm chung	66
Bảng 3.2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng.....	67
Bảng 3.3. Đặc điểm xét nghiệm máu	68
Bảng 3.4. Hình thái tổn thương.....	69
Bảng 3.5. Đặc điểm trong phẫu thuật và tỉ lệ tai biến phẫu thuật.....	71
Bảng 3.6. Diễn tiến sớm, tỉ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật	75
Bảng 3.7. Các biến chứng muộn và biến cố khác	77
Bảng 3.8. Kết quả trung hạn trên triệu chứng đau và chất lượng sống.....	78
Bảng 3.9. Mô hình hồi quy logistic đa biến với biến phụ thuộc là giảm đau hiệu quả	83
Bảng 3.10. Mối liên hệ giữa cai rượu, cai thuốc lá với giảm đau hiệu quả	83
Bảng 3.11. Kết quả trung hạn trên các triệu chứng lâm sàng khác	84

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1. Phân vùng tụy.....	4
Hình 1.2. Ống tụy chính, ống tụy phụ, và ống tụy mồm móc giãn lớn trong viêm tụy mạn.....	5
Hình 1.3. Nguồn cấp máu cho đầu tụy và mồm móc.....	6
Hình 1.4. Giả thuyết SAPE sinh bệnh viêm tụy mạn.....	9
Hình 1.5. Một số hình thái tổn thương của viêm tụy mạn.....	13
Hình 1.6. Thay đổi hình thái ống tụy trên cộng hưởng từ.....	16
Hình 1.7. Phẫu thuật Puestow-Gillesby cải biên (Partington cổ điển).....	23
Hình 1.8. Phẫu thuật Frey.....	24
Hình 1.9. Phẫu thuật nối tụy ruột bên bên theo O’Neil và Aranha (Partington mở rộng).....	25
Hình 1.10. Nối mật ruột trên cùng quai nối tụy ruột.....	26
Hình 1.11. Dẫn lưu nang giả vào đường xé ống tụy.....	26
Hình 1.12. Phân biệt các phẫu thuật dẫn lưu ống tụy.....	30
Hình 2.1. Minh họa phẫu thuật Partington mở rộng.....	42
Hình 2.2. Minh họa phẫu thuật Frey.....	43
Hình 2.3. Minh họa nối ống mật chủ- hỗng tràng trên cùng quai Roux nối tụy ruột.....	44
Hình 2.4. Minh họa tạo đường hầm mật tụy.....	45
Hình 3.1. Sỏi đầu tụy trên phim cắt lớp vi tính.....	69
Hình 3.2. Dẫn đường mật ngoài gan ở bệnh nhân viêm tụy mạn trên phim CLVT.....	70
Hình 3.3. Nang tụy ở đầu và đuôi tụy trên một bệnh nhân viêm tụy mạn.....	70
Hình 3.4. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật Partington mở rộng.....	72
Hình 3.5. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật Frey.....	72

Hình 3.6. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật Partington mở rộng sau một phẫu thuật dẫn lưu ống tụy cổ điển	73
Hình 3.7. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật lồng nang đầu tụy vào đường mở ống tụy và cắt đuôi tụy kèm nang	73
Hình 3.8. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật nối ống mật chủ- hồng tràng...	74
Hình 3.9. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật tạo đường hầm mật tụy	74

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 2.1. Lược đồ nghiên cứu.....	38
Biểu đồ 2.2. Lược đồ xử trí đau tái phát sau phẫu thuật.....	52
Biểu đồ 3.1. Quy trình thu nhận bệnh nhân vào nghiên cứu	65
Biểu đồ 3.2. Quá trình theo dõi bệnh nhân	77
Biểu đồ 3.3. Diễn tiến tỉ lệ giảm đau hiệu quả theo từng thời điểm.	79
Biểu đồ 3.4. Diễn tiến tỉ lệ giảm đau hoàn toàn theo từng thời điểm.	80
Biểu đồ 3.5. Diễn tiến điểm đau Izbicki theo từng thời điểm.....	81
Biểu đồ 3.6. Diễn tiến điểm SF-12 chung theo từng thời điểm.	82
Biểu đồ 4.1. Lược đồ chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật viêm tụy mạn	88

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy mạn là một bệnh viêm tiến triển, nhu mô tụy dần bị thay thế bởi mô xơ và sỏi. Đau bụng kéo dài gây ảnh hưởng đến cuộc sống thường ngày là triệu chứng nổi bật của bệnh.¹ Điều trị viêm tụy mạn chủ yếu là điều trị triệu chứng, cụ thể là điều trị giảm đau, bắt đầu với thuốc giảm đau hoặc thay đổi lối sống. Khi thuốc giảm đau không hiệu quả, các phương pháp xâm lấn tối thiểu như nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) lấy sỏi tụy hoặc tán sỏi ngoài cơ thể được xem xét áp dụng. Phẫu thuật thường được xem là phương pháp cuối cùng nếu các điều trị trên thất bại.² Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy việc phẫu thuật sớm trước khi bệnh nhân phải lệ thuộc opioid cho hiệu quả giảm đau tốt hơn so với cách tiếp cận từng bước.³⁻⁵

Có hai nhóm phẫu thuật chính trong điều trị viêm tụy mạn: nhóm dẫn lưu và nhóm cắt tụy, tương ứng với hai hình thái gây đau thường gặp là ống tụy giãn và khối viêm đầu tụy.^{6,7,8,9} Tại các nước châu Á, khối viêm đầu tụy ít gặp; bệnh nhân có ống tụy giãn với kích thước đầu tụy bình thường là thường gặp nhất, do đó phẫu thuật dẫn lưu thường được sử dụng.⁹⁻¹¹ Theo Prinz và cs.,¹² phẫu thuật dẫn lưu ống tụy là phẫu thuật nhằm mở vào hệ thống ống tụy ít nhất là ống tụy chính (OTC) và thực hiện miệng nối ống tụy- ruột với mục đích giải áp hệ thống ống tụy. Các phẫu thuật dẫn lưu ống tụy cổ điển được mô tả đầu tiên bởi các tác giả Duval,¹³ Puestow,¹⁴ và sau đó Partington¹⁵ đã cải tiến các phẫu thuật trước đó bằng việc xẻ dọc OTC và nối ống tụy – hồng tràng bên bên. Phẫu thuật Partington là phẫu thuật dẫn lưu ống tụy cổ điển được sử dụng nhiều nhất trước đây. Tuy nhiên, phẫu thuật này có đến 50% bệnh nhân xuất hiện đau tái phát, phần lớn trong số đó phải trải qua cuộc phẫu thuật lần hai để dẫn lưu lại ống tụy; nguyên nhân được cho là các đoạn ống tụy ở đầu tụy, thường bị tắc nghẽn và chứa sỏi, đã không được dẫn lưu đầy đủ.^{16,17} Do đó, các phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng, được định nghĩa là các phẫu thuật dẫn lưu giải áp

toàn bộ hệ thống ống tụy với nhân mạnh việc giải áp ở vùng đầu tụy, ra đời nhằm khắc phục nhược điểm của phẫu thuật Partington cổ điển.¹⁰ O'Neil và Aranha¹⁸ đã cải biên phẫu thuật Partington bằng cách thêm vào đường xẻ ống tụy ở đầu và móc tụy, trong nghiên cứu này chúng tôi xin được gọi phẫu thuật này là Partington mở rộng. Mặc dù đã được mô tả trong vài chương sách giáo khoa ngoại,^{12,19,20} các nghiên cứu gốc về phẫu thuật Partington mở rộng vẫn còn hạn chế.^{4,5,21,22} Phẫu thuật Frey mặc dù được xếp trong nhóm phẫu thuật cắt tụy, nhưng với bản chất dẫn lưu OTC từ đuôi tụy đến cổ tụy kết hợp với khoét tối thiểu nhu mô đầu tụy, phẫu thuật này cũng được xem là dẫn lưu ống tụy mở rộng với mục đích dẫn lưu giải áp toàn bộ hệ thống ống tụy. Nhiều tác giả đã sử dụng phẫu thuật Frey cho các bệnh nhân không có khối viêm đầu tụy.²³⁻²⁵ Trong một đồng thuận quốc tế được báo cáo bởi Kempeneers và cs.²⁶, phẫu thuật Partington mở rộng và Frey đã được khuyến cáo cho các bệnh nhân có OTC giãn và kích thích đầu tụy bình thường, tuy nhiên, mức độ khuyến cáo còn yếu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi xin phép gọi chung phẫu thuật Partington mở rộng và Frey là phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng.

Tại Việt Nam, có khá ít nghiên cứu về kết quả giảm đau và chất lượng sống của phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn, là hai tiêu chí quan trọng đánh giá hiệu quả của điều trị.^{11,27-30} Hơn nữa, nghiên cứu về phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng chưa được tìm thấy trong y văn trong nước. Qua tổng hợp y văn và kinh nghiệm thực tế, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng có thể giúp cải thiện hiệu quả giảm đau và chất lượng sống so với phẫu thuật dẫn lưu cổ điển trước đây. Các câu hỏi được đặt ra là: phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng có an toàn hay không, hiệu quả trong việc giảm đau và cải thiện chất lượng sống có thật xuất sắc hay không. Ngoài ra, việc sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng và Frey như thế nào cho phù hợp cũng được quan tâm.

Từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với các mục tiêu như sau:

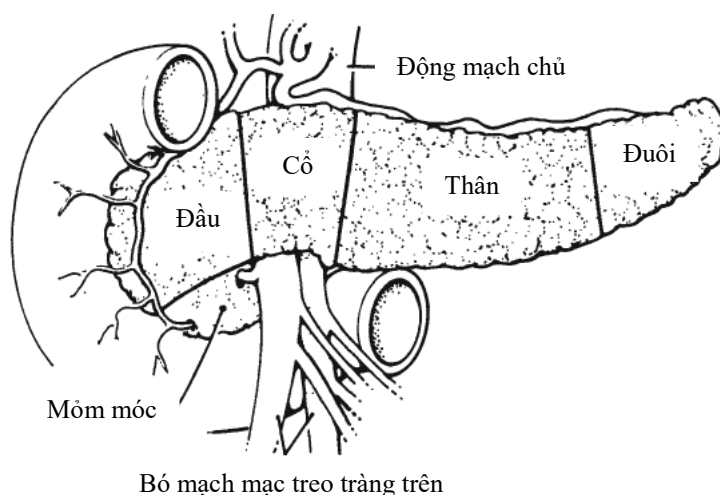
1. Xác định tỉ lệ tai biến, biến chứng và tử vong của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng.
2. Đánh giá kết quả trung hạn của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng trên: triệu chứng đau, chất lượng sống, và các triệu chứng lâm sàng khác như tiêu phân mỡ, đái tháo đường, buồn nôn- nôn, chán ăn, tiêu chảy và tình trạng cân nặng.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu ứng dụng trong phẫu thuật viêm tụy mạn

1.1.1. Phân vùng tụy

Theo giải phẫu, tụy được chia thành năm phần: đầu, mỏm móc, cổ, thân và đuôi (Hình 1.1). Đầu tụy là phần nằm về bên phải của bó mạch mạc treo tràng trên. Đầu tụy dính liền với tá tràng. Bất ngang giữa đầu tụy là mạc treo đại tràng ngang, phần mạc treo này cần được di động cùng với thắt bó mạch vị mạc nối phải để bộc lộ rõ đầu tụy trong phẫu thuật. Phía dưới liên tục với đầu tụy là mỏm móc. Mỏm móc là phần nối dài của đầu tụy, có thể chỉ tiếp giáp tĩnh mạch mạc treo tràng trên hoặc nằm sau tĩnh mạch này. Cổ tụy là phần tụy nằm ngay trước bó mạch mạc treo tràng trên, với chiều rộng khoảng 1,5-2cm. Về phía trái của cổ tụy là thân tụy. Mạc treo đại tràng ngang dính vào bờ dưới của thân tụy, lá trước của mạc treo này tiếp tục phủ lên mặt trước tụy tạo thành bao tụy. Đuôi tụy là đoạn di động và nằm về phía trái của tụy. Đoạn này được phủ bởi dây chằng lách thận và chạm vào rốn lách trong khoảng 50% trường hợp.³¹

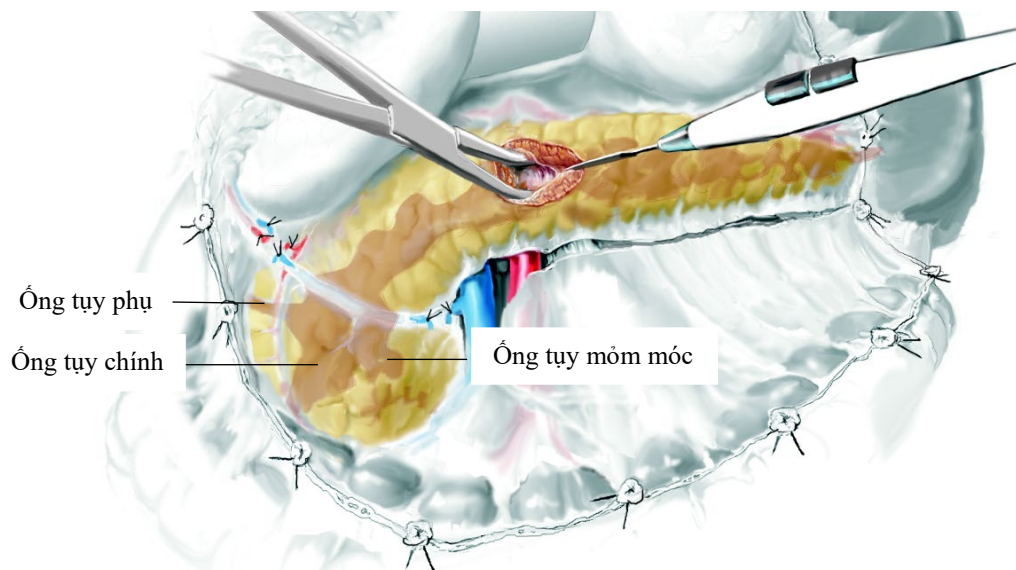


Hình 1.1. Phân vùng tụy

“Nguồn: Skandalakis, 2014”^[31]

1.1.2. Hệ thống ống tụy

OTC xuất phát từ đuôi tụy và đi đến đầu tụy. Trên đường đi nó nhận nhiều ống đổ vào và tăng dần kích thước. Tại đầu tụy, OTC cong xuống dưới tại chỗ ngoặt xuống của OTC rồi rẽ sang phải để đổ vào đoạn thứ hai tá tràng tại nhú tá lớn. OTC hợp với đoạn cuối OMC tạo thành kênh chung trước khi đổ vào tá tràng. Tại chỗ ngoặt xuống của OTC, có một nhánh đi thẳng là ống tụy phụ đổ vào tá tràng tại nhú tá bé.^{31,32} Tại đoạn rẽ sang phải của OTC, có nhánh ống tụy từ mỏm móc đổ vào. Trong trường hợp viêm tụy mạn, hệ thống ống tụy vùng đầu tụy có thể bị tắc nghẽn gây giãn và sỏi ở cả OTC, ống tụy phụ và ống tụy mỏm móc (Hình 1.2).¹²



Hình 1.2. Ống tụy chính, ống tụy phụ, và ống tụy mỏm móc giãn lớn trong viêm tụy mạn

“Nguồn: Prinz, 2008”^[12]

1.1.3. Hệ thống mạch máu đầu tụy

Đầu tụy và mỏm móc được cấp máu từ động mạch vị tá và động mạch mạc treo tràng trên. Động mạch vị tá sau khi xuất phát từ động mạch gan chung, đi sau tá tràng đến bờ trên tụy. Tại đây động mạch vị tá chia thành các nhánh:

động mạch vị mạc nối phải và động mạch tá tụy trên. Động mạch tá tụy trên chia thành hai nhánh: trước và sau. Động mạch vị mạc nối phải có thể được thắt để bộc lộ đầu tụy trong khi phẫu thuật. Từ động mạch mạc treo tràng trên, động mạch tá tụy dưới xuất phát tại bờ dưới cổ tụy và chia thành hai nhánh trước và sau (Hình 1.3). Các nhánh trước và sau của động mạch tá tụy trên và dưới nối với nhau tạo thành cung mạch tá tụy trước và cung mạch tá tụy sau.^{31–33} Trong phẫu thuật viêm tụy mạn, cung mạch tá tụy trước cần được thắt để đường xẻ ống tụy đạt được chiều dài tối đa hoặc để hạn chế chảy máu khi khoét đầu tụy.^{21,34}



Hình 1.3. Nguồn cấp máu cho đầu tụy và mỏm móc

“Nguồn: Gosling, 2017”^[32]

Các tĩnh mạch của tụy đi song song và nông hơn so với các động mạch. Vùng đầu tụy có cung tĩnh mạch tá tụy trước và sau tương tự cung động mạch. Phía trên, cung tĩnh mạch trước và sau hợp thành một nhánh lớn và đổ vào tĩnh mạch cửa ngay trên cổ tụy. Phía dưới, tĩnh mạch tá tụy dưới trước hợp với tĩnh mạch vị mạc nối phải và tĩnh mạch đại tràng giữa tạo thành thân chung và đổ vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên tại bờ dưới cổ tụy.^{31,35} Do đó trong phẫu thuật, việc kéo căng mạc treo đại tràng ngang quá mức có thể gây rách thân

chung tĩnh mạch này khiến chảy máu khó kiểm soát. Tĩnh mạch vị mạc nối phải cần được thắt để bộc lộ đầu tụy trong phẫu thuật.^{12,35}

1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh viêm tụy mạn

1.2.1. Nguyên nhân

Rượu là nguyên nhân được biết đến nhiều nhất. Tỷ lệ sử dụng rượu ở các bệnh nhân viêm tụy mạn lên đến 55-80%. Uống tối thiểu 80g cồn/ngày trong ít nhất 5 năm là nguy cơ hình thành viêm tụy mạn. Tuy nhiên, chỉ có 10% người sử dụng rượu quá mức tiến triển thành viêm tụy mạn. Di truyền và đột biến gen có thể là yếu tố nền khiến hình thành viêm tụy mạn ở người sử dụng rượu. Ngoài rượu, thuốc lá cũng được chứng minh là một yếu tố nguy cơ độc lập của bệnh.³⁶

Yếu tố gen đã được chứng minh là có liên quan đến viêm tụy mạn. Gen mã hóa trypsinogen hướng dương (PRSS1) đóng vai trò quan trọng trong việc bài tiết men tụy ngoại tiết. Với đột biến gen này, trypsinogen trở nên không ổn định và bị hoạt hóa sớm trong ống tụy dẫn đến quá trình tự tiêu hóa của tụy. Cùng đóng góp vào cơ chế hoạt hóa sớm trypsinogen là gen mã hóa chất ức chế trypsin tiết tụy (SPINK1). Đột biến gen này khiến tụy không tiết được chất ức chế trypsin, do đó, mất đi hàng rào bảo vệ đầu tiên khi trypsinogen được hoạt hóa sớm. Một số đột biến gen như gen mã hóa chất điều hòa độ dẫn xuyên màng xơ nang (CFTR), gen đa hình thái của α_1 -antitrypsin lại gây bệnh hệ thống hơn là bệnh khu trú ở tụy. Việc phát hiện các đột biến gen ở bệnh nhân viêm tụy mạn khiến viêm tụy mạn vô căn thực sự đang ngày một ít đi. Các yếu tố nguy cơ khác được khái quát trong bảng phân loại TIGAR-O của Etemad và Whitcomb (Bảng 1.1).³⁶

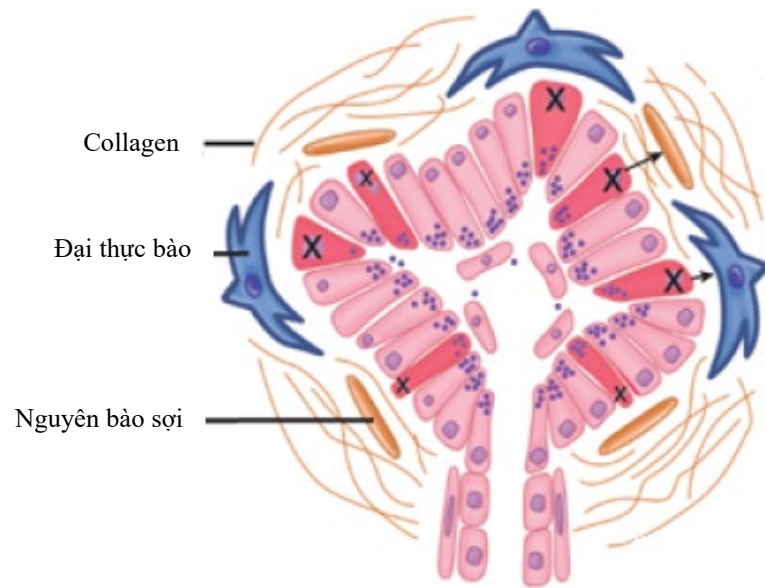
Bảng 1.1. Hệ thống TIGAR-O

Nhóm nguy cơ	Chi tiết
Độc chất- chuyển hóa	Rượu, thuốc lá, tăng canxi máu, tăng lipid máu, suy thận mạn, thuốc, độc chất khác
Vô căn	Viêm tụy mạn khởi phát sớm và muộn, viêm tụy mạn nhiệt đới
Di truyền	Đột biến gen PRSS1, CFTR, SPINK1, v.v.
Tự miễn	Viêm tụy tự miễn đơn độc hoặc hệ thống
Tái phát	Sau viêm tụy cấp hoại tử nặng, nhiều đợt tái phát viêm tụy cấp, bệnh lý mạch máu, sau xạ trị
Tắc nghẽn	<i>Pancreas divisum</i> , rối loạn cơ vòng Oddi, tắc nghẽn ống tụy do u, tổn thương ống tụy do chấn thương

“Nguồn: Etemad, 2001”^[36]

1.2.2. Cơ chế bệnh sinh

Có nhiều giả thuyết sinh bệnh học: thuyết đám vón, thuyết chuỗi hậu quả hoại tử- xơ hóa, thuyết sự kiện quanh viêm tụy cấp. Trong đó, thuyết sự kiện quanh viêm tụy cấp (SAPE) đã giải thích khá đầy đủ các cơ chế sinh bệnh của viêm tụy mạn. Theo thuyết này, trong đợt cấp của viêm tụy, các tế bào bị hư hại phóng thích cytokine khiến hoạt hóa các tế bào sao thành các nguyên bào sợi sản xuất collagen. Cùng lúc đó, đại thực bào đến ăn các tế bào chết và tiết ra các yếu tố tăng trưởng α và β , các yếu tố này cũng hoạt hóa tế bào sao. Các nguyên bào sợi sau đó cư trú ở các khoảng quanh tiểu thùy. Sau đợt cấp, các nguyên bào sợi vẫn tồn tại và tiếp tục sản xuất collagen quá mức ở khoảng quanh tiểu thùy, dần dần gây bóp nghẹt các tiểu thùy tụy, khiến quá trình xơ hóa tụy diễn ra (Hình 1.4).³⁵



Hình 1.4. Giả thuyết SAPE sinh bệnh viêm tụy mạn

“Nguồn: Fisher, 2019”^[35]

1.2.3. Cơ chế gây đau

Đau bụng là triệu chứng quan trọng và là lí do chính khiến bệnh nhân tìm đến thầy thuốc. Có hai giả thuyết gây đau đã được đề xuất để giải thích đau trong viêm tụy mạn: thuyết tắc nghẽn ống tụy và thuyết thâm nhiễm thần kinh. Tắc nghẽn ống tụy là thuyết kinh điển giải thích đau trong viêm tụy mạn. Tăng áp lực trong lòng ống tụy dẫn đến căng bao tụy tạo ra cơn đau tạng đặc trung. Quá trình xơ hóa và tắc nghẽn diễn ra ở các tiểu thùy tụy là đơn vị cơ bản của tụy ngoại tiết chứ không chỉ ở OTC, do đó chỉ giải áp một đoạn OTC có thể không đủ để giảm đau hiệu quả. Nang giả tụy, một biến chứng của viêm tụy mạn, với tăng áp lực trong lòng nang cũng là một yếu tố gây đau cho bệnh nhân.³⁷ Tắc nghẽn đường mật, trái lại, ít liên quan với triệu chứng đau.³⁸ Thuyết tắc nghẽn là cơ sở cho các phương pháp điều trị với mục đích giải áp ống tụy như phẫu thuật dẫn lưu, nội soi đặt stent hay tán sỏi ngoài cơ thể.

Thuyết thâm nhiễm thần kinh giải thích được cơ chế gây đau ở những bệnh nhân không có OTC giãn, nhưng có khối viêm khu trú, nhất là ở đầu tụy. Các chứng cứ cho thấy mức độ đau liên quan mạnh đến mức độ thâm nhiễm thần

kinh qua phân tích bệnh phẩm càng củng cố thêm giả thuyết này.³⁷ Thuyết thâm nhiễm thần kinh là cơ sở cho các phương pháp điều trị như cắt một phần tủy, cắt toàn bộ tủy, phong bế thần kinh. Gần đây xuất hiện giả thuyết mới cho rằng quá trình viêm tủy mạn lâu dài gây hư hại cảm nhận đau ở hệ thần kinh trung ương, khiến khuếch đại nhiều lần các tín hiệu đau. Ở những bệnh nhân có cơ chế này, đau gần như kháng trị với tất cả các phương pháp điều trị, phải cần đến những thuốc ức chế thần kinh trung ương như gabapentin mới có thể giảm đau cho bệnh nhân.³⁹

1.3. Biểu hiện lâm sàng của viêm tủy mạn

1.3.1. Đau

Đau là triệu chứng nổi bật nhất của viêm tủy mạn, ảnh hưởng mạnh đến chất lượng sống của bệnh nhân. Đau thường nằm giữa thượng vị, đôi khi lệch phải hay trái, thường lan ra sau lưng.³⁵ Có hai kiểu đau trong viêm tủy mạn: đau từng đợt và đau liên tục. Kiểu đau liên tục là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện, liên quan đến sự hiện diện khối viêm, OTC giãn hoặc nang giả. Trong khi kiểu đau từng đợt có thể là biểu hiện của các đợt viêm cấp và thoái lui trong một khoảng thời gian dài trước khi tái phát trở lại. Theo Ammann và cs., đau sẽ giảm dần theo diễn tiến của bệnh. Tác giả này cho rằng 85% bệnh nhân không còn đau sau 4-5 năm từ khi khởi phát. Cũng nhóm tác giả này nhận thấy đau giảm đi khi suy tủy ngoại tiết và suy tủy nội tiết xuất hiện. Tương tự khi ống tủy biến dạng nặng và xuất hiện sỏi tủy, mức độ đau cũng giảm.⁴⁰ Tuy nhiên thuyết của Ammann chưa được đồng thuận rộng rãi. Nhiều nghiên cứu cho kết quả trái ngược với nghiên cứu của Ammann, khi đau vẫn tồn tại ở hơn phân nửa bệnh nhân sau 10 năm khởi phát, khi có triệu chứng suy tủy và khi có biến đổi nặng ở hình thái ống tủy.⁴¹ Yếu tố liên quan rõ đến diễn tiến của đau là nghiện rượu. Cai rượu giúp cải thiện triệu chứng đau rõ rệt qua các nghiên cứu và đạt được đồng thuận cao.^{1,2,42}

1.3.2. Suy tụy ngoại tiết

Suy tụy ngoại tiết biểu hiện ở khoảng 50% bệnh nhân viêm tụy mạn sau 10-12 năm khởi phát. Triệu chứng tiêu phân mỡ thường xuất hiện khi dự trữ chức năng ngoại tiết của tụy còn dưới 10%, do việc tiết men lipase bị ảnh hưởng khiến cơ thể không tiêu hóa được chất béo.⁴¹ Khi tình trạng suy tụy ngoại tiết nặng hơn, không chỉ chất béo mà cả đạm và các vi chất khác đều không hấp thu được. Suy tụy ngoại tiết có thể không biểu hiện lâm sàng, nhưng được phát hiện bằng các phương pháp ước lượng nồng độ men tụy trực tiếp trong dịch tá tràng hoặc gián tiếp trong phân hoặc trong máu. Điều trị thay thế men tụy cần phải được tiến hành sớm để tránh tình trạng suy dinh dưỡng cho bệnh nhân.³⁵

1.3.3. Suy tụy nội tiết

Suy tụy nội tiết xảy ra ở giai đoạn muộn, khi các tiểu đảo Langerhans bắt đầu bị hư hại. Có khoảng 10% bệnh nhân có đái tháo đường (ĐTĐ) khi phát hiện viêm tụy mạn. Trung bình có khoảng 50% bệnh nhân tiến triển ĐTĐ trong 10 năm theo dõi. Không chỉ thiếu hụt insulin mà cả glucagon cũng bị giảm tiết ở bệnh nhân suy tụy nội tiết. Độ nhạy của gan với insulin cũng bị giảm do thiếu polypeptid tụy. Cơ chế điều chỉnh khi đường huyết tăng cũng như khi đường huyết hạ đều bị hư hại. Do đó bệnh nhân dễ dàng tăng hoặc hạ đường huyết trong một khoảng hẹp của liều điều trị insulin. ĐTĐ trong viêm tụy mạn thuộc typ 3c, có biểu hiện cũng như các biến chứng gần giống với ĐTĐ typ 1.^{35,41}

1.4. Hình thái tổn thương của viêm tụy mạn

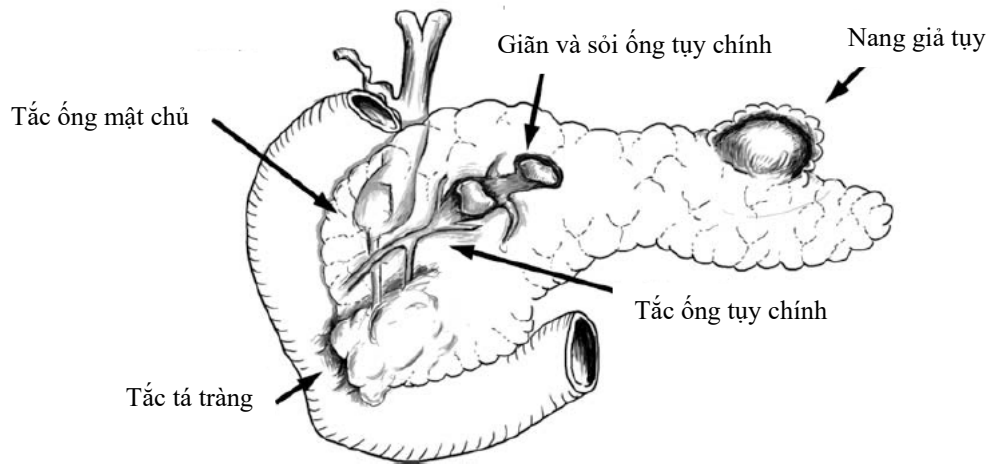
1.4.1. Khối viêm đầu tụy

Vùng đầu tụy- móm móm là một phân khu đặc biệt của tụy. Vùng này chiếm đến 40-55% nhu mô tụy. Hệ thống ống tụy đôi bao gồm OTC, ống tụy phụ, chưa kể ống tụy móm móm, khiến lưu thông dịch tụy ở vùng này khá phức tạp. Theo giả thuyết SAPE, quá trình ban đầu của viêm tụy mạn là sự xơ hóa ở các khoảng quanh tiểu thùy do sự sản xuất collagen quá mức của nguyên bào

sỏi. Quá trình này có thể làm tăng kích thước đáng kể đầu tụy, vốn tập trung nhiều đơn vị tiểu thùy, hình thành khối viêm đầu tụy. Theo Beger và cs., khối viêm đầu tụy là hình thái tổn thương sớm và hiện diện ở 30-45% bệnh nhân viêm tụy mạn được điều trị ngoại khoa. Đau trong khối viêm đầu tụy được giải thích là do tắc nghẽn ống tụy và thâm nhiễm thần kinh trong khối viêm. Các phẫu thuật nhằm loại bỏ khối viêm là cần thiết để giảm đau cho bệnh nhân.^{44,45}

1.4.2. Sỏi tụy và ống tụy giãn

Sự xơ hóa khoảng quanh tiểu thùy khiến ống tiểu thùy tụy bị tắc nghẽn, lâu ngày tạo thành sỏi trong lòng ống. Từ đó sỏi tụy hình thành, đầu tiên nằm rải rác trong nhu mô. Sỏi tụy có thể gặp ở 50% bệnh nhân viêm tụy mạn.⁴⁶ Quá trình viêm ở vùng đầu tụy khiến hệ thống ống tụy đổ về đầu tụy bị tắc nghẽn. Tắc nghẽn lâu ngày khiến OTC vùng cổ, thân, đuôi tụy giãn lớn và tạo sỏi trong lòng OTC (Hình 1.5).⁴⁷ Như vậy, OTC giãn là hình thái tổn thương ở giai đoạn muộn và là hậu quả của tắc nghẽn OTC ở đầu tụy. Tắc nghẽn OTC tại đầu tụy có thể không kèm khối viêm đầu tụy. Tại Nhật Bản, bệnh nhân hiếm khi có khối viêm đầu tụy tại thời điểm phẫu thuật. Các bệnh nhân ở Mỹ có đường kính đầu tụy trung bình chỉ là 2,6cm so với 4,5cm của các bệnh nhân ở Đức.⁴⁹ Tại bệnh viện Chợ Rẫy,¹¹ khối viêm đầu tụy chỉ hiện diện ở 10,3% bệnh nhân được phẫu thuật, trong khi OTC giãn chiếm 87,9%. Như vậy tắc nghẽn ống tụy vùng đầu tụy có thể xảy ra mà không cần có khối viêm, có thể do sự xơ hóa gây biến dạng trực tiếp ống tụy hoặc sự giảm phù nề đầu tụy theo thời gian.⁴⁸ Giải áp toàn bộ ống tụy đặc biệt vùng đầu tụy và lấy sạch sỏi là quan trọng để đạt giảm đau hiệu quả cho các bệnh nhân này.¹⁸



Hình 1.5. Một số hình thái tổn thương của viêm tụy mạn

“Nguồn: Strobel, 2009”^[47]

1.4.3. Tắc mật

Do liên quan giải phẫu mật thiết với đầu tụy, ống mật chủ (OMC) có thể bị tắc nghẽn trong quá trình viêm tụy mạn (Hình 1.5). Tỷ lệ tắc mật trong viêm tụy mạn từ 3-23%, thường kèm với khối viêm đầu tụy.⁵⁰ Bệnh nhân có thể không biểu hiện vàng da mà chỉ tăng phosphatase kiềm trong máu. Tắc mật có thể không liên quan đến đau, nhưng nguy cơ phát triển thành viêm đường mật cấp và xơ gan mật.⁵¹ Lựa chọn điều trị tắc mật trong viêm tụy mạn phụ thuộc nhiều yếu tố. Nếu bệnh nhân chỉ có tắc mật đơn thuần, chỉ định can thiệp đường mật được cân nhắc ở các bệnh nhân tắc mật trên 1 tháng hoặc có viêm đường mật cấp, hoặc có xơ gan mật. Trên bệnh nhân có hình thái tổn thương khác cần phẫu thuật để giải quyết, ví dụ như đau kèm OTC giãn, dẫn lưu mật cần được thực hiện đồng thời trong cùng cuộc phẫu thuật.⁵²

1.4.4. Nang giả

Nang giả gặp ở 20-38% bệnh nhân viêm tụy mạn, là hậu quả của sự đứt vỡ ống tụy gây rò dịch tụy ra ngoài, dịch tụy rò rỉ sau đó được một màng sợi xơ bao bọc lại. Nang giả trong viêm tụy mạn hầu hết là nang mạn tính, không tự thoái lui.³⁵ Nang giả là một yếu tố góp phần gây đau cho bệnh nhân viêm tụy

mạn, do đó cần phải can thiệp điều trị. Trên bệnh nhân viêm tụy mạn, nang giả thường có kèm hình thái tổn thương khác cần phẫu thuật như ống tụy giãn hoặc khối viêm đầu tụy, khi đó, nang giả được giải quyết trong cùng cuộc phẫu thuật bằng nối nang- ống tiêu hóa hoặc cắt bỏ.⁵³

1.5. Chẩn đoán và phân loại viêm tụy mạn

1.5.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán viêm tụy mạn là kết hợp giữa hình ảnh học, xét nghiệm chức năng và triệu chứng lâm sàng. Chẩn đoán viêm tụy mạn ở giai đoạn muộn có thể dễ dàng, chỉ cần dựa vào hình ảnh học với sỏi tụy và ống tụy giãn.³⁶ Ngược lại, chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm có nhiều khó khăn, hiện vẫn chưa thống nhất tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm; các bảng tiêu chuẩn chủ yếu dựa vào: hình ảnh học sớm của viêm tụy mạn (trên nội soi siêu âm hoặc CHTMT), sự hiện diện các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân, và các chỉ dấu sinh học.^{54,55} Nhiều bảng tiêu chuẩn chẩn đoán đã được đề ra nhưng chưa có bảng nào được xem là tối ưu.⁵⁶⁻⁵⁸ Bảng tiêu chuẩn M-ANNHEIM khá đầy đủ, súc tích, đã được ứng dụng trong nhiều nghiên cứu, có thể được xem là một tiêu chuẩn chẩn đoán tốt viêm tụy mạn (Bảng 1.2).^{3,59,60}

Bảng 1.2. Tiêu chuẩn M-ANNHEIM chẩn đoán chắc chắn viêm tụy mạn

Một hoặc nhiều hơn các tiêu chuẩn sau đây	
1.	Vôi hóa tụy
2.	Hình thái tổn thương ống tụy vừa hoặc nặng dựa trên phân độ Cambridge cải biên (xem phía dưới)
3.	Suy tụy ngoại tiết nặng, định nghĩa bằng tiêu phân mỡ và cải thiện đáng kể khi được điều trị bổ sung men tụy
4.	Giải phẫu bệnh điển hình của viêm tụy mạn
Hình thái tổn thương tụy trên CLVT, CHTMT, siêu âm dựa trên phân độ Cambridge cải biên	
Bình thường	OTC <2mm, kích thước và hình dạng tụy bình thường, nhu mô đồng nhất

Nghi ngờ	Một trong các dấu hiệu sau: OTC 2-4mm, kích thước tụy to nhẹ (< gấp hai lần bình thường), nhu mô không đồng nhất, nang nhỏ (<10mm), OTC không đều, viêm tụy cấp khu trú, tăng quang viền thành OTC, chu vi tụy ở đầu và thân không đều
Nhẹ	Hai hoặc nhiều hơn các dấu hiệu trên, nhưng OTC bình thường
Vừa	Hai hoặc nhiều hơn các dấu hiệu trên, bao gồm OTC bất thường (OTC 2-4mm hoặc tăng quang viền thành OTC)
Nặng	Như trên, thêm một hoặc nhiều hơn các dấu hiệu sau: OTC ≥ 5 mm, nang tụy ≥ 10 mm, kích thước tụy to đáng kể ($\geq$ gấp hai lần bình thường), tắc nghẽn OTC hoặc sỏi OTC, thâm nhiễm các cấu trúc xung quanh

“Nguồn: *Schneider, 2007*”^[60]

1.5.2. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

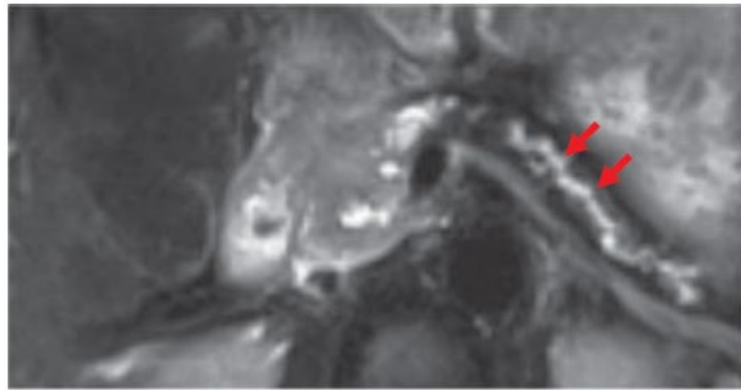
Cắt lớp vi tính

Cắt lớp vi tính (CLVT) hiện là phương tiện chẩn đoán đầu tay trên bệnh nhân nghi ngờ viêm tụy mạn, thay thế cho siêu âm bụng có nhiều hạn chế trong khảo sát tụy. Nó được chỉ định ở những bệnh nhân có cơn đau tụy và có những yếu tố nguy cơ gợi ý. CLVT còn giúp loại trừ các nguyên nhân gây đau bụng khác ngoài viêm tụy mạn. Ở giai đoạn trễ, sỏi tụy và ống tụy giãn là hai hình thái đặc trưng của viêm tụy mạn và dễ dàng thấy trên CLVT. Các thay đổi khác có thể phát hiện trên CLVT là teo nhu mô, bờ tụy không đều, khối viêm khu trú. Ngoài ra phương tiện này còn phát hiện các biến chứng của viêm tụy mạn như nang giả, tắc mật, tắc tá tràng, huyết khối tĩnh mạch cửa. Độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán viêm tụy mạn là 65-95%. Tuy nhiên CLVT không phát hiện được viêm tụy mạn giai đoạn sớm.⁶¹⁻⁶³

Cộng hưởng từ mật tụy

NSMTND từng là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán viêm tụy mạn. Thay đổi ống nhánh là hình thái sớm của viêm tụy mạn và chỉ được phát hiện trên chụp hình ống tụy. Tuy nhiên đây là một thủ thuật xâm lấn và chỉ được sử dụng trong trường hợp cần can thiệp điều trị. Cộng hưởng từ mật tụy (CHTMT) là một

phương tiện không xâm lấn, có thể dựng hình được ống tụy với chất lượng gần với NSMTND (Hình 1.6). Gần đây, CHTMT với kích thích tiết ống tụy bằng secretin cho độ nhạy cao ngang bằng với NSMTND. CHTMT và dựng hình ống tụy được chỉ định trên những bệnh nhân nghi ngờ viêm tụy mạn nhưng trên CLVT không phát hiện hình ảnh tổn thương. Ngoài ra, CHTMT còn phát hiện các thay đổi sớm ở nhu mô tụy, cũng như giúp phân biệt các tổn thương ung thư hoặc tân sinh tiết nhầy dạng nhú trong lòng ống (IPMN) tốt hơn so với CLVT.^{61–63}



Hình 1.6. Thay đổi hình thái ống tụy trên cộng hưởng từ

“Nguồn: Czeyda-Pommersheim, 2017”^[62]

1.5.3. Phân loại viêm tụy mạn

Theo giả thuyết của Ammann và cs., đau bụng là triệu chứng đầu tiên của viêm tụy mạn, sau đó các triệu chứng suy tụy ngoại tiết và nội tiết sẽ lần lượt xuất hiện; cuối cùng khi các triệu chứng suy tụy trở nên nặng nề, cơn đau sẽ biến mất; quá trình diễn tiến tự nhiên này có thể kéo dài đến 20 năm.⁴⁰ Tuy nhiên, có khoảng 10% bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn với triệu chứng đầu tiên là suy tụy ngoại tiết hoặc nội tiết mà không có đau bụng trước đó.⁶⁰ Dựa trên giả thuyết của Ammann, Schneider và cs. đã thiết lập một bảng phân giai đoạn viêm tụy mạn dựa trên các triệu chứng đau bụng và suy tụy (Bảng 1.3).⁶⁰

Bảng 1.3. Phân giai đoạn viêm tụy mạn theo M-ANNHEIM

Giai đoạn Ia	Viêm tụy cấp tái phát (không đau giữa hai đợt viêm tụy cấp)
Giai đoạn Ib	Đau bụng tái phát (bao gồm đau bụng giữa hai đợt viêm tụy cấp)
Giai đoạn Ic	Ia hoặc Ib với biến chứng nặng
Giai đoạn IIa	Suy tụy ngoại tiết HOẶC nội tiết, không đau
Giai đoạn IIb	Suy tụy ngoại tiết HOẶC nội tiết, có đau
Giai đoạn IIc	IIa hoặc IIb với biến chứng nặng
Giai đoạn IIIa	Suy tụy ngoại tiết VÀ nội tiết, có đau
Giai đoạn IIIb	IIIa với biến chứng nặng
Giai đoạn IVa	Suy tụy ngoại tiết VÀ nội tiết, không đau
Giai đoạn IVb	IVa với biến chứng nặng

Biến chứng nặng gồm: báng bụng, chảy máu, giả phình mạch, tắc mật, rò tụy, tắc tá tràng, huyết khối tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch lách, ung thư tụy

“Nguồn: *Schneider, 2007*”^[60]

Ngoài ra, nhóm nghiên cứu M-ANNHEIM còn xây dựng một bảng đánh giá và phân loại độ nặng của viêm tụy mạn dựa vào tính chất đau, mức độ suy tụy, phương pháp điều trị đau, và các hình thái tổn thương (Bảng 1.4).⁶⁰ Tuy nhiên, nhóm tác giả chưa đưa ra gợi ý nào về điều trị viêm tụy mạn dựa trên bảng phân loại độ nặng này.

Bảng 1.4. Hệ thống tính điểm và phân độ nặng viêm tụy mạn theo M-ANNHEIM

Lâm sàng	Điểm
Tính chất đau bụng	
Không đau, không điều trị	0
Viêm tụy cấp tái phát: không đau giữa hai đợt cấp	1
Không đau với điều trị: không đau khi đang điều trị thuốc giảm đau hoặc điều trị can thiệp nội soi	2
Đau từng đợt: có khoảng giảm đau, với cả điều trị hoặc không điều trị	3
Đau liên tục: không có khoảng giảm đau, với cả điều trị hoặc không điều trị	4
Điều trị đau	
Không thuốc	0
Dùng thuốc không opioid hoặc opioid nhẹ (TCYTTG nhóm 1 và 2)	1

Dùng thuốc opioid mạnh (TCYTTG nhóm 3) hoặc điều trị can thiệp nội soi	2
Điều trị can thiệp phẫu thuật	
Phẫu thuật tụy vì bất kì lí do gì	4
Suy tụy ngoại tiết	
Không	0
Suy tụy ngoại tiết không cần điều trị bổ sung men tụy (bao gồm tiêu phân mỡ/ tiêu chảy từng đợt)	1
Suy tụy ngoại tiết nặng, định nghĩa bằng tiêu phân mỡ và cải thiện đáng kể khi được điều trị bổ sung men tụy	2
Suy tụy nội tiết	
Không	0
Có	4
Hình thái tổn thương (dựa trên phân độ Cambridge cải biên)	
Bình thường	0
Nghi ngờ	1
Nhẹ	2
Vừa	3
Nặng	4
Biến chứng nặng	
Không	0
Biến chứng nặng có thể hồi phục: báng bụng, chảy máu, giả phình mạch, tắc mật, rò tụy, tắc tá tràng	2
Biến chứng nặng không thể hồi phục: huyết khối tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch lách, ung thư tụy	4
Phân độ nặng	
0-5 điểm: độ A (rất nhẹ)	
6-10 điểm: độ B (nhẹ)	
11-15 điểm: độ C (vừa)	
16-20 điểm: độ D (nặng)	
>20 điểm: độ E (rất nặng)	

“Nguồn: *Schneider, 2007*”^[60]

1.5.4. Phân biệt ung thư tụy với viêm tụy mạn

Ung thư biểu mô tụy xuất hiện ở 1,5-6% bệnh nhân viêm tụy mạn. Sự tăng phân chia tế bào quá nhanh để thay thế các tế bào hư hại trong tiến trình viêm tụy mạn là yếu tố nguy cơ của ung thư. Có nghiên cứu báo cáo ung thư phát

triển 40 năm sau phẫu thuật nối tụy ruột do viêm tụy mạn.⁶⁴ Ung thư trên nền viêm tụy mạn rất khó nhận biết vì khối u có thể nhầm lẫn với khối viêm. Việc phân biệt hai bệnh cảnh này là rất cần thiết.^{35,65–67} Vấn đề phẫu thuật sớm để phòng ngừa ung thư tụy ở các bệnh nhân viêm tụy mạn vẫn còn gây tranh cãi.⁶⁸ Ruan và cs. trong một nghiên cứu chuyên biệt trên hình ảnh học để phân biệt ung thư tụy với viêm tụy mạn đã chỉ ra rằng: ung thư tụy ít có sỏi đầu tụy và nang giả đầu tụy, có đậm độ trên CLVT thì động mạch thấp hơn, có giới hạn với nhu mô tụy bình thường lân cận rõ hơn, có tín hiệu cộng hưởng từ khuếch tán cao hơn, có dấu hiệu mất kết nối OTC và OMC trên CHTMT; so với viêm tụy mạn.⁶⁹ Perumal và cs. trong một nghiên cứu kết hợp lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học để tìm các yếu tố nguy cơ của ung thư tụy, đã chỉ ra rằng: viêm tụy mạn thể nhiệt đới, vàng da, đau bụng đột ngột trở nặng, tắc nghẽn đường thoát dạ dày, sụt cân nghiêm trọng là các yếu tố nguy cơ của ung thư tụy; các tác giả này cũng đưa ra các yếu tố dự đoán ung thư tụy trong viêm tụy mạn bao gồm: CA 19-9 ≥ 127 UI/ml, bilirubin máu $\geq 5,8$ mg/dl, đường kính OTC $\geq 11,5$ mm, đường kính OMC $\geq 14,5$ mm.⁷⁰ Trong một nghiên cứu chuyên biệt về CA 19-9 trong dự đoán ung thư tụy ở các bệnh nhân viêm tụy mạn, Bedi và cs. chỉ ra CA 19-9 > 300 UI/ml là một chỉ dấu rất mạnh của ung thư tụy ngay cả ở các bệnh nhân có tắc mật.⁷¹

1.6. Chiến lược điều trị viêm tụy mạn

1.6.1. Phương pháp tiếp cận từng bước

Trước đây, các bệnh nhân viêm tụy mạn thường được điều trị bảo tồn. Trước tiên, các bệnh nhân này được điều trị với thuốc giảm đau, bổ sung men tụy ngoại tiết, điều trị dinh dưỡng, và ngưng các yếu tố nguy cơ. Khi điều trị nội khoa thất bại, NSMTND lấy sỏi tụy hoặc tán sỏi ngoài cơ thể được xem xét. Phẫu thuật được xem là biện pháp cuối cùng khi các phương pháp nêu trên

thất bại.^{1,72,73} Đối với bệnh nhân viêm tụy mạn không đau và không có biến chứng nào khác, không có chỉ định can thiệp điều trị.⁷⁴

Các hướng dẫn về điều trị viêm tụy mạn đều thống nhất chọn phác đồ giảm đau của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTTG).^{1,2,73} Thuốc giảm đau được chia thành ba nhóm, nhóm 1 gồm các thuốc giảm đau không opioid tiêu biểu là paracetamol, nhóm 2 gồm các thuốc opioid nhẹ tiêu biểu là tramadol và codeine, nhóm 3 là opioid mạnh tiêu biểu là morphine. Thời gian điều trị với một nhóm thuốc giảm đau là hai tuần, nếu không hiệu quả (VAS >4) thì xem xét lên thang, đây được xem là phác đồ giảm đau bậc thang tiêu chuẩn. Khi bệnh nhân đã sử dụng thuốc nhóm 3 nhưng vẫn không giảm đau, các thuốc giảm đau hướng thần kinh như pregabalin, gabapentin hoặc thuốc chống trầm cảm có thể được cân nhắc thêm vào.^{1,3}

Khi bệnh nhân thất bại với điều trị nội khoa, được định nghĩa bằng thang điểm đau theo gương mặt (VAS) >4 trong hơn sáu tuần, các biện pháp điều trị can thiệp nên được thực hiện.^{1,3} NSMTND và tán sỏi ngoài cơ thể là hai biện pháp điều trị xâm lấn tối thiểu và có thể xem xét trước khi phẫu thuật. NSMTND cắt cơ vòng Oddi cho phép lấy sỏi đầu tụy và đặt stent ống tụy để duy trì lưu thông dịch tụy. Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, NSMTND có tỉ lệ đau tái phát cao, chất lượng sống thấp hơn so với phẫu thuật.⁵ NSMTND có hiệu quả tốt nhất ở các bệnh nhân có sỏi nhỏ đơn độc hoặc một đoạn hẹp đơn độc ở OTC gần Oddi, trong giai đoạn sớm của bệnh.^{1,72} Với các viên sỏi lớn hơn 4mm ở đầu tụy, tán sỏi ngoài cơ thể có thể được áp dụng, viên sỏi bị tán nhỏ tự trôi qua tá tràng hoặc được lấy qua ngả kết hợp với NSMTND. NSMTND và tán sỏi ngoài cơ thể có thể phải được thực hiện nhiều lần để đạt hiệu quả, do đó chỉ nên xem xét ở những bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao.^{1,73} Điều trị can thiệp nội soi được xem là thất bại khi VAS

>4 trong hơn sáu tuần sau 3 đợt can thiệp, khi đó phẫu thuật cần được xem xét.^{3,4}

1.6.2. Phương pháp phẫu thuật sớm

Phẫu thuật từng được xem là lựa chọn cuối cùng khi bệnh nhân có đau kháng trị với tất cả phương pháp điều trị bảo tồn, hoặc khi bệnh nhân có biến chứng cần can thiệp như nang giả, tắc mật v.v.⁷⁶ Tuy nhiên, các hướng dẫn điều trị viêm tụy mạn mới nhất đều ủng hộ quan điểm phẫu thuật ở giai đoạn sớm, khi bệnh nhân còn chưa sử dụng giảm đau opioid, hơn là ở giai đoạn muộn khi bệnh nhân đã trải qua tất cả phương pháp điều trị bảo tồn.^{1,2,26} Có nhiều chứng cứ ủng hộ cho quan điểm phẫu thuật sớm. Đau liên tục kéo dài là diễn tiến không thể tránh khỏi của viêm tụy mạn, đòi hỏi bệnh nhân phải dùng thuốc giảm đau, nhất là nhóm 3. Phẫu thuật giúp giảm đau hiệu quả ở hơn 75% bệnh nhân, giúp loại trừ nguy cơ nghiện opioid và cải thiện hẳn chất lượng sống.⁷⁷ Có nghiên cứu còn cho rằng sử dụng opioid trước phẫu thuật khiến phẫu thuật không đạt hiệu quả cao.⁹ Diễn tiến đến suy tụy ngoại tiết có thể được làm chậm lại bởi phẫu thuật.⁷⁸ NSMTND có hiệu quả trên giảm đau, chất lượng sống và một số tiêu chí khác kém hơn so với phẫu thuật.^{4,5,79} Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng đa trung tâm ESCAPE cho thấy ưu điểm về phương diện giảm đau của phẫu thuật sớm so với phương pháp tiếp cận từng bước cổ điển. Trong nghiên cứu này, Issa và cs. chọn lựa các bệnh nhân vừa mới phải sử dụng opioid để giảm đau do viêm tụy mạn, với thời gian sử dụng dưới 6 tháng đối với opioid nhẹ (tramadol, codeine) và dưới 2 tháng đối với opioid mạnh (morphine), vào phân lô ngẫu nhiên trong nghiên cứu.^{3,80} Sau theo dõi lâu dài 98 tháng, kết quả giảm đau với điểm Izicki ở nhóm phẫu thuật sớm vẫn tốt hơn nhóm cổ điển.⁸¹

Hình thái tổn thương rất quan trọng, ảnh hưởng đến việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật. OTC giãn được định nghĩa là đường kính ống tụy lớn nhất

trên 5mm, thay vì trước đây là 7mm. Khối viêm đầu tụy được định nghĩa là đường kính đầu tụy lớn nhất trên 40mm.^{26,73} Các phẫu thuật dẫn lưu ống tụy như Duval,¹³ Puestow,³⁵ và Partington¹⁵ nhằm mục đích giải áp OTC. Các phẫu thuật cắt tụy như cắt khối tá tụy,⁸² Beger,⁴⁴ và Bern⁸³ nhằm loại trừ khối viêm đầu tụy. Đối với bệnh nhân có cả ống tụy giãn và khối viêm đầu tụy, phẫu thuật lai giữa dẫn lưu ống tụy và cắt tụy như Frey^{23,34} được thực hiện (Bảng 1.5). Khi bệnh nhân có các biến chứng của viêm tụy mạn như nang giả hay tắc mật, các phẫu thuật nhằm loại bỏ các biến chứng được áp dụng. Như vậy, phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn là phẫu thuật hướng đến hình thái tổn thương và không có phương pháp nào được xem là tiêu chuẩn vàng.^{7-9,47,84,85}

Bảng 1.5. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật

Hình thái tổn thương	Phương pháp phẫu thuật
Ống tụy giãn + kích thước đầu tụy bình thường	Dẫn lưu ống tụy: Partington Khoét đầu tụy kèm dẫn lưu ống tụy: Frey
Tắc nghẽn các nhánh bên	Cắt xẻ dọc nhu mô kiểu chữ V: Izbicki
Khối viêm đầu tụy	Cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng: Beger Khoét đầu tụy: Bern
Khối viêm đầu tụy + Ống tụy giãn	Khoét đầu tụy kèm dẫn lưu ống tụy: Frey
Khối viêm đầu tụy nghi ngờ ung thư	Cắt khối tá tụy: Whipple

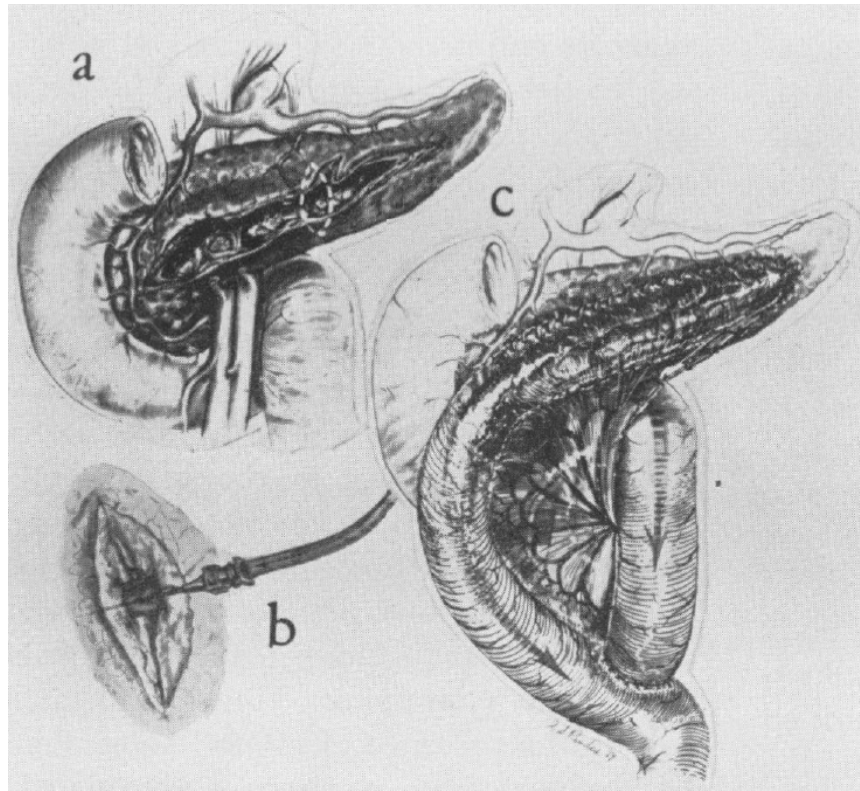
“Nguồn: Beger, 2008”^[76]

1.7. Phẫu thuật dẫn lưu ống tụy

1.7.1. Phẫu thuật dẫn lưu ống tụy cổ điển

Các phương pháp dẫn lưu ống tụy cổ điển được mô tả đầu tiên bởi Duval¹³ và Puestow.³⁵ Các phẫu thuật này đòi hỏi cắt đuôi tụy và lách để tạo một đường thông vào ống tụy. Năm 1960, nhận thấy ưu điểm và hạn chế của phẫu thuật Puestow trong điều trị viêm tụy mạn, Partington và Rochelle đã cải biên phẫu thuật này. Cắt đuôi tụy và lách được loại bỏ, phẫu thuật chỉ gồm xẻ dọc OTC từ đuôi tụy đến gần đầu tụy và nối bên bên với quai hồng tràng kiểu Roux en Y (Hình 1.7a và 1.7c). Nếu gặp khó khăn trong việc nhận diện OTC, cắt một

phần nhỏ nhu mô vùng thân tụy giúp việc này dễ dàng hơn (Hình 1.7b).¹⁵ Phẫu thuật này đơn giản hơn so với phẫu thuật Puestow và giúp bảo tồn nhu mô tụy tối đa. Do đó, phẫu thuật Partington là phẫu thuật dẫn lưu ống tụy đơn thuần được dùng rộng rãi trước đây trong điều trị viêm tụy mạn.



Hình 1.7. Phẫu thuật Puestow-Gillesby cải biên (Partington cổ điển)

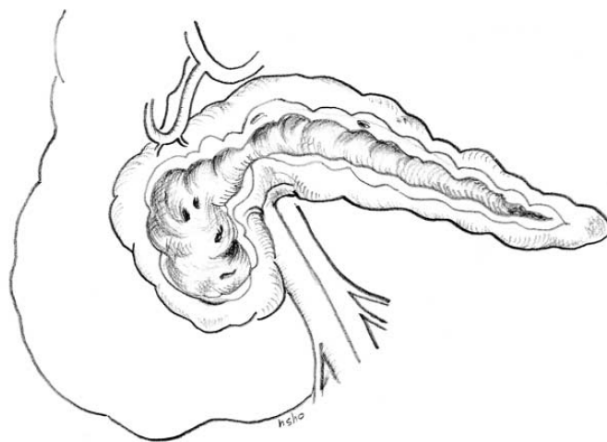
“Nguồn: *Partington, 1960*”^[15]

Tuy nhiên, phẫu thuật Partington lại có tỉ lệ tái phát đau khá cao. Có đến 50% bệnh nhân tái phát đau, phần lớn trong số đó cần một phẫu thuật thứ hai để dẫn lưu lại ống tụy. Điều này xảy ra do một số đoạn ống tụy bị tắc nghẽn, thường có sỏi bên trong, nhất là ở vùng đầu tụy, đã không được dẫn lưu đầy đủ.^{10,16,18,23} Theo mô tả nguyên thủy của Partington và Rochelle, OTC được mở dọc “từ đuôi tụy đến khoảng bên phải của bó mạch mạc treo tràng trên”.¹⁵ Điều này khiến hệ thống ống tụy vùng đầu tụy, vốn phức tạp, không được giải áp. Markowitz và cs. đánh giá các yếu tố gây thất bại của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy, thấy có 13% do không giải áp ống tụy đầy đủ.⁸⁶ Việc làm sạch sỏi và dẫn

lưu ống tụy toàn bộ, nhất là vùng đầu tụy, rất quan trọng để đạt giảm đau hiệu quả cho bệnh nhân. Phẫu thuật Partington cổ điển là không đủ để giải áp toàn bộ ống tụy vùng đầu tụy và cần đến các phẫu thuật khác để đạt mục tiêu này.

1.7.2. Phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng

Phẫu thuật Frey vốn dùng để điều trị các bệnh nhân có khối viêm đầu tụy. Để kết hợp ưu điểm của phẫu thuật cắt đầu tụy và dẫn lưu ống tụy, Frey và Smith đã mô tả một kỹ thuật phẫu thuật vào năm 1987. Theo đó, đầu tụy được khoét bỏ chừa lại một lớp nhu mô tụy phía sau, kèm với xẻ dọc OTC từ cổ đến đuôi tụy tương tự phẫu thuật Partington, sau đó một quai hồng tràng được đưa lên nối với khoang tụy này (Hình 1.8).^{23,34} Phẫu thuật này có hiệu quả giảm đau tương tự phẫu thuật cắt khối tá tụy và Beger, nhưng bảo tồn chức năng tụy tốt hơn. Vì những hạn chế của phẫu thuật Partington cổ điển, Hồ Sỹ Hưng và Frey đã đề xuất phẫu thuật Frey cho cả những bệnh nhân không có khối viêm đầu tụy.²³ Nhiều tác giả khác^{24,25,48,87,88} cũng đã áp dụng phẫu thuật Frey cho các trường hợp OTC giãn nhưng kích thước đầu tụy bình thường, hiệu quả giảm đau đạt 77-92%.

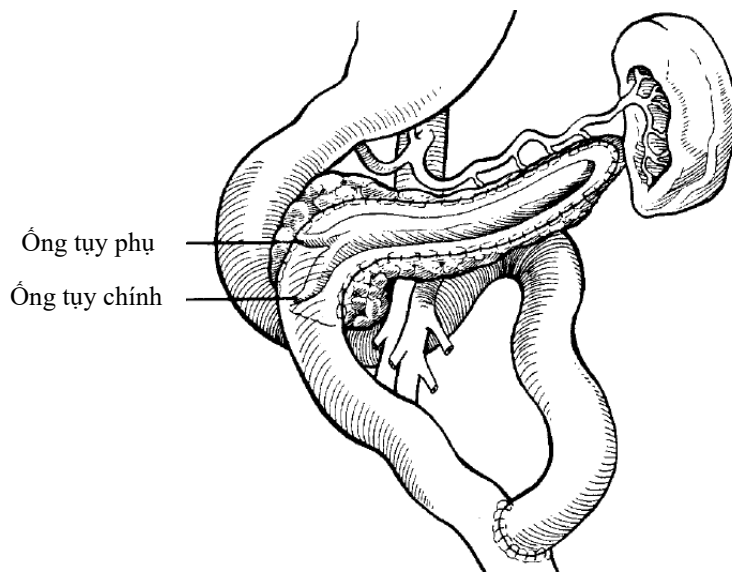


Hình 1.8. Phẫu thuật Frey

“Nguồn: Ho, 2001”^[23]

Tuy nhiên, phẫu thuật Frey bao gồm việc khoét đầu tụy ít nhiều ảnh hưởng đến chức năng tụy. Để giữ lại ưu điểm và cải thiện hiệu quả giảm đau của phẫu

thuật Partington, O’Neil và Aranha đã cải biên phẫu thuật này. Các tác giả này thêm vào thủ thuật xẻ ống tụy vùng đầu tụy bao gồm OTC, ống tụy phụ và ống tụy mỏm móc đến cách 1cm bờ trong tá tràng và bờ phải tĩnh mạch mạc treo tràng trên (Hình 1.9). O’Neil và Aranha cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lấy sạch sỏi tụy.¹⁸ Trong nghiên cứu này chúng tôi xin gọi phẫu thuật này là Partington mở rộng.



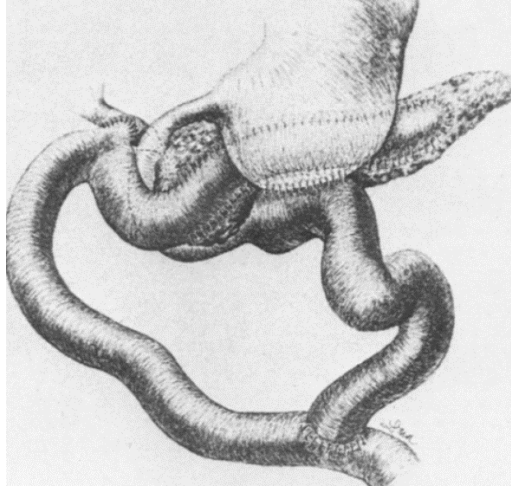
Hình 1.9. Phẫu thuật nối tụy ruột bên bên theo O’Neil và Aranha (Partington mở rộng)

“Nguồn: O’Neil, 2003”^[18]

1.7.3. Xử trí tắc mật và nang giả đồng thời

Khi bệnh nhân có đồng thời tắc mật cùng với ống tụy giãn, một phẫu thuật dẫn lưu đường mật cùng lúc với dẫn lưu ống tụy được thực hiện. Miệng nối ống mật chủ- hỗng tràng có thể được thực hiện trên cùng quai ruột đã nối tụy ruột trước đó (Hình 1.10).⁵⁰ Nếu bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật Frey, OMC có thể được mở vào khoang tụy và dịch mật được dẫn lưu cùng với dịch tụy vào quai hỗng tràng, phương pháp này còn gọi là tạo đường hầm mật tụy.⁸⁹ Đôi khi các bệnh nhân xuất hiện tắc mật, ống tụy giãn, và tắc tá tràng đồng thời;

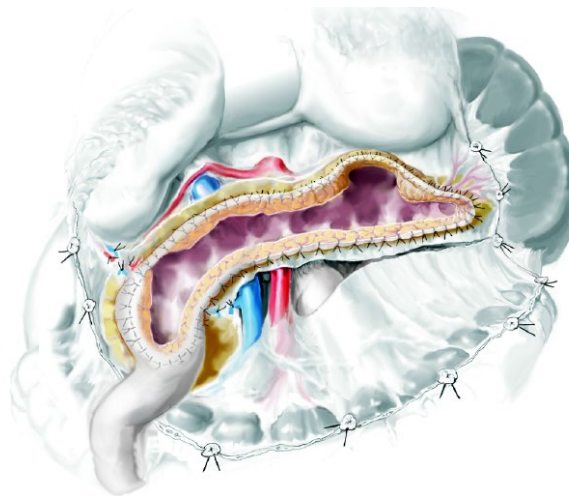
các bệnh nhân này được thực hiện ba miệng nối tụy ruột, mật ruột và vị tràng cùng lúc.⁹⁰



Hình 1.10. Nối mật ruột trên cùng quai nối tụy ruột

“Nguồn: Frey, 1990”^[50]

Phẫu thuật được áp dụng cho các trường hợp nang giả tụy có kèm hình thái tổn thương khác. Khi bệnh nhân có kèm OTC giãn, nang giả được mở vào cùng khoang với ống tụy và sau đó nối với quai hồi tràng (Hình 1.11).¹² Cắt một phần tụy cũng được xem xét nếu nang quá lớn che lấp OTC khiến không thể giải áp ống tụy toàn bộ. Phẫu thuật cắt thân đuôi tụy hoặc cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng được áp dụng cho các trường hợp nang giả nằm ở vị trí tương ứng.⁵³



Hình 1.11. Dẫn lưu nang giả vào đường xẻ ống tụy

“Nguồn: Prinz, 2008”^[12]

1.7.4. Đánh giá hiệu quả phẫu thuật

Hiệu quả của phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn được đánh giá phần nhiều dựa trên tác động lên triệu chứng đau của bệnh nhân. Đánh giá đau nên dựa vào nhiều yếu tố khách quan khác ngoài VAS.² Thang điểm Izbicki được xây dựng bao gồm hai yếu tố chủ quan là cường độ theo VAS và tần số cơn đau, và hai yếu tố khách quan là sử dụng thuốc giảm đau và thời gian mất khả năng làm việc liên quan đến bệnh, đây là công cụ đánh giá đau khá toàn diện.⁹¹ Các tác giả Cahen,^{4,5} Pothula Rajendra,²⁴ Issa,³ Kempeneers⁵⁹ sử dụng thang điểm Izbicki để đánh giá đau trong các nghiên cứu của họ.

Ngoài đau, chất lượng sống cũng là một thang đo quan trọng cho hiệu quả của phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn. Chất lượng sống là tổng hòa của sức khỏe thể chất, tinh thần, tính độc lập, mối quan hệ xã hội và môi trường của một người.⁹¹ Hiện nay, có ba phương tiện thường dùng để đánh giá chất lượng sống ở bệnh nhân viêm tụy mạn, gồm bảng khảo sát sức khỏe dạng ngắn 36 mục (SF-36), bảng khảo sát sức khỏe dạng ngắn 12 mục (SF-12), bảng câu hỏi chất lượng sống của tổ chức Châu Âu về nghiên cứu và điều trị ung thư (EORTC-QLQ).^{92,93} Theo khuyến cáo của Hội tiêu hóa Châu Âu, cả ba phương tiện này đều có hiệu quả như nhau trong đánh giá chất lượng sống ở bệnh nhân viêm tụy mạn.² Các tác giả Cahen,^{4,5} Pothula Rajendra,²⁴ Issa,³ Kempeneers⁵⁹ sử dụng bộ câu hỏi SF-36 để đánh giá chất lượng sống trong các nghiên cứu của họ, trong khi Tustumi⁹⁴ sử dụng bộ câu hỏi SF-12. Gần đây xuất hiện công cụ chất lượng sống viêm tụy (Pancreatitis Quality of Life Instrument- PANQOLI) với 18 câu hỏi ngắn gọn và có thể xem là đặc hiệu cho viêm tụy mạn, tuy nhiên, các nghiên cứu sử dụng công cụ này còn ít, chúng ta có thể xem xét sử dụng trong tương lai gần.^{95,96}

Chức năng tụy là một yếu tố quan trọng cần theo dõi ở các bệnh nhân sau phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn. Chức năng tụy ngoại tiết có thể được đánh

giá lâm sàng bằng triệu chứng tiêu phân mỡ hoặc sụt cân. Tuy nhiên, suy tụy ngoại tiết có thể đã xảy ra mà không có triệu chứng lâm sàng. Elastase-1 là một men đặc hiệu của tụy, có hiện diện trong phân, và không bị ảnh hưởng bởi điều trị thay thế men tụy. Xét nghiệm elastase-1 trong phân hiện là phương tiện đơn giản nhất phản ánh chính xác chức năng tụy ngoại tiết, hiện nay được dùng thay thế cho các xét nghiệm khác không chính xác hoặc quá phức tạp như tìm mỡ trong phân, phân tích trực tiếp dịch tá tràng, xét nghiệm hơi thở.^{2,97} ĐTĐ có thể được chẩn đoán bằng đường huyết bất kì, đường huyết khi đói hoặc nghiệm pháp dung nạp glucose. HbA1C phản ánh chính xác tình trạng đường huyết trong 2 tháng gần nhất, là một phương tiện tốt để theo dõi chức năng tụy nội tiết ở những bệnh nhân đã biết ĐTĐ. Xét nghiệm C-peptide và insulin máu là phương tiện đánh giá trực tiếp chức năng nội tiết của tế bào beta trong tiểu đảo tụy. Các xét nghiệm này không giúp chẩn đoán, nhưng giúp phân biệt nguyên nhân ĐTĐ và đánh giá chức năng nội tiết của tụy.^{2,97}

1.8. Tình hình nghiên cứu về phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn

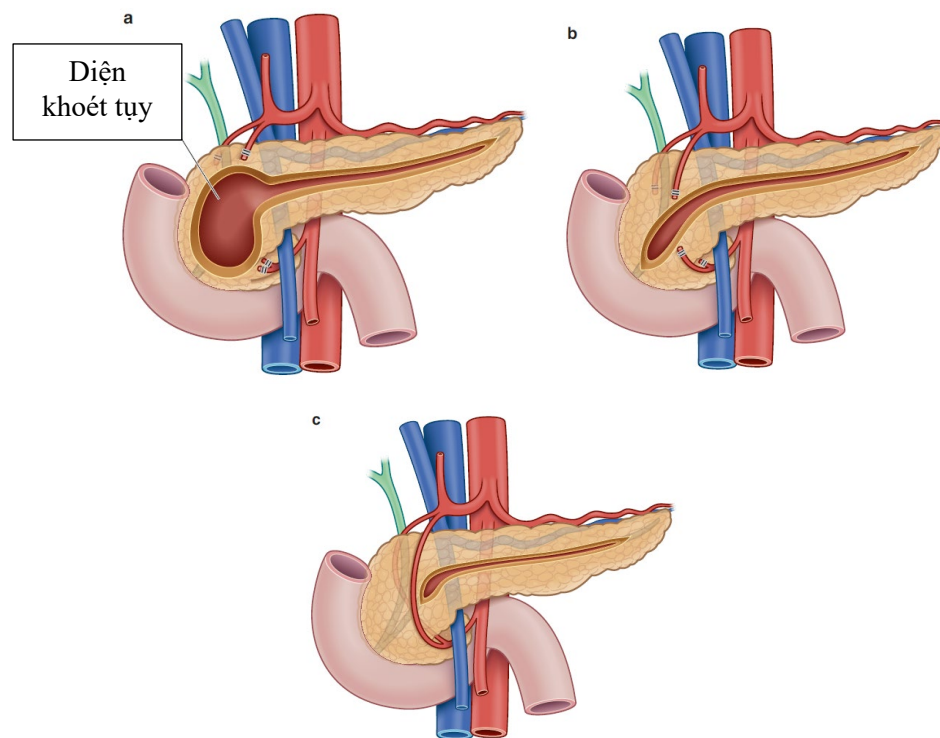
1.8.1. Tình hình nghiên cứu trên thế giới

Theo tổng quan hệ thống năm 2023 của Cohen và Kent,⁹⁸ từ tháng 1 năm 1997 đến tháng 7 năm 2022, có 75 nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị viêm tụy mạn. Phẫu thuật tỏ ra hiệu quả hơn can thiệp nội soi trong vấn đề giảm đau lâu dài, phẫu thuật sớm (trong vòng 3 năm sau khởi phát đau) ưu điểm hơn phẫu thuật muộn. Bên cạnh đó, tổng quan hệ thống năm 2024 của Ashfaq và cs.⁹⁹ tổng hợp được 11 nghiên cứu về phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn và tác động của nó đến triệu chứng đau và chất lượng sống. Tác giả này nhận thấy phẫu thuật giúp giảm đau và cải thiện chất lượng sống đáng kể, đặc biệt là các phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng như Frey hay Beger. Một bài tổng quan năm 2023 của Knazovicky và cs.¹⁰⁰ cũng cho rằng phẫu thuật là lựa chọn điều trị thích hợp nhất để cải thiện triệu chứng đau và chất lượng sống của bệnh

nhân. Các tác giả này cũng nhấn mạnh việc lựa chọn phẫu thuật dẫn lưu hay cắt tụy phải phụ thuộc vào hình thái tổn thương của bệnh nhân. Nghiên cứu đoàn hệ của Ghorbani và cs.¹⁰¹ cho thấy từ năm 2000 đến 2019 trung tâm của họ đã thực hiện 162 cuộc phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn, trong đó phẫu thuật dẫn lưu chỉ chiếm 2 trường hợp, còn lại đa số là cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng và cắt khối tá tụy. Điều này chứng tỏ phẫu thuật vẫn là lựa chọn hàng đầu cho điều trị đau do viêm tụy mạn, và thế giới vẫn đang nghiên cứu về chủ đề này.¹⁰² Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu gần đây đã không đề cập đến vấn đề dẫn lưu ống tụy mở rộng. Nghiên cứu của Murruste và cs.¹⁰³ cho rằng không có sự khác biệt giữa đường xẻ ống tụy “ngắn” và “dài”, tuy nhiên nhóm bệnh nhân của tác giả này được chọn lọc kỹ càng, chỉ có ống tụy giãn thuần nhất và ít sỏi đầu tụy. Việc áp dụng phẫu thuật nội soi điều trị viêm tụy mạn cũng đã được chú ý.^{104–108} Kalayarasan và cs.¹⁰⁹ nhắc đến xu hướng của phẫu thuật nội soi trong viêm tụy mạn nhưng không quên nhấn mạnh đến việc phải giải áp đầy đủ vùng đầu tụy. Phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ trong viêm tụy mạn cũng đã được báo cáo.¹¹⁰

Một nghiên cứu năm 2022 của Kempeneers và cs.⁵⁹ đã chú ý tinh chỉnh kỹ thuật của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy. Tác giả này phân biệt rõ phẫu thuật Frey, phẫu thuật Partington mở rộng và cổ điển, dựa vào cung mạch tá tụy trước (Hình 1.12). Họ nhận xét rằng đường xẻ ống tụy theo Partington chỉ dừng ở bên trái cung mạch này, do đó, phẫu thuật Partington cổ điển không thể giải áp được vùng đầu tụy. Trong nghiên cứu này, Kempeneers và cs. đã bỏ qua phẫu thuật Partington cổ điển mà chỉ sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng (Kempeneers dùng danh pháp “phẫu thuật nối ống tụy hồng tràng bên bên mở rộng”) hoặc Frey. Các tác giả này cũng nêu thực trạng rằng có thể nhiều nghiên cứu đã sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng nhưng lại mô tả như Partington cổ điển, và khuyến cáo các nghiên cứu sau này nên mô tả rõ phương pháp dẫn lưu ống tụy được sử dụng. Như vậy, mức độ lấy sỏi của từng loại phẫu thuật đã

được Kempeneers và cs. làm rõ. Phẫu thuật Partington cổ điển có đường xẻ OTC chỉ dừng bên trái cung mạch tá tụy trước, do đó, sỏi ở vùng đầu và móc tụy còn nguyên vẹn, đây khả năng cao là nguyên nhân gây đau tái phát sau phẫu thuật. Phẫu thuật Partington mở rộng lấy được sỏi OTC ở vùng đầu và móc tụy, tuy nhiên sỏi các ống nhánh nằm sâu trong nhu mô đầu tụy nếu có sẽ khó được lấy sạch. Phẫu thuật Frey với việc khoét nhu mô đầu tụy chỉ chừa lại lam mỏng nhu mô phía sau sẽ lấy sạch sỏi đầu tụy tối ưu nhất. Tuy nhiên, mức độ lấy sỏi cũng tỉ lệ thuận với mức độ xâm lấn của phẫu thuật. Tóm lại, theo lý thuyết phẫu thuật Frey giúp lấy sạch sỏi nhất, tỉ lệ đau tái phát thấp nhất nhưng cũng có nguy cơ biến chứng và suy tụy cao. Luận điểm này cần có thêm nghiên cứu đánh giá.



Hình 1.12. Phân biệt các phẫu thuật dẫn lưu ống tụy

a) Phẫu thuật Frey. b) Phẫu thuật Partington mở rộng. c) Phẫu thuật Partington cổ điển

“Nguồn: Kempeneers, 2022”^[80]

1.8.2. Hạn chế của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy cổ điển

Những hạn chế của phẫu thuật Partington cổ điển đã được chỉ ra trong y văn. Prinz và cs. đã báo cáo 14 trường hợp phẫu thuật dẫn lưu lại ống tụy do đau bụng dai dẳng mặc dù đã được phẫu thuật Partington trước đó. Trong phẫu thuật xác nhận các đoạn ống tụy ở đầu tụy đã không được dẫn lưu đầy đủ. Dẫn lưu lại toàn bộ ống tụy vùng đầu tụy đến sát tá tràng được thực hiện. Sau phẫu thuật, 71% bệnh nhân đạt hiệu quả giảm đau với phẫu thuật dẫn lưu lại ống tụy.¹⁷ Trong nghiên cứu của Paye và cs., tác giả này chia bệnh nhân làm hai nhóm: nhóm đạt được mở thông hoàn toàn từ ống Wirsung vào lòng tá tràng (tương đương Partington mở rộng), và nhóm không thể mở thông ống Wirsung (tương đương Partington cổ điển). Paye và cs. báo cáo tỉ lệ giảm đau ở nhóm mở thông hoàn toàn là 86%, trong khi đó nhóm không thể mở thông có tỉ lệ thấp hơn hẳn, là 50%, sau trung bình 52 tháng theo dõi.²² Điều này chứng tỏ tầm quan trọng của việc lấy bỏ các ống tụy tắc nghẽn và sỏi ở vùng đầu tụy. Adams và cs. báo cáo kết quả của phẫu thuật Partington, về mặt kỹ thuật, các tác giả cố gắng xẻ rộng toàn bộ chiều dài ống tụy chính từ đuôi tụy đến sát tá tràng. Tuy nhiên, ở một số trường hợp họ thất bại trong việc xẻ ống tụy ở vùng đầu tụy. Kinh nghiệm của Adams và cs. cho thấy đoạn ống tụy vùng đầu tụy là nguồn có khả năng cao nhất gây đau tái phát dai dẳng sau phẫu thuật.¹⁶ Trong một bài tổng quan về phẫu thuật Partington, tác giả Isaji cho rằng có đến 50% bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đau tái phát sau phẫu thuật. Điều này xảy ra là do các đoạn ống tụy vùng đầu tụy, thường bị tắc nghẽn và chứa sỏi, đã không được dẫn lưu đầy đủ. Tác giả này cũng cho rằng phẫu thuật Partington theo mô tả nguyên thủy chỉ nên áp dụng cho các trường hợp mà quá trình viêm chỉ xảy ra ở thân và đuôi tụy,¹⁰ một tình trạng ít thấy trong viêm tụy mạn. Đồng quan điểm trên, O'Neil và Aranha cho rằng việc các ống tụy vùng đầu tụy và mỏm

móc bị bỏ qua là nguyên nhân gây đau tái phát.¹⁸ Vùng đầu tụy được xem như nơi khởi phát của viêm tụy mạn, như các tác giả Beger và Strobel đã gợi ý.^{45,47}

Nhận thấy hạn chế của phẫu thuật Partington cổ điển, nhiều tác giả đã đề xuất phương pháp khắc phục. O'Neil và Aranha mô tả kỹ thuật nối ống tụy hồng tràng bên bên mở rộng, với đường mở ống tụy từ đuôi tụy đến đầu tụy, sát tá tràng và xẻ cả ở móc tụy.¹⁸ Các tác giả Prinz,¹² Nealon,²⁰ và Gouma¹⁹ cũng mô tả phương pháp dẫn lưu ống tụy của họ khác với mô tả nguyên thủy, với việc thêm vào động tác xẻ rộng ống tụy vùng đầu tụy đến bóng Vater và lấy sạch sỏi nhất có thể. Mặc dù vậy, các nghiên cứu gốc về phẫu thuật Partington mở rộng được tìm thấy rất ít. Theo hiểu biết của chúng tôi, chỉ có các tác giả Cahen,^{4,5} Delcore,²¹ Paye²² và Kempeneers⁵⁹ có mô tả chi tiết về kỹ thuật xẻ ống tụy mở rộng trong các nghiên cứu gốc của họ. Các nghiên cứu khác, hoặc mô tả như Partington cổ điển, hoặc không mô tả chi tiết kỹ thuật; nên không biết được họ có sử dụng kỹ thuật xẻ ống tụy mở rộng hay không.^{111–115}

Hồ Sỹ Hưng và Frey đã đề cập đến tính hợp lý của phẫu thuật Frey cho các trường hợp không có khối viêm đầu tụy.²³ Các tác giả Cooper,⁸⁷ Falconi,⁸⁸ Pothula Rajendra,²⁴ González²⁵ và Sakata⁴⁸ đã áp dụng phẫu thuật Frey cho nhóm bệnh nhân viêm tụy mạn có kích thước đầu tụy bình thường, cho kết quả rất khả quan. Các nghiên cứu còn lại về phẫu thuật Frey thường áp dụng cho nhóm bệnh nhân có khối viêm đầu tụy.^{115–119}

Như vậy, phẫu thuật Partington cổ điển đang dần được thay thế bởi các phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng. Isaji cho rằng các phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng, bao gồm phẫu thuật Partington mở rộng và phẫu thuật Frey, nên được áp dụng cho các trường hợp viêm tụy mạn có quá trình viêm xảy ra ở đầu tụy.¹⁰ Trong một báo cáo đồng thuận quốc tế về hướng dẫn điều trị ngoại khoa viêm tụy mạn, Kempeneers và cs. đã đưa ra khuyến cáo sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng và phẫu thuật Frey cho các bệnh nhân có OTC giãn và kích

thước đầu tụy bình thường, hai phương pháp cho kết quả giảm đau tương đương nhau trên nhóm bệnh nhân này.²⁶ Tuy vậy, mức độ khuyến cáo yếu, chất lượng chứng cứ thấp, và hơn nữa, có rất ít nghiên cứu so sánh trực tiếp giữa hai phương pháp phẫu thuật này.

1.8.3. Tình hình nghiên cứu trong nước và tính cấp thiết của nghiên cứu

Tại Việt Nam, có khá ít nghiên cứu về kết quả giảm đau và chất lượng sống của phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn. Lê Cẩm Linh và cs.²⁸ báo cáo kết quả chất lượng sống sau phẫu thuật Partington, cho thấy điểm đau và chất lượng sống cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. Đối tượng của nghiên cứu này là các bệnh nhân được phẫu thuật Partington từ tháng 7 năm 2018 đến tháng 7 năm 2021, tuy nhiên, các tác giả đã không nêu rõ thời điểm khảo sát đau và chất lượng sống cũng như thời gian theo dõi trung bình của các bệnh nhân. Huỳnh Thanh Long và cs.²⁹ báo cáo kết quả của phẫu thuật Frey, cho thấy sau 3 tháng điểm đau, chỉ số khối cơ thể và đường huyết cải thiện đáng kể. Nghiên cứu của Lê Văn Thành và cs.²⁷ cho thấy biến chứng sau phẫu thuật Partington là 17,4%, thời gian nằm viện trung bình là 9 ngày. Tuy nhiên, kết quả giảm đau và chất lượng sống đã không được báo cáo. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Hữu Thiện Chí và cs.³⁰ báo cáo tỉ lệ biến chứng là 13,2%, thời gian nằm viện trung bình là 8,6 ngày, không có báo cáo kết quả giảm đau và chất lượng sống sau phẫu thuật.

Như vậy, việc còn thiếu các chứng cứ y học trong việc sử dụng phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng, và thiếu các nghiên cứu so sánh giữa phẫu thuật Partington mở rộng và Frey trong điều trị bệnh nhân viêm tụy mạn có ống tụy giãn với kích thước đầu tụy bình thường, là các vấn đề còn tồn tại trong y văn thế giới. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về kết quả giảm đau và chất lượng sống trung hạn của phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn còn khá ít, và cũng chưa thấy có nghiên cứu nào về phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng. Các câu hỏi được đặt ra là: phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng có an toàn hay không, hiệu quả

trong việc giảm đau và cải thiện chất lượng sống có thật xuất sắc hay không, và khi nào thì lựa chọn phẫu thuật Frey, khi nào lựa chọn phẫu thuật Partington mở rộng. Chúng tôi thực hiện một nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, trên đối tượng là các bệnh nhân đau do viêm tụy mạn có ống tụy giãn, sử dụng có lựa chọn phẫu thuật Frey hoặc Partington mở rộng cho từng trường hợp, và theo dõi ít nhất 3 tháng, để có thể giải đáp các câu hỏi nêu trên.

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Dân số mục tiêu

Là các bệnh nhân viêm tụy mạn có đau bụng và có ống tụy giãn.

2.2.2. Dân số nghiên cứu

Là các bệnh nhân thuộc dân số mục tiêu, thỏa thời gian và địa điểm nghiên cứu, được lấy mẫu thuận tiện, thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại ra.

2.2.3 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 11/2021 đến 11/2023. Địa điểm thực hiện tại khoa Ngoại gan mật tụy, bệnh viện Chợ Rẫy.

2.2.4. Tiêu chuẩn chọn vào

Bệnh nhân thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau được đưa vào nghiên cứu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn theo tiêu chuẩn chắc chắn của M-ANNHEIM (Bảng 1.2).⁶⁰

- Bệnh nhân có đau bụng ít nhất 3 tháng, với thời gian sử dụng opioid nhẹ (tramadol, codeine) ít nhất 2 tuần; hoặc đau bụng liên tục trong một tháng không giảm với opioid nhẹ.

- Bệnh nhân có OTC giãn ($\geq 5\text{mm}$) dựa trên hình ảnh học trước phẫu thuật (CLVT hoặc CHTMT).²

- Tổng trạng cho phép thực hiện một cuộc phẫu thuật (ASA nhóm I, II, III).

2.2.5. Tiêu chuẩn loại ra

Bệnh nhân có một trong các tiêu chuẩn sau được loại khỏi nghiên cứu:

- Nghi ngờ ung thư trước phẫu thuật (Bảng 2.1).
- Bệnh nhân có khối viêm đầu tụy (kích thước đầu tụy $\geq 40\text{mm}$).
- Giải phẫu bệnh trong/sau phẫu thuật cho kết quả ung thư tụy hoặc tân sinh tiết nhầy dạng nhú trong lòng ống (IPMN) hoặc nang tân sinh của tụy.

Bảng 2.1. Các yếu tố nghi ngờ ung thư trên bệnh nhân viêm tụy mạn

1. Khối giảm đậm độ khu trú có giới hạn khá rõ không có vôi hóa bên trong trên CLVT. ⁶⁹
2. Khối tăng tín hiệu cộng hưởng từ khuếch tán khu trú. ⁶⁹
3. Dấu hiệu mất kết nối OMC và OTC trên phim dựng hình đường mật. ⁶⁹
4. CA 19-9 $> 300 \text{ UI/ml}$. ⁷¹
5. Hoặc kết hợp tất cả các yếu tố sau: ⁷⁰
(a) CA 19-9 $> 128 \text{ UI/ml}$
(b) Bilirubin toàn phần máu $> 6 \text{ mg/dl}$
(c) Đường kính OTC $> 12 \text{ mm}$
(d) Đường kính OMC $> 15 \text{ mm}$

2.3. Cỡ mẫu của nghiên cứu

Tiêu chí chính của nghiên cứu này là giảm đau hiệu quả sau phẫu thuật, là một biến nhị phân. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu chỉ có một nhóm đối tượng có tiêu chí chính là biến nhị phân, ta có:

$$n \geq \left(\frac{Z_{1-\alpha/2}}{d} \right)^2 p(1-p)$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu

α : sai lầm loại I, chấp nhận là 5%, ta có $z_{1-\alpha/2} = z_{0,975} = 1,96$

p: tỉ lệ giảm đau hiệu quả theo mong muốn. Theo các nghiên cứu của Cahen,⁴ Cooper,⁸⁷ Falconi,⁸⁸ Izbicki,¹²⁰ Pothula Rajendra,²⁴ và Sakata⁴⁸ thì tỉ lệ giảm đau hiệu quả của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng lần lượt là 75, 71, 90, 91, 92, 77%. Chúng tôi lấy trung vị của các nghiên cứu, chọn ra được tỉ lệ giảm đau hiệu quả theo mong muốn của nghiên cứu là 83,5%.

d: độ chính xác theo mong muốn. Chúng tôi chọn 10%, có nghĩa là tỉ lệ giảm đau hiệu quả theo mong muốn dao động từ 73,5 đến 93,5%.

Thay vào công thức, ta có:

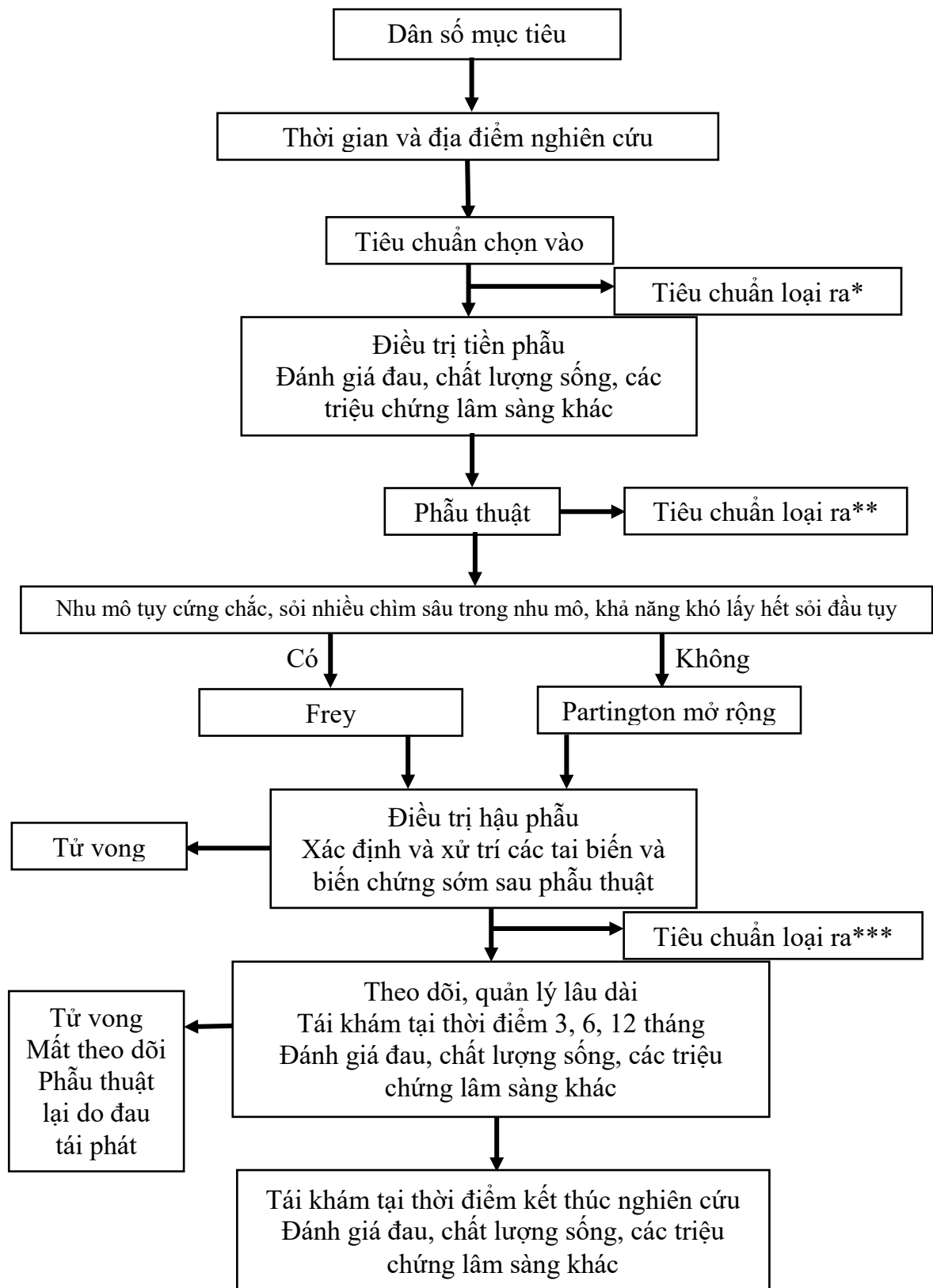
$$n \geq \left(\frac{1,96}{0,1} \right)^2 0,835 \times 0,15 = 48,12$$

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu này là 49.

2.4. Quy trình nghiên cứu

2.4.1. Lựa chọn nghiên cứu và quy trình đánh giá chung

- Lựa chọn nghiên cứu được trình bày trong biểu đồ 2.1.
- Đánh giá triệu chứng đau: dựa vào thang điểm Izbicki, được trình bày cụ thể trong bảng 2.2.
- Đánh giá chất lượng sống: dựa vào bộ câu hỏi SF-12 (Phụ lục 2), cách tính điểm được trình bày cụ thể trong bảng 2.3.
- Đánh giá các triệu chứng lâm sàng khác: tiêu phân mỡ, ĐTĐ, buồn nôn, chán ăn, tiêu chảy, và tình trạng cân nặng (cân nặng tính theo kilogam, BMI, sụt cân, giữ cân, tăng cân).



Biểu đồ 2.1. Lược đồ nghiên cứu

Bảng 2.3. Cách tính điểm cho bộ câu hỏi SF-12

Câu hỏi	Điểm số của các câu trả lời					
	a	b	c	d	e	f
4, 5, 6, 7	0	100				
2, 3	100	50	0			
1, 8	100	75	50	25	0	
12	0	25	50	75	100	
9, 10	100	80	60	40	20	0
11	0	20	40	60	80	100
Điểm phương diện thể chất (PCS) = (Tổng điểm câu hỏi 1,2,3,4,5,8)/ 6						
Điểm phương diện tinh thần (MCS) = (Tổng điểm câu hỏi 6,7,9,10,11,12)/ 6						
Điểm SF-12 chung = (Tổng điểm tất cả câu hỏi)/ 12						

“Nguồn: Nguyễn Thị Trung Thu, 2023”^[121]

2.4.2. Quy trình điều trị tiền phẫu

- Điều chỉnh tất cả các rối loạn nếu có (điện giải đồ, huyết học, đường huyết, dinh dưỡng v.v.) về ngưỡng có thể phẫu thuật.

- Nếu bệnh nhân có suy dinh dưỡng nặng ($BMI < 16$), một liệu trình điều trị dinh dưỡng với chế độ ăn, chế phẩm dinh dưỡng bổ sung, men tụy ngoại tiết được tiến hành cho đến khi thể trạng cho phép phẫu thuật.

- Nếu bệnh nhân có đái tháo đường, điều trị ổn định đường huyết với thuốc uống hoặc insulin đến khi đường huyết < 180 mg/dl.

- Sử dụng kháng sinh chu phẫu: Cefotaxime 2g tiêm mạch chậm kết hợp Metronidazole 500mg truyền tĩnh mạch trong vòng 60 phút trước phẫu thuật.

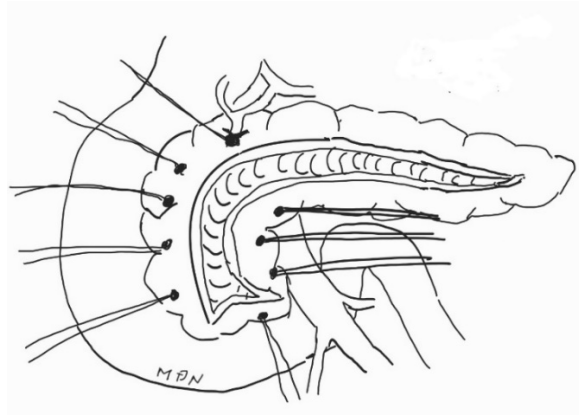
2.4.3. Quy trình phẫu thuật

Mở bụng, thăm sát, và mở vào OTC

- Mở bụng đường giữa.

- Mở mạc nối dạ dày- đại tràng để vào hậu cung mạc nối.

- Gỡ dính mặt sau dạ dày và mặt trước đầu tụy, làm sạch mặt trước tụy.
 - Thực hiện thủ thuật Kocher di động đầu tụy và tá tràng khỏi tĩnh mạch chủ, di động đại tràng góc gan và mạc treo đại tràng ngang để bộc lộ đầu tụy, móc tụy và tĩnh mạch mạc treo tràng trên bờ dưới cổ tụy. Thắt bó mạch vị mạc nối phải để bộc lộ rõ bờ trên đầu tụy.
 - *Chỉ định sinh thiết tức thì trong mổ:* (1) khối cứng bất thường của tụy khi xẻ vào thấy có màu trắng, đặc, không chứa sỏi, (2) vị trí niêm mạc ống tụy sần sùi không trơn láng, (3) nốt phúc mạc nghi ngờ di căn.
 - Xác định vị trí OTC bằng sờ nắn, hoặc dùng kim chọc dò và mở vào lòng OTC.
 - Đặt right-angle trong lòng OTC, xẻ dọc OTC về phía đuôi tụy cách đầu tụy 1cm, lấy hết sỏi trong lòng ống và sỏi các ống nhánh nếu có. Tiếp tục xẻ dọc OTC về phía đầu tụy. Một phần nhu mô tụy và niêm mạc ống tụy phải được gửi giải phẫu bệnh.
 - Trước khi xẻ OTC ở đầu tụy, cần khâu các mũi khâu treo rời, chỉ đơn sợi dọc nhu mô tụy cạnh bờ trong tá tràng và cạnh bờ phải tĩnh mạch mạc treo tràng trên cách tĩnh mạch này 1cm để định hướng và cầm máu. Cung mạch tá tụy trước trên, một nhánh lớn của động mạch vị tá cần phải được khâu triệt.
- Phẫu thuật Partington mở rộng (Hình 2.1)*
- Đặt right-angle trong lòng OTC, xẻ dọc nhu mô tụy về phía đầu tụy, đi hết chiều dài ống Wirsung đến sát tá tràng D2, xẻ qua móc tụy đến cách tĩnh mạch mạc treo tràng trên 1cm.
 - Cầm nắm đầu tụy trong lòng bàn tay (nhờ thủ thuật Kocher trước đó) sờ nắn xác định vị trí sỏi còn tồn. Nếu có, xẻ nhu mô ngay vị trí sỏi tồn để lấy sỏi.
 - Nếu còn sỏi khó lấy, cắt vát nhu mô tụy hình chữ V dọc đường xẻ OTC với đỉnh chữ V là lòng của OTC.



Hình 2.1. Minh họa phẫu thuật Partington mở rộng.

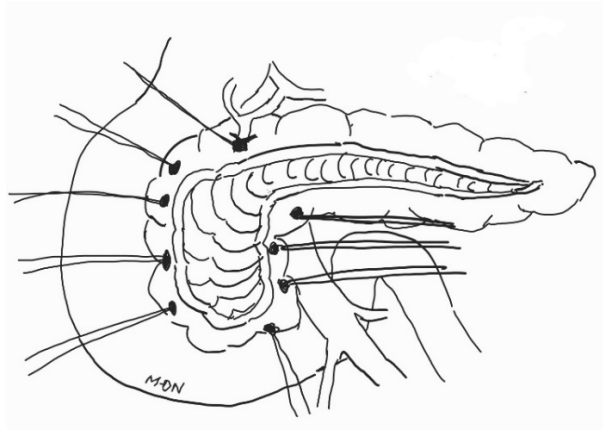
“Nguồn: Tác giả”

Lựa chọn phẫu thuật Partington mở rộng hay phẫu thuật Frey: phụ thuộc vào mật độ nhu mô đầu tụy và khả năng lấy hết sỏi đầu tụy. Nếu nhu mô đầu tụy mềm mại, khả năng lấy hết sỏi vùng này dễ dàng, phẫu thuật Partington được áp dụng. Ngược lại, nếu nhu mô đầu tụy cứng chắc, sỏi nhiều chìm sâu trong nhu mô, khả năng lấy hết sỏi bằng đường xẻ mở rộng OTC không khả thi, phẫu thuật Frey được áp dụng.

Phẫu thuật Frey (Hình 2.2)

- Sau khi xẻ mở rộng OTC đến móc tụy, tiến hành khoét đầu tụy sát bờ trong tá tràng cách 1cm. Khoét móc tụy cách bờ phải tĩnh mạch mạc treo tràng trên 1cm. Giới hạn phía sau của diện khoét là lòng OTC.

- Cầm nắm đầu tụy trong lòng bàn tay (nhờ thủ thuật Kocher trước đó) sờ nắn xác định độ dày của nhu mô tụy còn lại phía sau và nhu mô tụy còn lại phía tĩnh mạch mạc treo tràng trên để tránh thủng nhu mô đầu tụy ra phía sau hoặc làm tổn thương tĩnh mạch. Xác định độ dày nhu mô tụy còn lại dọc khung tá tràng, nếu còn dày > 1cm, tiếp tục khoét nhu mô đến khi độ dày còn 1cm.



Hình 2.2. Minh họa phẫu thuật Frey

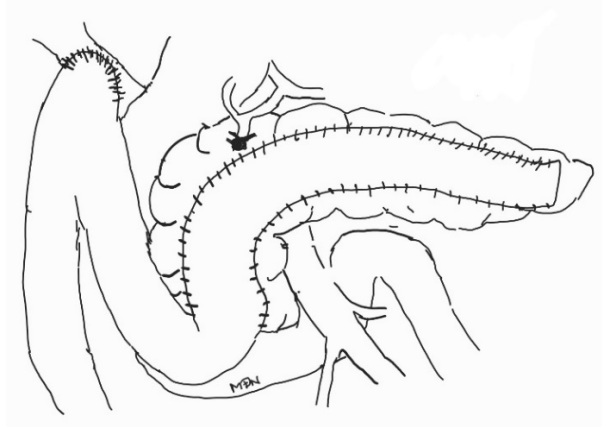
“Nguồn: Tác giả”

Nối tụy- hồi tràng bên bên Roux en Y

- Trước khi thực hiện miệng nối, diện mở ống tụy phải được kiểm tra cầm máu kỹ.
- Di động và cắt đoạn đầu hồi tràng bằng stapler cách góc Treitz khoảng 20cm. Luồn quai ruột này qua cửa sổ vô mạch trên mạc treo đại tràng ngang bên phải động mạch đại tràng giữa để làm quai Roux chuẩn bị nối tụy ruột.
- Thực hiện miệng nối 1 lớp lấy toàn bộ thành ruột và bờ xẻ ống tụy từ phía đuôi lên đầu tụy bằng chỉ đơn sợi mũi liên tục. Tại đầu tụy, ruột được khâu trùm lên để che kín diện xẻ rộng ống tụy hoặc diện khoét tụy.
- Thực hiện miệng nối chân Y hồi- hồi tràng dưới mạc treo đại tràng ngang, cách miệng tụy ruột 60cm, kiểu tận bên, 1 lớp, mũi liên tục chỉ tan đơn sợi.

Xử trí tắc mật: Nối ống mật chủ- hồi tràng (Hình 2.3)

- Cắt túi mật.
- Quai Roux đã nối tụy ruột trước đó được kéo lên áp vào OMC, thực hiện miệng nối OMC- hồi tràng bên bên với đường kính miệng nối ≥ 1 cm, 1 lớp, mũi liên tục chỉ tan đơn sợi.



Hình 2.3. Minh họa nối ống mật chủ- hồng tràng trên cùng quai Roux nối tụy ruột

“Nguồn: Tác giả”

Xử trí tắc mật: Tạo đường hầm mật tụy (Hình 2.4)

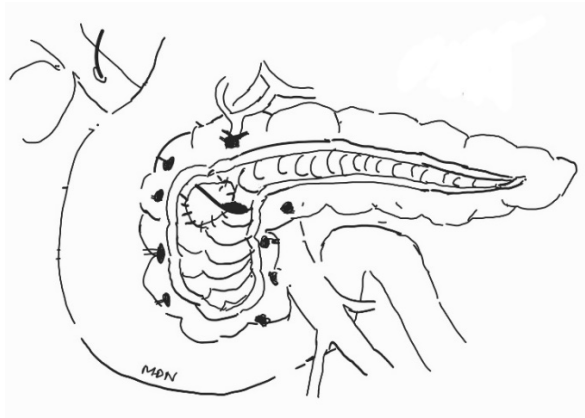
Thực hiện bước này trước khi nối tụy- hồng tràng nếu phương pháp xử trí tắc mật này được lựa chọn. Phương pháp này phải được kết hợp với phẫu thuật Frey.

- Mở một lỗ nhỏ ở OMC đoạn trên tụy, đưa right-angle hoặc que thăm dò vào và tiếp cận khoang tụy.

- Khi đầu dụng cụ được sờ thấy từ phía khoang tụy, tiến hành khoét nhu mô tụy quanh đầu dụng cụ để tạo một đường hầm thông từ OMC vào khoang tụy, đường kính đường hầm $\geq 1\text{cm}$. Khâu viền miệng đường hầm với nhu mô tụy xung quanh bằng các mũi khâu rời, chỉ tan đơn sợi.

- Đặt một ống dẫn lưu nhỏ xuyên đường hầm mật tụy và theo quai Roux nối tụy ruột đưa ra da. Ống dẫn lưu này sẽ được rút bỏ sau 6 tuần.

- Khâu kín lỗ mở OMC đoạn trên tụy.



Hình 2.4. Minh họa tạo đường hầm mật tụy

“Nguồn: Tác giả”

Xử trí nang giả: Lồng nang vào đường xẻ OTC

- Nang giả được mở thông vào đường xẻ OTC hoặc diện khoét tụy với ít nhất 50% đường kính nang. Vách nang phải được gửi giải phẫu bệnh.
- Tiếp tục thực hiện nối tụy- hồng tràng như đã mô tả trên, nang giả lúc này sẽ được dẫn lưu cùng với OTC vào hồng tràng.

Xử trí nang giả: Cắt thân đuôi tụy kèm nang

- Phần thân đuôi tụy kèm nang được tiến hành cắt bỏ và gửi giải phẫu bệnh.
- Lách có thể được bảo tồn hay không tùy vào mức độ viêm dính của tụy vào bó mạch lách.
- Tiếp tục thực hiện nối tụy- hồng tràng như đã mô tả trên, lúc này miệng nối khi hoàn thành gần giống như mô tả nguyên thủy của Puestow.

Hoàn tất phẫu thuật

- Khâu kín các lỗ mạc treo.
- Đặt 1 dẫn lưu ổ bụng dưới gan cạnh đầu tụy, đưa dẫn lưu ổ bụng ra da.
- Khâu cân đường giữa mũi rời.
- Khâu da, cố định các ống dẫn lưu.

2.4.4. Quy trình điều trị hậu phẫu sớm

- Thông thường bệnh nhân phẫu thuật dẫn lưu ống tụy có thể được rút ống nội khí quản ngay sau phẫu thuật và chuyển lên lầu trại.
- Rút thông dạ dày và thông tiểu vào ngày hậu phẫu thứ 1.
- Khuyến khích bệnh nhân vận động tại giường từ ngày hậu phẫu thứ 1 và tăng dần cường độ vận động những ngày tiếp theo.
- Bệnh nhân chỉ dùng nước đường và thức ăn lỏng vào ngày hậu phẫu thứ 1, sau đó chế độ ăn dần đặc hơn vào những ngày tiếp theo, có thể bổ sung dinh dưỡng tĩnh mạch vào các ngày hậu phẫu đầu tiên nếu bệnh nhân ăn uống kém.
- Tiếp tục sử dụng kháng sinh chu phẫu đến ngày hậu phẫu thứ 4.
- Sử dụng giảm đau đường tĩnh mạch (Tramadol hoặc Paracetamol), thời gian tùy theo đáp ứng của bệnh nhân, sau đó chuyển qua đường uống.
- Sử dụng thuốc ức chế bơm proton hoặc kháng histamine nhằm phòng ngừa loét dạ dày sau phẫu thuật.
- Kiểm soát đường huyết bằng thuốc uống hoặc insulin đối với các bệnh nhân có ĐTĐ.
- Theo dõi phát hiện biến chứng sau phẫu thuật và xử trí kịp thời.
- Rút dẫn lưu ổ bụng vào ngày hậu phẫu thứ 4 nếu không có biến chứng rò tụy, rò mật hay nhiễm trùng ổ bụng.
- Cho xuất viện khi bệnh nhân dung nạp được thuốc giảm đau đường uống, có thể sinh hoạt được gần như bình thường, không có hoặc đã xử trí ổn các biến chứng sau phẫu thuật.

2.4.5. Phát hiện và xử trí các biến chứng sớm sau phẫu thuật

- Chảy máu sau phẫu thuật⁸⁵

Định nghĩa: là tình trạng chảy máu trong ổ bụng hoặc trong lòng ống tiêu hóa, phát hiện nhờ dẫn lưu ổ bụng, thông mũi dạ dày ra máu, đi tiêu phân đen hoặc đỏ sệt có mùi thối khắm, siêu âm bụng thấy dịch ổ bụng và khi chọc dò ra máu

không đông hoặc nội soi tiêu hóa thấy máu trong lòng ống tiêu hóa; cần truyền ít nhất 1 đơn vị hồng cầu lắng.

Xử trí: truyền dịch, truyền hồng cầu lắng nếu lâm sàng ổn định và mức giảm hemoglobin <3 g/dl; các biện pháp can thiệp khẩn (hình ảnh học can thiệp, nội soi can thiệp, phẫu thuật lại để cầm máu) nếu có dấu hiệu choáng mất máu (da niêm tái xanh, lơ mơ, mạch nhanh, huyết áp tụt) hoặc mức giảm hemoglobin ≥ 3 g/dl.

- Rò tụy¹²²

Định nghĩa: theo định nghĩa của nhóm nghiên cứu quốc tế về phẫu thuật tụy (ISGPS), là bất kì lượng dịch dẫn lưu đáng kể nào từ ngày hậu phẫu thứ 3 với nồng độ amylase dịch trên 3 lần giới hạn amylase máu bình thường, được phân thành độ A,B,C dựa theo triệu chứng lâm sàng và điều trị đặc hiệu (Bảng 2.4).

Bảng 2.4. Phân độ rò tụy theo ISGPS

Độ	A	B	C
Tình trạng lâm sàng	Tốt	Thường là tốt	Kém
Điều trị đặc hiệu*	Không	Có/Không	Có
Siêu âm/ CLVT	Âm tính	Âm tính/ Dương tính	Dương tính
Lưu dẫn lưu sau 3 tuần	Không	Thường là có	Có
Phẫu thuật lại	Không	Không	Có
Tử vong liên quan rò tụy	Không	Không	Có thể có
Dấu hiệu nhiễm trùng	Không	Có	Có
Nhiễm trùng huyết	Không	Không	Có
Nhập viện lại	Không	Có/Không	Có

*Bao gồm: nuôi ăn tĩnh mạch hoàn toàn hoặc một phần, kháng sinh, nuôi ăn đường ruột, sử dụng somatostatin, dẫn lưu tối thiểu.

“Nguồn: Bassi, 2005”^[122]

Xử trí: nhịn ăn uống đường miệng, dinh dưỡng tĩnh mạch, giữ ống dẫn lưu, somatostatin; sử dụng kháng sinh khác với quy trình hậu phẫu nếu có dấu hiệu nhiễm trùng (đau bụng, sốt, tăng bạch cầu); đặt thêm dẫn lưu (pig-tail) qua da dưới hướng dẫn siêu âm nếu trên hình ảnh học phát hiện ổ tụ dịch quanh tụy;

phẫu thuật lại (rửa bụng và sửa chữa miệng nối tụy ruột) nếu có dấu hiệu choáng nhiễm trùng hoặc viêm phúc mạc (thở nhanh, mạch nhanh, huyết áp tụt, hoặc đề kháng thành bụng toàn bộ); hồi sức tích cực (thở máy, lọc máu, vận mạch) nếu bệnh nhân có suy đa cơ quan (suy hô hấp, suy thận cấp, suy huyết động).

- Rò mật (nếu có miệng nối mật ruột)¹²³

Định nghĩa: là tình trạng dịch dẫn lưu từ ngày hậu phẫu 3, hoặc dịch chọc hút ổ bụng, hoặc dịch ổ bụng khi phẫu thuật lại có màu vàng nâu của mật với nồng độ bilirubin dịch trên 3 lần nồng độ bilirubin máu lấy cùng lúc.

Xử trí: giữ ống dẫn lưu, sử dụng kháng sinh khác với quy trình hậu phẫu nếu có dấu hiệu nhiễm trùng (đau bụng, sốt, tăng bạch cầu), đặt thêm dẫn lưu (pig-tail) qua da dưới hướng dẫn siêu âm nếu trên hình ảnh học phát hiện ổ tụ dịch, NSMTND đặt stent nếu dịch dẫn lưu không giảm sau 1 tuần, phẫu thuật lại (rửa bụng, khâu chỗ rò, làm lại miệng nối mật ruột) nếu có dấu hiệu choáng nhiễm trùng hoặc viêm phúc mạc mật (thở nhanh, mạch nhanh, huyết áp tụt, hoặc đề kháng thành bụng toàn bộ, hoặc dịch mật lan tỏa toàn ổ bụng), hồi sức tích cực (thở máy, lọc máu, vận mạch) nếu bệnh nhân có suy đa cơ quan (suy hô hấp, suy thận cấp, suy huyết động).

- Rò đường trấp¹²⁴

Định nghĩa: là tình trạng dịch từ ống dẫn lưu, lỗ dẫn lưu, vết phẫu thuật hoặc dịch chọc hút ổ bụng từ ngày thứ 3 hậu phẫu có màu trắng sữa, với nồng độ triglyceride dịch ≥ 110 mg/dl.

Xử trí: nhịn ăn uống đường miệng, dinh dưỡng tĩnh mạch, giữ ống dẫn lưu, somatostatin; chọc dẫn lưu ổ bụng dưới hướng dẫn hình ảnh học nếu dịch ổ bụng lượng nhiều; can thiệp bằng chụp và tắc mạch bạch huyết nếu các điều trị trên thất bại; phẫu thuật lại nếu các điều trị bảo tồn thất bại.

- Chậm lưu thông dạ dày¹²⁵

Định nghĩa: là tình trạng ứ đọng dịch dạ dày đòi hỏi phải đặt lại thông mũi dạ dày sau ngày hậu phẫu thứ 3 hoặc bệnh nhân vẫn chưa ăn được thức ăn đặc từ ngày hậu phẫu thứ 7, đã loại trừ nguyên nhân cơ học (tắc ruột sớm sau phẫu thuật, tắc tá tràng).

Xử trí: giữ thông mũi dạ dày, nâng đỡ dinh dưỡng, metoclopramide, giải quyết rò tụy hoặc nhiễm trùng ổ bụng nếu có.

- Nhiễm trùng vết mổ

Định nghĩa: là tình trạng sưng, nóng, đỏ, đau hoặc chảy mủ khu trú khi mở vết mổ ở da, mô dưới da hoặc cân cơ.

Xử trí: cắt chỉ vết mổ, khâu da thì hai.

- Nhiễm trùng ổ bụng

Định nghĩa: là tình trạng tụ mủ hoặc tụ dịch ổ bụng mà không phải rò tụy hay rò mật phát hiện qua ống dẫn lưu hoặc phương tiện hình ảnh học, đòi hỏi phải sử dụng kháng sinh khác với quy trình hậu phẫu hoặc chọc hút ổ bụng.

Xử trí: kháng sinh, chọc hút ổ tụ dịch dưới hướng dẫn siêu âm.

- Tắc ruột sớm sau phẫu thuật

Định nghĩa: là tình trạng đau, nôn, bí, chướng trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật, được xác định trên CLVT thấy giãn và mức nước hơi các quai ruột non và có điểm chuyển tiếp.

Xử trí: kháng sinh, truyền dịch, bù điện giải, đặt thông mũi dạ dày; phẫu thuật lại (xử trí tùy tổn thương: do dính, hẹp miệng nối hồng- hồng tràng, thoát vị nội, hoại tử ruột) nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội sau 48 giờ hoặc có dấu hiệu thiếu máu ruột (dấu nhiễm trùng, đề kháng thành bụng, tưới máu ruột khu trú kém trên CLVT).

- Tràn dịch màng phổi

Định nghĩa: là sự hiện diện của dịch màng phổi phát hiện qua X quang phổi hoặc siêu âm bụng hoặc CLVT.

Xử trí: tập vật lý trị liệu, dẫn lưu màng phổi nếu bệnh nhân khó thở.

- Viêm phổi

Định nghĩa: là tình trạng thâm nhiễm nhu mô phổi phát hiện qua X quang phổi hoặc CLVT.

Xử trí: kháng sinh khác với quy trình hậu phẫu, tập vật lý trị liệu, hỗ trợ hô hấp (thở oxy qua mũi, mặt nạ hoặc ống nội khí quản).

2.4.6. Theo dõi và quản lý lâu dài bệnh nhân

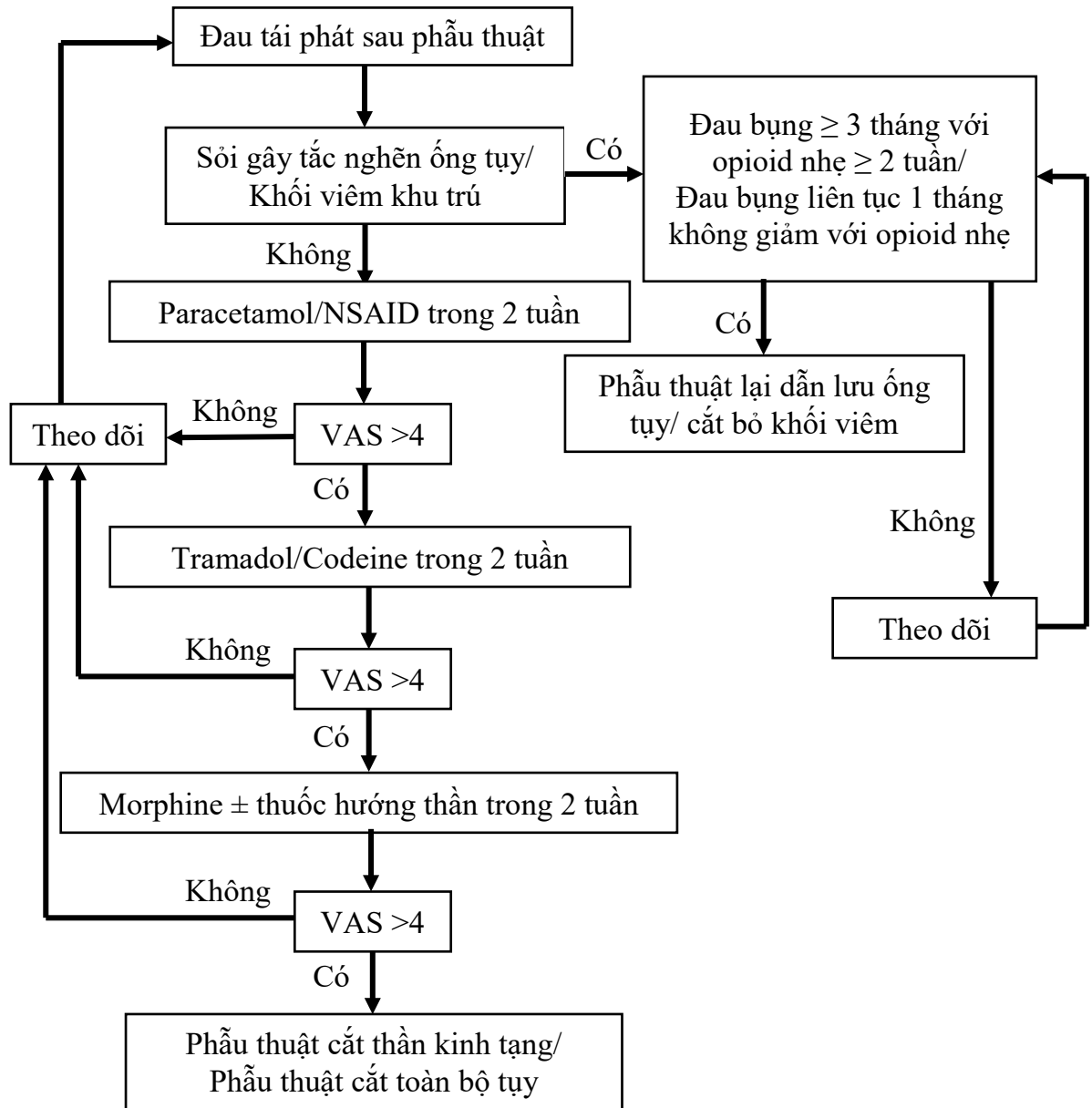
- Bệnh nhân được hẹn tái khám theo các mốc sau: sau xuất viện 3 tháng, sau xuất viện 6 tháng và sau xuất viện 1 năm, sau đó tái khám 1 lần mỗi năm. Bệnh nhân có thể tái khám đột xuất hoặc nhập cấp cứu nếu có các dấu hiệu bất thường: đau bụng tái phát, sụt cân, suy kiệt, các bất thường khác về sức khỏe. Mỗi lần tái khám, bệnh nhân được đánh giá về đau, chất lượng sống, và các triệu chứng lâm sàng khác, các cận lâm sàng thiết yếu, biến chứng muộn nếu có.

- Tất cả bệnh nhân viêm tụy mạn đều được điều trị bổ sung men tụy ngoại tiết. Nếu không có biểu hiện lâm sàng rõ của suy tụy ngoại tiết (tiêu phân mỡ, sụt cân), bệnh nhân được sử dụng 25000 đơn vị lipase cho mỗi bữa ăn chính. Nếu có biểu hiện lâm sàng rõ của suy tụy ngoại tiết, bệnh nhân được sử dụng liều tiêu chuẩn là 50000 đơn vị lipase cho mỗi bữa ăn chính và 25000 đơn vị cho mỗi bữa phụ. Nếu biểu hiện lâm sàng không cải thiện sau khi điều trị, bệnh nhân được tăng gấp đôi hoặc gấp ba liều hiện có.

- Đường huyết được theo dõi mỗi lần tái khám. Nếu bệnh nhân có đái tháo đường trước đó, việc này được thực hiện thường xuyên tại nhà. Kiểm soát đường huyết bắt đầu bằng thay đổi lối sống và chế độ ăn, sau đó là các loại thuốc uống, cuối cùng là insulin. Mục tiêu kiểm soát đường huyết < 180 mg/dl.

- Nếu bệnh nhân có đau tái phát, thường là VAS >4, cần thực hiện các phương tiện chẩn đoán hình ảnh (CLVT, CHTMT) để xem xét bệnh nhân có

còn sỏi gây tắc nghẽn ống tụy hoặc có khối viêm khu trú hay không. Nếu có, bệnh nhân cần được xem xét phẫu thuật lại để dẫn lưu lại ống tụy hoặc cắt bỏ khối viêm khu trú, chỉ định phẫu thuật lúc này tương tự như chỉ định của lần phẫu thuật đầu tiên (đau bụng trong ít nhất 3 tháng hoặc đau bụng liên tục trong ít nhất 1 tháng). Nếu không có các hình thái tổn thương nêu trên, bệnh nhân được điều trị với phác đồ giảm đau bậc thang tiêu chuẩn: thuốc giảm đau thông thường (paracetamol/ NSAID) trong 2 tuần, nếu vẫn còn đau (VAS>4) thì lên thang với opioid nhẹ (codeine/ tramadol) trong 2 tuần, nếu vẫn còn đau, bệnh nhân được hội chẩn chuyên khoa nội thần kinh để xem xét sử dụng opioid mạnh (morphine) kèm hoặc không kèm thuốc giảm đau hướng thần kinh (pregabalin, gabapentin, thuốc chống trầm cảm). Nếu sau 6 tuần điều trị với liệu trình như trên, bệnh nhân vẫn không đạt giảm đau, chỉ định phẫu thuật cắt thần kinh tạng ngả nội soi lồng ngực hoặc cắt toàn bộ tụy được xem xét (Biểu đồ 2.2).



Biểu đồ 2.2. Lược đồ xử trí đau tái phát sau phẫu thuật

2.5. Công cụ thu thập dữ liệu

Tất cả các dữ liệu được thu thập tiến cứu từ lúc bệnh nhân nhập viện, trước phẫu thuật, trong phẫu thuật, sau phẫu thuật sớm và theo dõi sau xuất viện, dựa trên:

- Mẫu bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 1)

- Phiếu câu hỏi về lâm sàng, đau, và chất lượng sống dành cho người tham gia nghiên cứu (Phụ lục 2).

2.6. Các định nghĩa và biến số

2.6.1. Các định nghĩa cơ bản của nghiên cứu

- Kết quả trung hạn: kết quả theo dõi sau phẫu thuật từ 3 tháng đến 24 tháng. Trong một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu về kết quả phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn, Ghorbani và cs. định nghĩa kết quả trung hạn là kết quả tại thời điểm 6 tháng theo dõi.¹⁰¹

- Ống tụy giãn: đường kính OTC đo ở cổ tụy ≥ 5 mm dựa trên CLVT hoặc CHTMT.^{2,26}

- Khối viêm đầu tụy: đường kính đầu tụy lớn nhất ≥ 40 mm dựa trên CLVT hoặc CHTMT.²

- Phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng: bao gồm phẫu thuật Partington mở rộng và phẫu thuật Frey.^{10,26}

- Giảm đau hiệu quả: điểm Izicki tại thời điểm tái khám giảm hơn 50% so với điểm Izicki trước phẫu thuật.^{4,5} Các trường hợp tử vong do bất kì nguyên nhân, mất theo dõi, hoặc đau tái phát đến mức phải phẫu thuật lại được xem như không đạt giảm đau hiệu quả.

- Giảm đau hoàn toàn^{4,5}: điểm Izicki tại thời điểm tái khám ≤ 10 . Các trường hợp tử vong do bất kì nguyên nhân, mất theo dõi, hoặc đau tái phát đến mức phải phẫu thuật lại được xem như không đạt giảm đau hoàn toàn.

- Thời gian theo dõi: là thời gian tính từ lúc bệnh nhân được phẫu thuật đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

2.6.2. Các biến số lâm sàng

- Tuổi: lấy năm hiện tại trừ đi năm sinh của bệnh nhân. Đơn vị: năm.

- Giới: nam hoặc nữ.

- Nguyên nhân viêm tụy mạn: rượu, thuốc lá, gia đình, hoặc vô căn. Nguyên nhân là rượu nếu bệnh nhân có nghiện rượu. Nghiện rượu là tiêu thụ hơn 8 đơn vị (80g) cồn/ngày trong ít nhất 5 năm.⁹² Một đơn vị tương đương 1 chum (30ml) rượu đế (40 độ), 1 ly (100ml) rượu vang (13,5 độ), 1 lon (330ml) bia hơi (5 độ). Nguyên nhân là thuốc lá nếu bệnh nhân không nghiện rượu nhưng có nghiện thuốc lá. Nghiện thuốc lá là hút mỗi ngày trong ít nhất 3 tháng, tổng cộng không ít hơn 100 điếu.² Nguyên nhân là gia đình nếu trong gia đình 3 đời có người bị viêm tụy mạn. Nguyên nhân là vô căn nếu không thuộc các nguyên nhân kể trên.

- Thời gian đau: từ thời điểm bệnh nhân có cơn đau kiểu tụy đầu tiên đến khi nhập viện. Đơn vị: tháng. Đau kiểu tụy là đau ở thượng vị hoặc một phần tư trên trái, âm ỉ nhiều giờ đến vài ngày, lan ra sau lưng, tăng lên sau một bữa ăn thịnh soạn hoặc uống rượu nhiều.

- Kiểu đau: liên tục hay từng đợt. Kiểu đau liên tục: đau bụng âm ỉ ngày này qua ngày khác trong vài tháng hoặc vài năm. Kiểu đau từng đợt: mỗi đợt đau kéo dài vài ngày sau đó kết thúc, hai đợt cách nhau vài tháng hoặc vài năm.

- Điểm đau Izbicki và 4 thành tố của nó: 0 → 100 (Bảng 2.2).

- Chất lượng sống SF-12 và 2 phương diện thể chất và tinh thần: 0 → 100 (Bảng 2.3).

- Tiêu phân mỡ: có hoặc không. Tiêu phân mỡ là khi có triệu chứng tiêu phân nhão, trơn nhớt, có mùi đồ ăn, nổi trên mặt nước, có váng mỡ.

- ĐTĐ: có hoặc không. ĐTĐ được xác định khi đường huyết đói $\geq 126\text{mg/dl}$ hoặc đường huyết bất kì $\geq 200\text{mg/dl}$ hoặc bệnh nhân đang sử dụng thuốc hạ đường huyết để kiểm soát đường huyết. Nếu bệnh nhân có ĐTĐ, tiếp tục ghi nhận biến số tiếp theo.

- Mức độ ĐTĐ: không phụ thuộc insulin hoặc phụ thuộc insulin. ĐTĐ không phụ thuộc insulin: bệnh nhân chỉ sử dụng thuốc uống để kiểm soát đường

huyết (diamicron, glucophage v.v.). Nếu bệnh nhân có ĐTĐ phụ thuộc insulin, tiếp tục ghi nhận biến số tiếp theo.

- Số đơn vị insulin hàng ngày. Ghi nhận tổng số đơn vị insulin sử dụng hàng ngày, không quan tâm loại tác dụng. Đơn vị: đơn vị/ ngày.

- Cân nặng: số cân nặng của bệnh nhân. Đơn vị: kg.

- BMI. Đơn vị: kg/m².

- Sụt cân: có hoặc không. Sụt cân là khi bệnh nhân sụt >10% cân nặng trong vòng 6 tháng hoặc sụt >5% cân nặng trong vòng 1 tháng.

- Buồn nôn- nôn: có hoặc không. Ghi nhận là có nếu bệnh nhân lưu ý có cảm giác buồn nôn hoặc nôn thực sự. Nôn có thể khan hoặc ra thức ăn.

- Chán ăn: có hoặc không. Ghi nhận là có nếu bệnh nhân lưu ý là không hề có cảm giác thèm ăn.

- Tiêu chảy: có hoặc không. Ghi nhận là có nếu bệnh nhân lưu ý có tiêu phân lỏng, nước, trên 3 lần/ngày.

- Phân độ ASA: từ I đến III theo phân độ của Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ (ASA) (Bảng 2.5).¹²⁶

Bảng 2.5. Phân độ ASA

Phân độ ASA	Định nghĩa	Ví dụ
Nhóm I	Khỏe mạnh bình thường	Khỏe mạnh; không hút thuốc; uống rượu không đáng kể
Nhóm II	Bệnh toàn thân nhẹ	Hút thuốc; uống rượu đáng kể; mang thai; béo phì; ĐTĐ hoặc tăng huyết áp kiểm soát tốt; bệnh phổi nhẹ
Nhóm III	Bệnh toàn thân nặng, không tàn phế	ĐTĐ hoặc tăng huyết áp kiểm soát kém; tiền căn xa NMCT, TBMMN, CTTMN, stent mạch vành; BPTNMT; bệnh thận giai đoạn cuối; lọc máu; viêm gan hoạt động; đặt máy tạo nhịp; phân suất tổng máu dưới 40%; bất thường chuyển hóa bẩm sinh
Nhóm IV	Bệnh toàn thân nặng, nguy hiểm tính mạng thường trực	Tiền căn gần NMCT, TBMMN, CTTMN, stent mạch vành; đang thiếu máu cơ tim hoặc rối loạn nặng chức năng van tim; đặt máy khử rung nội tim; phân suất tổng máu dưới 25%

Nhóm V	Rất nặng, không qua khỏi nếu không phẫu thuật	Vỡ phình động mạch bụng hoặc ngực; xuất huyết nội sọ gây chèn ép; thiếu máu ruột trong bệnh lý tim mạch nghiêm trọng
Nhóm VI	Chết não và chuẩn bị phẫu thuật hiển tạng	
NMCT: nhồi máu cơ tim. TBMMN: tai biến mạch máu não. CTTMN: cơn thoáng thiếu máu não. BPTNMT: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.		
“Nguồn: Fischer, 2017” ^[126]		

2.6.3. Các biến số xét nghiệm máu

Các biến số xét nghiệm máu đều là biến định lượng (Bảng 2.6). Các biến này được ghi nhận tại thời điểm bệnh nhân nhập viện.

Bảng 2.6. Các biến số xét nghiệm máu

Tên biến	Đơn vị
Hemoglobin	g/dl
Hematocrit	%
Bạch cầu	K/mm ³
Tiểu cầu	K/mm ³
Tỉ lệ prothrombin	%
Phosphatase kiềm	U/l
Bilirubin toàn phần	mg/dl
Bilirubin trực tiếp	mg/dl
AST	U/l
ALT	U/l
Creatinin	mg/dl
CA 19-9	IU/ml
CEA	ng/ml
Amylase	U/l
Đường huyết	mg/dl
HbA1C	%
Albumin	g/dl

2.6.4. Các biến số hình thái học

Các biến số hình thái học được xác định dựa trên siêu âm bụng, CLVT hoặc CHTMT. Một số biến còn dựa trên ghi nhận trong phẫu thuật.

- Sỏi đầu tụy: có hoặc không. Sỏi đầu tụy được xác định khi có sự hiện diện của nhiều nốt vôi hóa vùng đầu tụy.

- Sỏi nhu mô: có hoặc không. Sỏi nhu mô được xác định khi có vôi hóa rải rác nhu mô bên ngoài OTC và bên ngoài đầu tụy.

- Sỏi OTC: có hoặc không. Sỏi OTC được xác định khi có vôi hóa trong lòng OTC.

- Tắc mật: có hoặc không. Tắc mật được xác định khi: bilirubin toàn phần trong máu $>1,7$ mg/dl và đường kính OMC >8 mm (dựa trên siêu âm bụng hoặc CLVT).¹²⁷ Trường hợp nghi ngờ, chụp hình đường mật trong phẫu thuật được dùng để xác định tắc mật.

- Nang giả tụy: có hoặc không. Nang giả được xác định khi có sự hiện diện cấu trúc tròn, có vách, mật độ nước phía trong, nằm kế cận tụy. Sinh thiết thành nang trong phẫu thuật cho phép phân biệt nang giả với nang tân sinh. Nếu có nang giả tụy, tiếp tục ghi nhận hai biến số tiếp theo.

- Vị trí nang giả: đầu, thân hoặc đuôi tụy.

- Đường kính nang giả: đường kính trong lòng lớn nhất của nang.

- Đường kính OMC: đường kính trong lòng lớn nhất của OMC. Đơn vị: mm.

- Đường kính OTC: đường kính trong lòng lớn nhất của OTC (thường đo ở cổ tụy). Đơn vị: mm.

2.6.5. Các biến số trong phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật Partington mở rộng hoặc phẫu thuật Frey.

- Phương pháp xử trí tắc mật (nếu có): nối OMC- hồng tràng hoặc tạo đường hầm mật tụy.
- Phương pháp xử trí nang giả (nếu có): mở nang vào đường xẻ OTC hoặc cắt tụy kèm nang.
- Viêm dính: có hoặc không. Viêm dính gây khó khăn khi vào hậu cung mạc nối hoặc khi di động khối tá tụy.
- Nhu mô tụy: sượng cứng hoặc chắc vừa. Sờ nắn bằng tay giúp xác định mật độ nhu mô tụy.
- Lượng máu mất: xác định bằng tổng số lượng dịch trong bình hút trừ đi số lượng dịch đã dùng rửa bụng, cộng thêm 100ml nếu có một miếng gạc thấm đầy máu đã hút ráo. Đơn vị: ml.
- Truyền máu trong phẫu thuật: có hoặc không. Chỉ định truyền máu trong phẫu thuật dựa vào huyết động của bệnh nhân, đánh giá mức độ chảy máu trong phẫu thuật của phẫu thuật viên và đánh giá của bác sĩ gây mê.
- Tai biến trong phẫu thuật: có hoặc không. Nếu có, xác định loại tai biến: tổn thương tĩnh mạch cửa- mạc treo tràng trên, thiếu máu khung tá tràng, tổn thương dạ dày hoặc đại tràng, vỡ lách.
- Tổn thương tĩnh mạch cửa- mạc treo tràng trên: vết thương rách, cắt phải hoặc đứt nhánh tĩnh mạch cửa- mạc treo tràng trên trong quá trình phẫu tích bộc lộ phần trên và dưới tụy của tĩnh mạch này, đòi hỏi phải khâu cầm máu.
- Thiếu máu khung tá tràng: khung tá tràng đổi màu, tím tái sau khi khoét đầu tụy, đòi hỏi phải chuyển sang cắt khối tá tụy.
- Tổn thương dạ dày hoặc đại tràng: tổn thương rách, phỏng thanh cơ hoặc thủng dạ dày- đại tràng, đòi hỏi phải khâu lại.
- Vỡ lách: rách, dập nhu mô lách hoặc rách tĩnh mạch lách, đòi hỏi phải cắt lách.

- Thời gian phẫu thuật: tính từ thời điểm rạch da đến thời điểm khâu da mũi cuối cùng. Đơn vị: phút.

2.6.6. Các biến số hậu phẫu

- Thời gian trung tiện: thời điểm bệnh nhân xì hơi được sau phẫu thuật tính từ ngày hậu phẫu thứ nhất. Đơn vị: ngày.

- Thời gian ngưng giảm đau tiêm: thời điểm bệnh nhân có thể ngưng giảm đau tiêm hoàn toàn và chuyển sang đường uống tính từ ngày hậu phẫu thứ nhất. Đơn vị: ngày.

- Thời gian ăn được thức ăn đặc: thời điểm bệnh nhân có thể ăn được thức ăn đặc như cơm, bún, phở từ 2 bữa trở lên trong ngày tính từ ngày hậu phẫu thứ nhất. Đơn vị: ngày.

- Biến chứng sau phẫu thuật: có hoặc không. Nếu có, phân độ Clavien-Dindo và xác định loại biến chứng: chảy máu sau phẫu thuật, rò tụy, rò mật, rò đường trấp, chậm lưu thông dạ dày, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng ổ bụng, tắc ruột sớm sau phẫu thuật, tràn dịch màng phổi, viêm phổi.

- Phân độ Clavien biến chứng sau phẫu thuật: từ độ I đến độ V (Bảng 2.7)

Bảng 2.7. Phân độ Clavien biến chứng sau phẫu thuật

Độ	Định nghĩa
I	Bất kì diễn tiến khác với quá trình hậu phẫu bình thường mà không cần điều trị thuốc, phẫu thuật hay hình ảnh học can thiệp. Các điều trị được phép như: chống ói, chống sốt, giảm đau, lợi tiểu, bù điện giải, vật lý trị liệu. Bao gồm cả nhiễm trùng vết mổ được mở tại giường bệnh.
II	Đòi hỏi điều trị thuốc khác với các thuốc được phép trong độ 1. Bao gồm cả truyền máu và dinh dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn.
III	Đòi hỏi phẫu thuật, nội soi hay hình ảnh học can thiệp.
IV	Biến chứng nguy hiểm tính mạng đòi hỏi chăm sóc đặc biệt. Bao gồm lọc máu, thở máy, đột quy, suy huyết động.
V	Tử vong.

“Nguồn: Dindo, 2004”^[128]

- Thời gian nằm hậu phẫu: thời điểm bệnh nhân được xuất viện tính từ ngày hậu phẫu thứ nhất. Đơn vị: ngày.

2.6.7. Các biến số theo dõi sau xuất viện theo từng mốc tái khám

- Điểm đau Izbicki và 4 thành tố của nó: 0 → 100.
- Điểm chất lượng sống SF-12 chung và 2 phương diện thể chất và tinh thần: 0 → 100.
- Tiêu phân mỡ: có hoặc không.
- ĐTĐ: có hoặc không. So sánh với chính biến số này tại thời điểm trước phẫu thuật, ta có thêm bốn biến mới như sau: (1) Đủ chức năng tụy: không ĐTĐ trước và sau phẫu thuật; (2) Suy tụy cải thiện: ĐTĐ trước phẫu thuật nhưng sau phẫu thuật không ĐTĐ, hoặc trước phẫu thuật dùng insulin nhưng sau phẫu thuật dùng thuốc uống; (3) Suy tụy không đổi: ĐTĐ trước và sau phẫu thuật, với phương pháp điều trị (dùng thuốc hay insulin) cũng không thay đổi; (4) Suy tụy tiến triển: không ĐTĐ trước phẫu thuật nhưng sau phẫu thuật có ĐTĐ, hoặc trước phẫu thuật dùng thuốc uống nhưng sau phẫu thuật dùng insulin.
- Mức độ ĐTĐ: không phụ thuộc insulin hoặc phụ thuộc insulin.
- Số đơn vị insulin hàng ngày. Đơn vị: đơn vị/ngày.
- Cân nặng. Đơn vị: kg.
- BMI. Đơn vị: kg/m².
- Sụt cân: cân nặng sau phẫu thuật giảm >10% so với cân nặng trước phẫu thuật.
- Giữ cân: cân nặng sau phẫu thuật không thay đổi quá 10% so với cân nặng trước phẫu thuật.
- Tăng cân: cân nặng sau phẫu thuật tăng >10% so với cân nặng trước phẫu thuật.
- Buồn nôn- nôn: có hoặc không.

- Chán ăn: có hoặc không.
- Tiêu chảy: có hoặc không.
- Cai rượu: có hoặc không (chỉ ghi nhận biến này nếu trước phẫu thuật bệnh nhân có nghiện rượu). Ghi nhận là có nếu bệnh nhân sử dụng ≤ 7 đơn vị cồn/ tuần.
- Cai thuốc lá: có hoặc không (chỉ ghi nhận biến này nếu trước phẫu thuật bệnh nhân có hút thuốc lá thường xuyên). Ghi nhận là có nếu bệnh nhân ngưng hoàn toàn thuốc lá hoặc trong vòng 6 tháng gần đây bệnh nhân hút < 100 điếu thuốc.
- Biến chứng muộn: có hoặc không. Biến chứng muộn là biến chứng xảy ra sau ngày thứ 30 sau phẫu thuật, có liên quan trực tiếp đến cuộc phẫu thuật. Nếu có, xác định loại biến chứng: tắc ruột muộn sau phẫu thuật, hội chứng quai Roux, thoát vị thành bụng.
- Tắc ruột muộn sau phẫu thuật (> 30 ngày sau phẫu thuật): chẩn đoán và xử trí tương tự tắc ruột sớm sau phẫu thuật.
- Hội chứng quai Roux: tình trạng ứ dịch trong quai Roux hồng tràng phát hiện trên hình ảnh học, gây đau bụng và nôn từng đợt. Điều trị bằng metoclopramid hoặc phẫu thuật lại.
- Thoát vị thành bụng: tình trạng tạng ổ bụng (thường là ruột non và mạc nối) thoát qua chỗ hở cân thành bụng ra dưới da. Điều trị bằng phẫu thuật lại tái tạo thành bụng.
- Biến cố khác: có hoặc không. Biến cố khác là các biến cố ảnh hưởng nghiêm trọng đến cuộc sống khiến bệnh nhân phải đi khám hoặc nhập viện để điều trị, tuy nhiên không liên quan trực tiếp đến cuộc phẫu thuật hoặc bệnh lý viêm tụy mạn.
- Tử vong: có hoặc không. Bệnh nhân có thể tử vong do biến chứng muộn hoặc biến cố khác.

2.7. Phương pháp phân tích dữ liệu

- Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tỉ lệ phần trăm và tần suất.
- Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.
- Các biến số định lượng không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng số trung vị kèm giá trị tối đa và giá trị tối thiểu.
- Kiểm tra một biến định lượng có phân phối chuẩn hay không bằng phép kiểm Shapiro-Wilk.
- So sánh hai biến định tính bằng phép kiểm chi bình phương, hoặc Fisher exact nếu có một ô có giá trị ≤ 5 .
- So sánh hai biến định lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Student.
- So sánh hai biến định lượng không có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Mann-Whitney.
- Tìm yếu tố ảnh hưởng đến một biến phụ thuộc bằng mô hình hồi quy logistic đa biến.
- Ngưỡng có ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.
- Sử dụng phần mềm Stata 18 (Stata Corp LLC) để nhập và phân tích dữ liệu.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học - Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh thông qua ngày 03/02/2021, số 90/HĐĐĐ-ĐHYD, mã số 2186-ĐHYD.
- Thu thập dữ liệu nghiên cứu đầy đủ, khách quan, trung thực theo mục tiêu nghiên cứu.
- Mọi dữ liệu nghiên cứu đảm bảo được bảo mật, không sử dụng ngoài mục đích nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến nhận diện bệnh nhân như họ

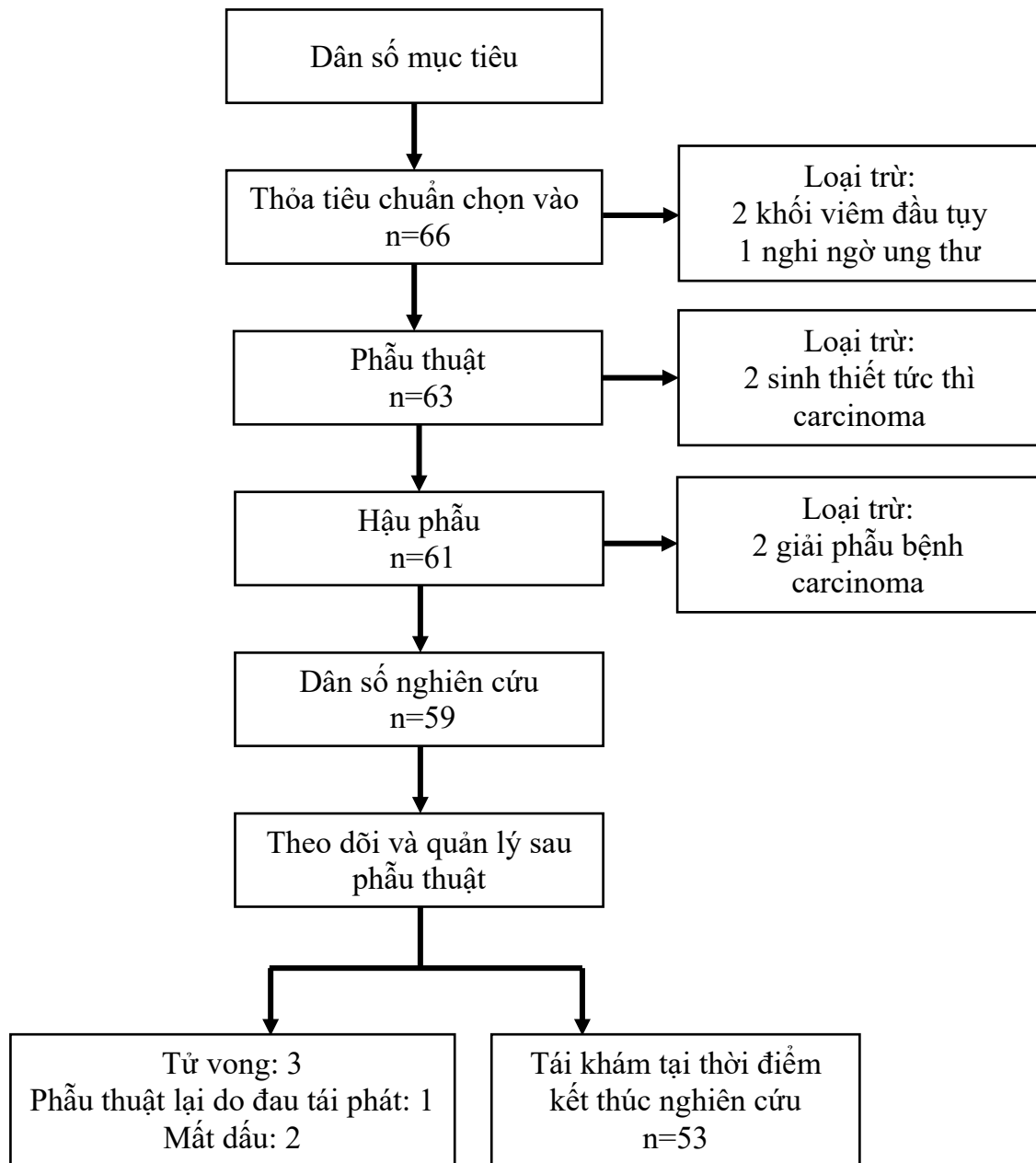
tên, số nhập viện, hình ảnh có khuôn mặt không được công bố công khai và được mã hóa theo cách riêng để không thể nhận diện được bệnh nhân.

- Nghiên cứu được tiến hành một cách khoa học, nghiêm túc, dựa trên những bằng chứng y học, các phương pháp đã được chứng minh và áp dụng trên thế giới. Lô nghiên cứu có sự đồng thuận hợp tác tự nguyện của bệnh nhân và người nhà sau khi đã được bác sĩ giải thích chi tiết và cụ thể.

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ

3.1. Quy trình thu nhận bệnh nhân vào nghiên cứu

Từ tháng 11/2021 đến tháng 11/2023, có 66 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn vào của nghiên cứu. Trước phẫu thuật, có 3 bệnh nhân được loại khỏi nghiên cứu: 2 trường hợp có khối viêm đầu tụy, các bệnh nhân này sau đó được thực hiện phẫu thuật Frey; 1 trường hợp nghi ngờ ung thư dựa trên CLVT, bệnh nhân này được phẫu thuật cắt khối tá tụy. Trong phẫu thuật, có 2 bệnh nhân được loại khỏi nghiên cứu: 1 trường hợp có khối cứng bất thường ở thân tụy được sinh thiết tức thì cho kết quả carcinoma tuyến, trường hợp này được phẫu thuật cắt thân đuôi tụy kèm lách theo quy tắc ung thư, 1 trường hợp niêm mạc ống tụy vùng đầu tụy sần sùi được sinh thiết tức thì cho kết quả carcinoma tuyến, bệnh nhân này sau đó được thực hiện phẫu thuật cắt khối tá tụy. Sau phẫu thuật, có 2 trường hợp tiếp tục được loại khỏi nghiên cứu do kết quả giải phẫu bệnh trả về là carcinoma tuyến, cả 2 bệnh nhân này phát hiện u xâm lấn bó mạch mạc treo tràng trên và được điều trị giảm nhẹ. Như vậy chúng tôi còn lại 59 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không thuộc tiêu chuẩn loại ra. Trong thời gian nghiên cứu, có 3 bệnh nhân tử vong do nguyên nhân không liên quan phẫu thuật, 1 bệnh nhân phải phẫu thuật lại cắt thần kinh tạng vì đau tái phát, 2 bệnh nhân mất liên lạc, các trường hợp này được kết thúc đánh giá sớm. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, còn lại 53 bệnh nhân được tái khám cuối cùng. Quy trình thu nhận bệnh nhân vào nghiên cứu được tóm tắt trong biểu đồ 3.1.



Biểu đồ 3.1. Quy trình thu nhận bệnh nhân vào nghiên cứu

3.2. Đặc điểm trước phẫu thuật của bệnh nhân

3.2.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Từ tháng 11/2021 đến tháng 11/2023, có 59 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu. Đặc điểm chung được mô tả trong bảng 3.1. Thời gian đau dao động rất lớn, từ một tháng đến 16 năm. Giới tính nam chiếm đa số. Rượu là nguyên nhân thường gặp nhất. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có tiền căn gia đình bị viêm tụy. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào về đặc điểm chung giữa hai nhóm Partington mở rộng và Frey.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Biến số	Chung (n=59)	Partington mở rộng (n=45)	Frey (n=14)
Tuổi (năm)	42 ± 12	43 ± 13	40 ± 11
Giới tính			
Nam	79,7% (n=47)	77,8% (n=35)	85,7% (n=12)
Nữ	20,3% (n=12)	22,2% (n=10)	14,3% (n=2)
Thời gian đau (tháng)	48 (1 → 192)	48 (1 → 192)	48 (1 → 132)
Kiểu đau			
Liên tục	35,6% (n=21)	31,2% (n=14)	50% (n=7)
Từng đợt	64,4% (n=38)	68,9% (n=31)	50% (n=7)
Nguyên nhân			
Rượu	62,7% (n=37)	60% (n=27)	71,4% (n=10)
Thuốc lá	8,5% (n=5)	11,1% (n=5)	0% (n=0)
Vô căn	28,8% (n=17)	28,9% (n=13)	28,6% (n=4)
Phân độ ASA			
Nhóm I	39,0% (n=23)	44,4% (n=20)	21,4% (n=3)
Nhóm II	57,6% (n=34)	51,1% (n=23)	78,6% (n=11)
Nhóm III	3,4% (n=2)	4,4% (n=2)	0% (n=0)

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Về đặc điểm của các triệu chứng lâm sàng, đa số các bệnh nhân có điểm đau Izicki cao và điểm chất lượng sống SF-12 thấp. Tỷ lệ tiêu phân mỡ và đái tháo đường chiếm đáng kể. Các đặc điểm này được mô tả trong bảng 3.2. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào về đặc điểm các triệu chứng lâm sàng giữa nhóm Partington mở rộng và Frey. Các kết quả xét nghiệm máu cần thiết cho chẩn đoán và điều trị bệnh nhân được mô tả trong bảng 3.3. Nhìn chung các kết quả xét nghiệm máu trước phẫu thuật của các bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường.

Bảng 3.2. Đặc điểm các triệu chứng lâm sàng

Biến số	Chung (n=59)	Partington mở rộng (n=45)	Frey (n=14)
Điểm Izicki	53,4 ± 13,8	51,9 ± 13,4	58,4 ± 9,3
Tần số đau	61,7 ± 29,3	59,4 ± 29,8	68,9 ± 29,4
Sử dụng thuốc giảm đau	15 (3 → 75)	15 (3 → 15)	15 (15 → 75)
VAS	80,8 ± 14,6	80 ± 14,5	83,2 ± 15,1
Mất khả năng làm việc	55,5 ± 26,7	53,3 ± 27,5	62,5 ± 23,5
Điểm SF-12 chung	45,2 ± 21,0	45,6 ± 20,0	41,1 ± 24,8
Điểm SF-12 thể chất	41,0 ± 24,3	41,6 ± 23,2	39,3 ± 28,5
Điểm SF-12 tinh thần	49,4 ± 24,7	49,5 ± 24,0	49,0 ± 27,8
Tiêu phân mỡ	30,5% (n=18)	33,3% (n=15)	21,4% (n=3)
Đái tháo đường	32,2% (n=19)	37,8% (n=17)	14,3% (n=2)
Phụ thuộc insulin	16,9% (n=10)	20% (n=9)	7,1% (n=1)
Liều insulin (đơn vị)	22 ± 9	21 ± 9	25
Cân nặng (kg)	52,1 ± 8,41	52,2 ± 8,0	51,8 ± 9,7
BMI (kg/m ²)	19,5 ± 2,5	19,9 ± 2,3	18,6 ± 3,0
Buồn nôn và nôn	40,7% (n=24)	37,8% (n=17)	50% (n=7)
Chán ăn	42,4% (n=25)	44,4% (n=20)	35,7% (n=5)
Sụt cân	74,6% (n=44)	73,3% (n=33)	78,6% (n=11)
Tiêu chảy	22,0% (n=13)	22,2% (n=10)	21,4% (n=3)

Bảng 3.3. Đặc điểm xét nghiệm máu

Biến số	Kết quả
Hemoglobin (g/dl)	131,8 ± 14,8
Hematocrit (%)	40,0 ± 4,2
Bạch cầu (K/mm ³)	8,5 ± 2,4
Tiểu cầu (K/mm ³)	302,0 ± 84,2
Thời gian prothrombin (giây)	12,2 ± 1,6
Bilirubin toàn phần (mg/dl)	0,62 (0,21 → 9,79)
Bilirubin trực tiếp (mg/dl)	0,19 (0,07 → 7,06)
AST (U/l)	30 (10 → 235)
ALT (U/l)	33 (7 → 409)
Creatinin (mg/dl)	0,78 ± 0,16
CA 19-9 (IU/ml)	20,0 (0,6 → 105)
CEA (ng/ml)	2,39 (0,43 → 16,46)
Amylase (U/l)	76 (28 → 767)
Lipase (U/l)	54 (4 → 245)
Đường huyết (mg/dl)	113 (59 → 426)
HbA1C (%)	10,2 ± 2,4
Albumin (g/dl)	4,4 ± 0,4

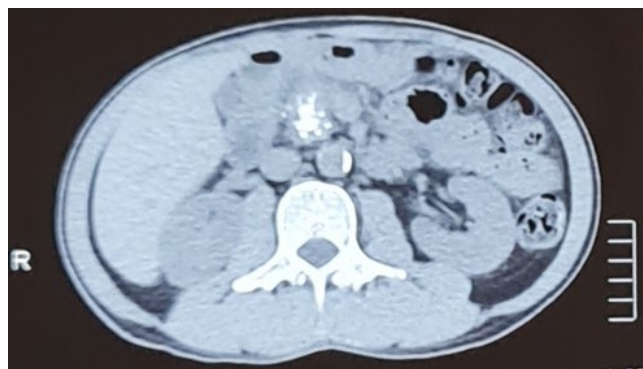
3.2.3. Đặc điểm hình thái học

Hình thái tổn thương được xác định bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh và được mô tả trong bảng 3.4. Tất cả bệnh nhân đều có sỏi ở vùng đầu tụy (Hình 3.1). Tắc mật và nang giả tụy xuất hiện với tỉ lệ ít nhưng đáng kể (Hình 3.2 và Hình 3.3). Trong tám bệnh nhân tắc mật, có một bệnh nhân tắc tá tràng kèm theo. Tỉ lệ nang giả tụy ở nhóm Frey cao hơn đáng kể so với nhóm Partington mở rộng (phép kiểm Fisher exact, $p=0,015$). Kích thước đầu tụy ở nhóm Frey lớn hơn đáng kể so với nhóm Partington mở rộng (phép kiểm Student, $p=0,02$) (Bảng 3.4).

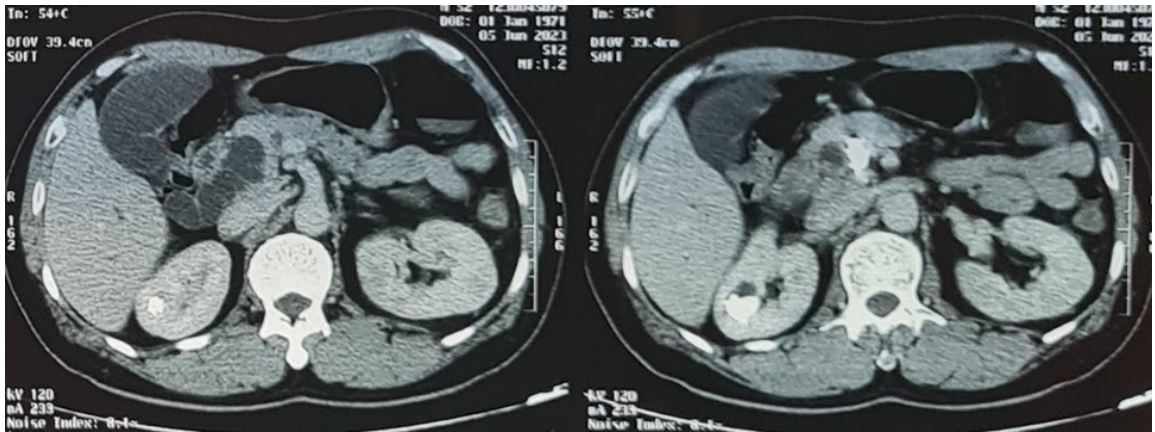
Bảng 3.4. Hình thái tổn thương

Biến số	Chung (n=59)	Partington mở rộng (n=45)	Frey (n=14)
Sỏi đầu tụy	100% (n=59)	100% (n=45)	100% (n=14)
Sỏi nhu mô	55,9% (n=33)	57,8% (n=26)	50% (n=7)
Sỏi OTC	67,8% (n=40)	68,9% (n=31)	64,3% (n=9)
Tắc mật	13,6% (n=8)	6,7% (n=3)	35,7% (n=5)
Nang giả tụy ^a	18,6% (n=11)	11,1% (n=5)	42,9% (n=6)
Đường kính nang (mm)	30 (20→100)	30 (20 → 60)	35 (20→ 100)
Nang đầu tụy	13,6% (n=8)	8,9% (n=4)	28,6% (n=4)
Nang đuôi tụy	1,7% (n=1)	2,2% (n=1)	0% (n=0)
Nang đầu + đuôi tụy	3,4% (n=2)	0% (n=0)	14,3% (n=2)
Đường kính đầu tụy (mm) ^b	29,4 ± 4,5	28,7 ± 4,5	31,8 ± 3,7
Đường kính OTC (mm)	10 (5 → 20)	10 (5→20)	10 (5→15)
Đường kính OMC (mm)	3 (3 → 20)	3 (3→20)	5 (3→20)

^aCó sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm Partington mở rộng và Frey, phép kiểm Fisher exact. ^bCó sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm Partington mở rộng và Frey, phép kiểm Student.

**Hình 3.1. Sỏi đầu tụy trên phim cắt lớp vi tính**

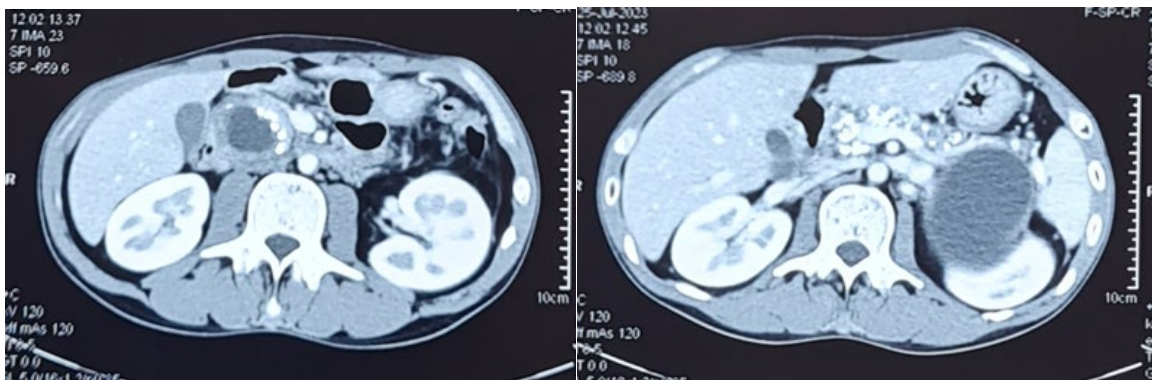
(Bệnh nhân Đ.B.N, số nhập viện 221****427, phim chụp ngày 09/12/2021)



Hình 3.2. Dẫn đường mật ngoài gan ở bệnh nhân viêm tụy mạn trên phim CLVT

Ống mật chủ giãn kèm với sỏi đầu tụy và ống tụy chính giãn nhẹ.

*(Bệnh nhân N.V.P, số nhập viện 223****847, phim chụp ngày 05/06/2023)*



Hình 3.3. Nang tụy ở đầu và đuôi tụy trên một bệnh nhân viêm tụy mạn

Giải phẫu bệnh sau mổ phù hợp với nang giả ở đầu và đuôi tụy.

*(Bệnh nhân T.T.P., số nhập viện 223****531, phim chụp ngày 25/07/2023)*

3.3. Tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong của phẫu thuật

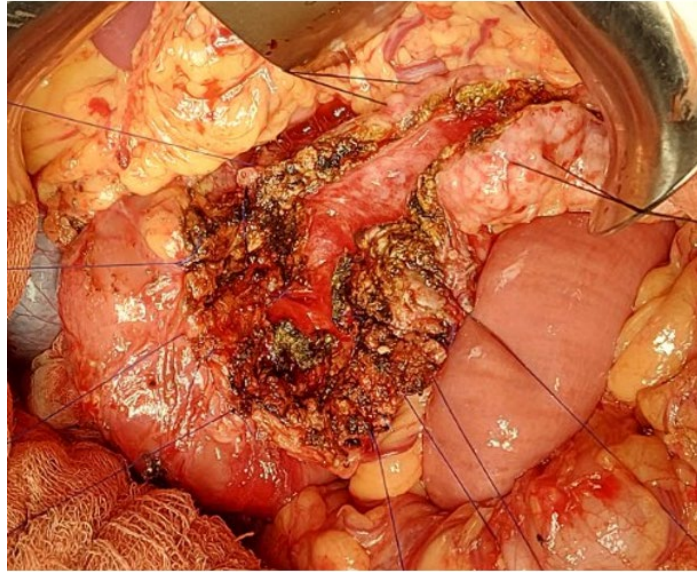
3.3.1. Đặc điểm trong phẫu thuật và tỷ lệ tai biến phẫu thuật

Các đặc điểm trong phẫu thuật được mô tả trong bảng 3.5. Hình 3.4 mô tả trong phẫu thuật Partington mở rộng. Hình 3.5 mô tả trong phẫu thuật Frey. Có ba bệnh nhân được phẫu thuật dẫn lưu lại ống tụy do đau tái phát sau phẫu thuật Partington cổ điển (Hình 3.6). Về xử trí nang giả tụy, đa số được lòng nang vào

đường mở ống tụy và nối với hồng tràng trong miệng nối tụy ruột, chỉ có một trường hợp chúng tôi cắt thân đuôi tụy kèm nang do nang có kích thước rất lớn (Hình 3.6). Về xử trí tắc mật, chúng tôi sử dụng hai phương pháp: nối ống mật chủ- hồng tràng đối với các bệnh nhân được dẫn lưu ống tụy theo Partington mở rộng (Hình 3.7) và tạo đường hầm mật tụy đối với các bệnh nhân được dẫn lưu ống tụy theo Frey (Hình 3.8). Một bệnh nhân có tắc tá tràng kèm theo, được xử trí thêm nối vị tràng, bên cạnh nối ống mật chủ- hồng tràng. Số lượng máu mất trong phẫu thuật không đáng kể. Chỉ có một trường hợp phải truyền máu trong phẫu thuật, đó là trường hợp được cắt thân đuôi tụy kèm theo. Không có bệnh nhân nào tai biến trong phẫu thuật.

Bảng 3.5. Đặc điểm trong phẫu thuật và tỉ lệ tai biến phẫu thuật

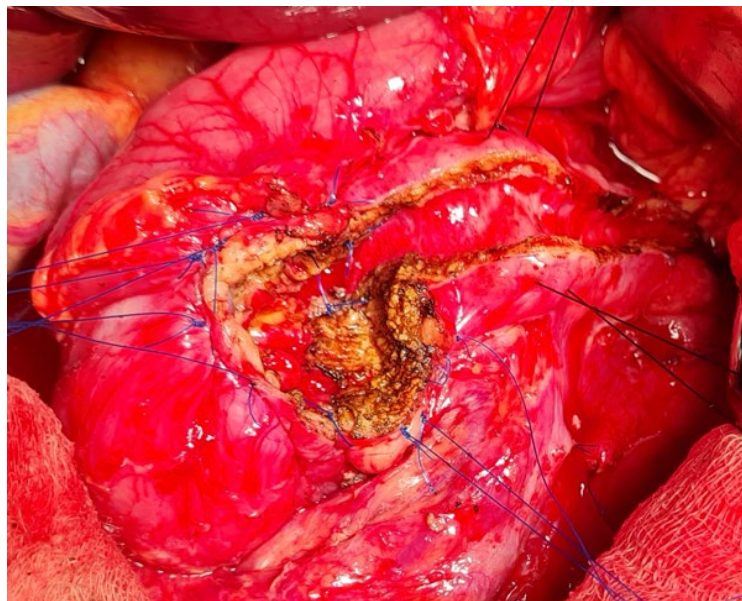
Biến số	Chung (n=59)	Partington mở rộng (n=45)	Frey (n=14)
Phương pháp phẫu thuật			
Partington mở rộng	76,3% (n=45)		
Frey	23,7% (n=14)		
Xử trí nang giả tụy	n=11		
Nối nang	90,9% (n=10)	100% (n=5)	83,3% (n=5)
Cắt tụy kèm nang	9,1% (n=1)	0% (n=0)	16,7% (n=1)
Viêm dính	49,1% (n=29)	42,2% (n=19)	71,4% (n=10)
Nhu mô tụy			
Chắc vừa	44,1% (n=26)	46,7% (n=21)	35,7% (n=5)
Sượng cứng	55,9% (n=33)	53,3% (n=24)	64,3% (n=9)
Máu mất trong phẫu thuật (ml)	100 (50→500)	100 (50→200)	100 (50→500)
Truyền máu trong phẫu thuật	1,7% (n=1)	0% (n=0)	7,1% (n=1)
Tai biến trong phẫu thuật	0% (n=0)		
Thời gian phẫu thuật (phút)	210 (140→370)	210 (140→370)	215(170→280)



Hình 3.4. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật Partington mở rộng

Ống tụy chính được xẻ từ đuôi tụy đến đầu tụy. Tại đầu tụy, ống tụy chính được xẻ đến móc tụy và đến sát khung tá tràng.

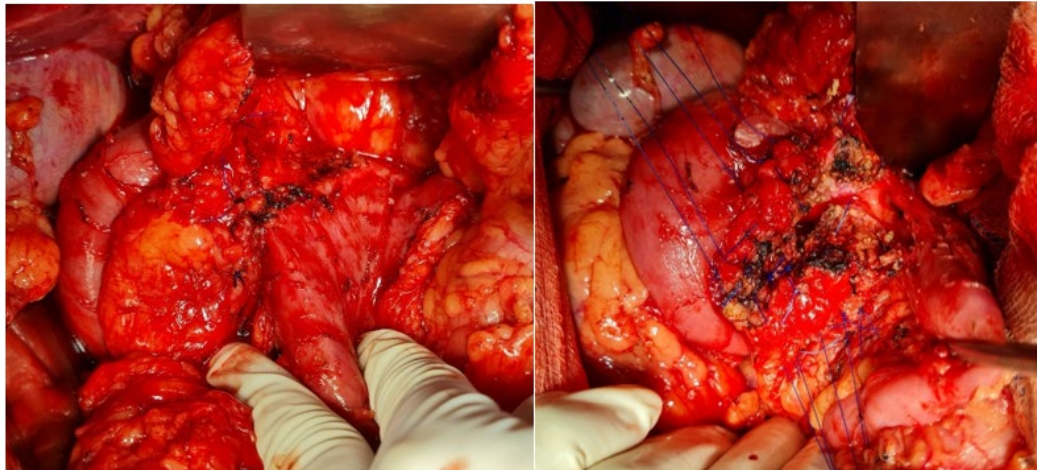
*(Bệnh nhân H.V.Q., số nhập viện 221****525, phẫu thuật ngày 25/11/2021)*



Hình 3.5. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật Frey

Nhu mô đầu tụy được khoét bỏ sát khung tá tràng, giới hạn khoét phía sau là lòng ống tụy chính.

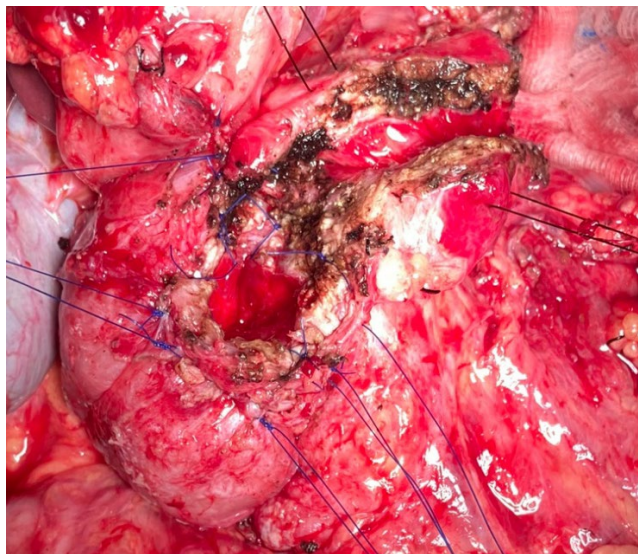
*(Bệnh nhân T.T.C., số nhập viện 223****253, phẫu thuật ngày 20/06/2023)*



Hình 3.6. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật Partington mở rộng sau một phẫu thuật dẫn lưu ống tụy cổ điển

Vùng đầu tụy còn nguyên vẹn sau phẫu thuật Partington cổ điển (trái). Đường mở tụy sau đó được xẻ rộng đến móc tụy và sát khung tá tràng (phải).

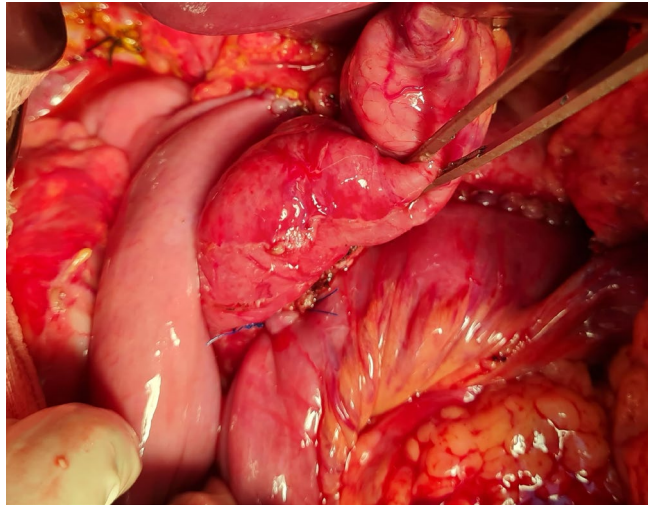
*(Bệnh nhân N.B.Đ, số nhập viện 222****140, phẫu thuật ngày 17/08/2022)*



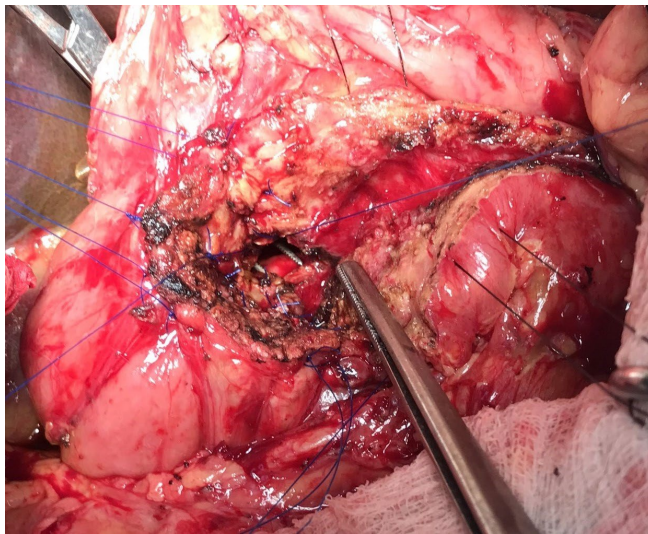
Hình 3.7. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật lồng nang đầu tụy vào đường mở ống tụy và cắt đuôi tụy kèm nang

Bệnh nhân này có hai nang: nang đầu tụy và nang lớn đuôi tụy.

*(Bệnh nhân T.T.P., số nhập viện 223****531, phẫu thuật ngày 31/07/2023)*



Hình 3.8. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật nối ống mật chủ- hồng tràng
Miệng nối ruột được thực hiện trên cùng quai Roux đã dùng nối tụy ruột.
(Bệnh nhân P.C.T, số nhập viện 222****186, phẫu thuật ngày 21/07/2022)



Hình 3.9. Hình trong nghiên cứu, phẫu thuật tạo đường hầm mật tụy
Right-angle được đưa từ lỗ mở ống mật chủ qua đường hầm vào khoang đầu tụy.
(Bệnh nhân T.V.C., số nhập viện 223****750, phẫu thuật ngày 14/06/2023)

3.3.2. Diễn tiến sớm, tỉ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật

Diễn tiến sớm sau phẫu thuật được trình bày trong bảng 3.6. Thời gian phục hồi của bệnh nhân ngắn. Biến chứng sớm có tỉ lệ thấp. Một bệnh nhân bán tắc ruột sau phẫu thuật Partington mở rộng 3 tuần, phải nhập viện lại, điều trị

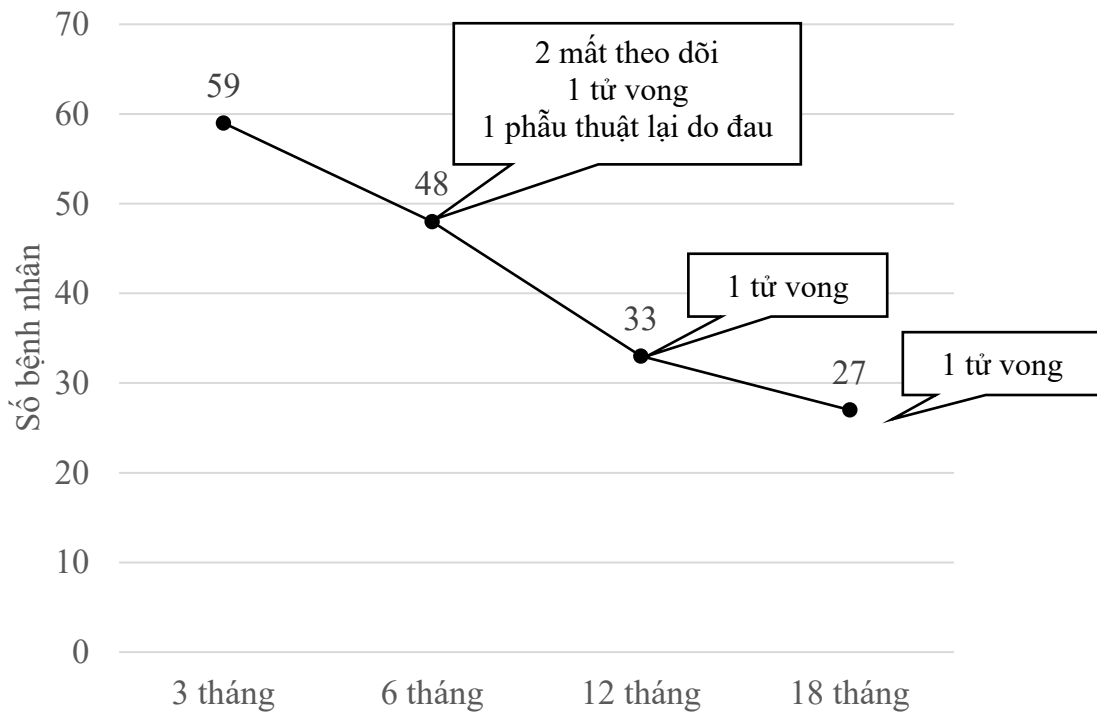
nội khoa thành công. Một bệnh nhân chảy máu tiêu hóa sau phẫu thuật Frey 3 tuần với biểu hiện đi cầu phân đen, phải nhập viện lại, điều trị nội khoa thành công. Một bệnh nhân rò tụy độ B theo ISGPS sau phẫu thuật Frey, điều trị nội khoa thành công, xuất viện sau 17 ngày hậu phẫu. Một bệnh nhân tràn dịch dưỡng trấp ổ bụng sau phẫu thuật Frey 4 tuần, phải nhập viện lại, điều trị chọc dò ổ bụng và nội khoa thành công. Trong nhóm nghiên cứu có một trường hợp phải phẫu thuật lại sau Partington mở rộng. Bệnh nhân này bị chảy máu tại vị trí xẻ OTC tại cổ tụy, được phẫu thuật khâu cầm máu vào ngày hậu phẫu thứ 14. Bệnh nhân này sau đó không có biến chứng nào khác tại thời điểm nghiên cứu kết thúc. Không có tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào về diễn tiến sớm sau phẫu thuật giữa nhóm Partington mở rộng và Frey.

Bảng 3.6. Diễn tiến sớm, tỉ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật

Biến số	Chung (n=59)	Partington mở rộng (n=45)	Frey (n=14)
Thời gian trung tiện (ngày)	2,9 ± 0,7	2,9 ± 0,6	2,7 ± 0,8
Thời gian ngưng giảm đau tiêu (ngày)	4,5 ± 1,1	4,4 ± 1,0	4,9 ± 1,4
Thời gian ăn được thức ăn đặc (ngày)	4,0 ± 1,1	4,0 ± 0,9	4,0 ± 1,6
Biến chứng sớm sau phẫu thuật	8,5% (n=5)	4,4% (n=2)	21,4% (n=3)
Phân độ Clavien			
Độ I	1,7% (n=1)	2,2% (n=1)	0% (n=0)
Độ II	3,4% (n=2)	0%	14,3% (n=2)
Độ III	3,4% (n=2)	2,2% (n=1)	7,1% (n=1)
Độ IV	0%	0%	0%
Độ V (tử vong)	0%	0%	0%
Thời gian nằm hậu phẫu (ngày)	6 (3→17)	6 (4→8)	7 (3→17)

3.4. Quá trình theo dõi bệnh nhân

Thời gian theo dõi trung vị là 16 tháng, dao động từ 3 đến 24 tháng. Thời gian theo dõi trung vị ở nhóm Partington mở rộng là 18 tháng (4→24), ở nhóm Frey là 6 tháng (4→21), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với phép kiểm Mann-Whitney ($p < 0,001$). Quá trình theo dõi bệnh nhân được trình bày tóm tắt trong biểu đồ 3.2. Có 48 bệnh nhân có thời gian theo dõi ≥ 6 tháng, tuy nhiên tại mốc thời gian này có hai trường hợp mất theo dõi, một trường hợp khác tử vong do tai biến mạch máu não (tháng thứ 5), và một trường hợp khác đau tái phát phải chuyển sang phẫu thuật cắt thần kinh tạng ngả nội soi lồng ngực (tháng thứ 4), trường hợp đau tái phát này thuộc nhóm Partington mở rộng. Có 33 bệnh nhân có thời gian theo dõi ≥ 12 tháng, tuy nhiên tại mốc thời gian này có thêm một trường hợp tử vong do thủng tạng rỗng (tháng thứ 11). Có 27 bệnh nhân có thời gian theo dõi ≥ 18 tháng. Sau mốc 18 tháng, có thêm một trường hợp tử vong do viêm phổi lao (tháng thứ 19). Các trường hợp tử vong trong nghiên cứu đều không liên quan đến phẫu thuật. Trong 37 bệnh nhân nghiện rượu trước phẫu thuật, có 24 bệnh nhân cai rượu thành công, đạt tỉ lệ 64,9%. Trong 38 bệnh nhân nghiện thuốc lá trước phẫu thuật, chỉ có 8 bệnh nhân cai thuốc lá thành công, đạt tỉ lệ 21,1%. Có hai bệnh nhân xuất hiện biến chứng muộn. Một trường hợp thoát vị thành bụng tại tháng thứ 4 phải phẫu thuật lại phục hồi thành bụng. Một trường hợp tắc mật tái phát từ tháng thứ 4 và thất bại với các phương pháp điều trị bảo tồn, phải phẫu thuật lại nối mật ruột vào tháng thứ 16, cũng chính bệnh nhân này mắc viêm phổi lao và tử vong tại tháng thứ 19. Các biến cố khác, ngoài các biến cố gây tử vong đã kể trên, còn có một trường hợp thủng tạng rỗng phải phẫu thuật cấp cứu tại bệnh viện tuyến cơ sở, một trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng khiến yếu hai chi dưới phải mang đai thắt lưng và theo dõi sát sức cơ chi dưới. Bảng 3.7 mô tả các biến chứng muộn và biến cố khác của bệnh nhân qua theo dõi.



Biểu đồ 3.2. Quá trình theo dõi bệnh nhân

Bảng 3.7. Các biến chứng muộn và biến cố khác

Biến số	Kết quả (n=59)
Biến chứng muộn	3,4% (n=2)
Thoát vị thành bụng	1,7% (n=1)
Tắc mật tái phát	1,7% (n=1)
Biến cố khác	8,5% (n=5)
Thủng tạng rỗng	3,4% (n=2)
Tai biến mạch máu não	1,7% (n=1)
Viêm phổi lao	1,7% (n=1)
Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng	1,7% (n=1)
Đau tái phát phải phẫu thuật lại	1,7% (n=1)
Mất dấu	3,4% (n=2)
Tử vong	5,1% (n=3)

3.5. Kết quả trung hạn của phẫu thuật

3.5.1. Kết quả trung hạn trên triệu chứng đau và chất lượng sống

Các bệnh nhân được đánh giá tại thời điểm kết thúc nghiên cứu với thời gian theo dõi trung vị là 16 tháng. Các bệnh nhân mất theo dõi, tử vong, phẫu thuật lại do đau được sử dụng dữ liệu điểm Izbicki và điểm chất lượng sống SF-12 tại thời điểm cuối cùng họ được đánh giá, và được xem như giảm đau thất bại (cả hiệu quả và hoàn toàn). Tỷ lệ giảm đau hiệu quả, tỷ lệ giảm đau hoàn toàn, điểm Izbicki, điểm chất lượng sống SF-12 tại thời điểm kết thúc nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.8. Điểm Izbicki giảm và điểm SF-12 cải thiện rõ so với thời điểm trước phẫu thuật tính chung cho hai nhóm phẫu thuật, khác biệt có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Mann-Whitney, $p < 0,001$). Không có sự khác biệt về kết quả trung hạn giữa nhóm Frey và Partington mở rộng.

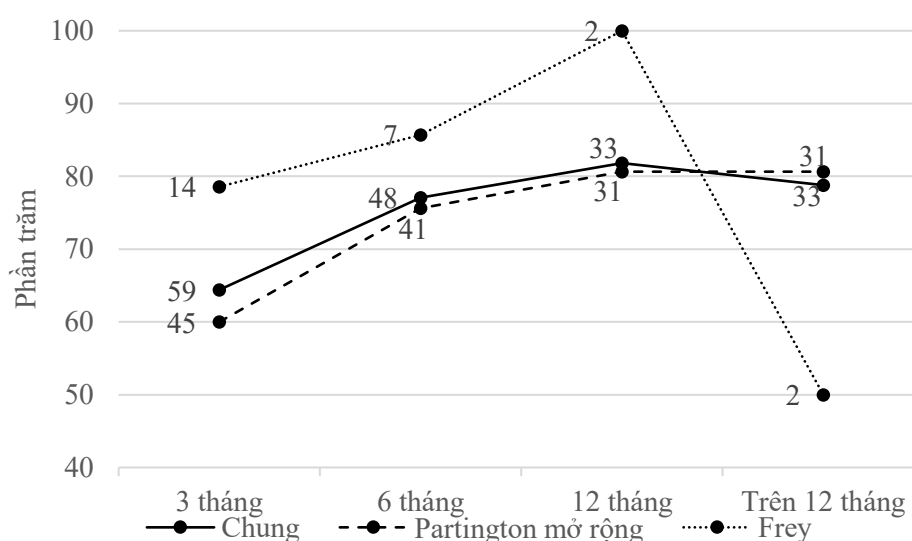
Bảng 3.8. Kết quả trung hạn trên triệu chứng đau và chất lượng sống

Biến số	Chung (n=59)	Partington mở rộng (n=45)	Frey (n=14)
Tỷ lệ giảm đau hiệu quả	84,8% (n=50)	82,2% (n=37)	92,9% (n=13)
Tỷ lệ giảm đau hoàn toàn	57,6% (n=34)	53,3% (n=24)	71,4% (n=10)
Điểm Izbicki*	8,8 (0 → 78,8)	8,8 (0 → 78,8)	8,8 (0 → 28,3)
Tần số đau*	25 (0 → 100)	25 (0 → 100)	25 (0 → 25)
Sử dụng thuốc giảm đau*	0 (0 → 15)	0 (0 → 15)	0 (0 → 3)
VAS*	10 (0 → 100)	10 (0 → 100)	10 (0 → 35)
Mất khả năng làm việc*	0 (0 → 100)	0 (0 → 100)	0 (0 → 50)
Điểm SF-12 chung*	75,4 (15,8 → 100)	76,7 (15,8 → 100)	73,1 (39,6 → 100)
Điểm SF-12 thể chất*	79,2 (8,3 → 100)	75 (8,3 → 100)	79,2 (41,7 → 100)
Điểm SF-12 tinh thần*	76,7 (16,7 → 100)	76,7 (16,7 → 100)	75 (37,5 → 100)

*Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời điểm kết thúc nghiên cứu và thời điểm trước phẫu thuật (tính chung hai nhóm phẫu thuật), phép kiểm Mann-Whitney.

3.5.2. Diễn tiến của triệu chứng đau và chất lượng sống

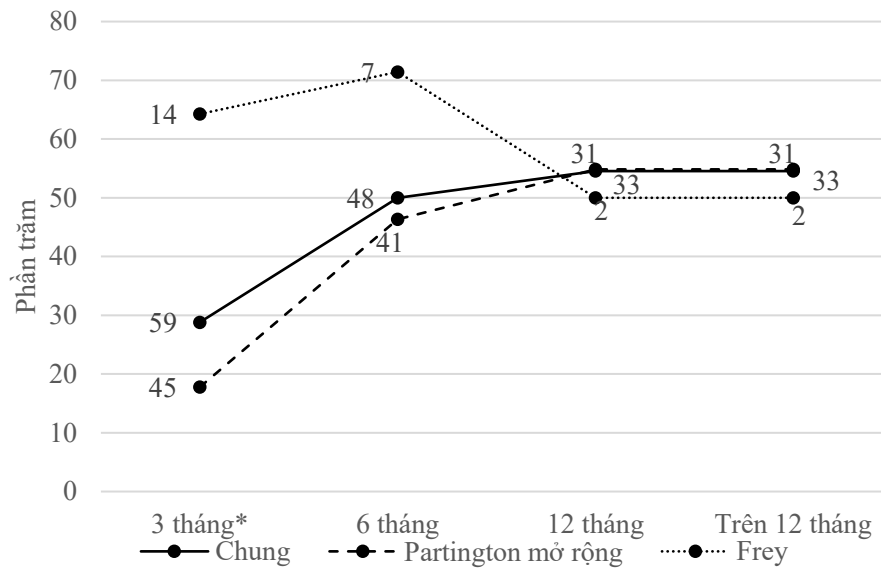
Biểu đồ 3.3 thể hiện diễn tiến của tỉ lệ giảm đau hiệu quả theo từng thời điểm. Tỉ lệ giảm đau hiệu quả tăng dần cho đến tháng thứ 12, sau đó giảm nhẹ. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào về tỉ lệ giảm đau hiệu quả giữa nhóm Partington mở rộng và Frey tại tất cả các thời điểm.



Biểu đồ 3.3. Diễn tiến tỉ lệ giảm đau hiệu quả theo từng thời điểm.

Các con số bên cạnh từng dấu mốc thể hiện số lượng bệnh nhân được quan sát.

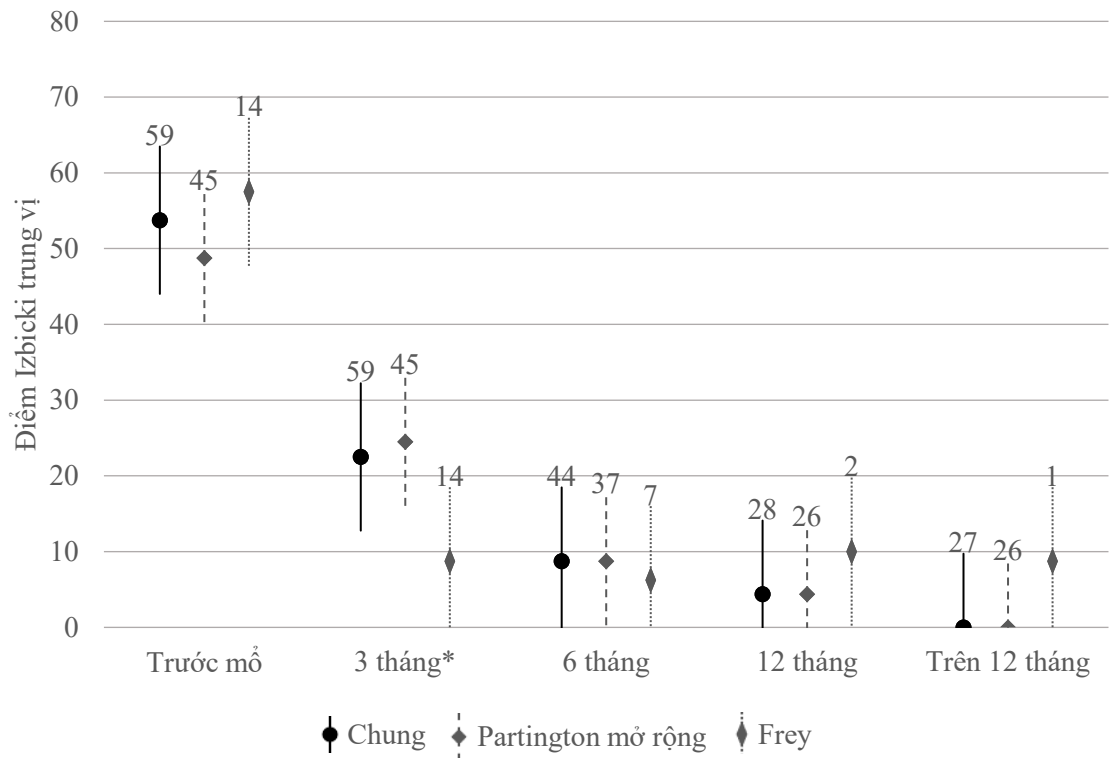
Biểu đồ 3.4 thể hiện diễn tiến của tỉ lệ giảm đau hoàn toàn theo từng thời điểm. Tỉ lệ giảm đau hoàn toàn tăng dần cho đến tháng thứ 12, sau đó giữ nguyên. Tại tháng thứ 3, tỉ lệ giảm đau hoàn toàn ở nhóm Frey cao hơn đáng kể so với nhóm Partington mở rộng (phép kiểm chi bình phương, $p=0,001$). Tại các thời điểm khác, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ giảm đau hoàn toàn giữa nhóm Partington mở rộng và Frey.



Biểu đồ 3.4. Diễn tiến tỉ lệ giảm đau hoàn toàn theo từng thời điểm.

Các con số bên cạnh từng dấu mốc thể hiện số lượng bệnh nhân được quan sát. *Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm Partington mở rộng và nhóm Frey, phép kiểm chi bình phương.

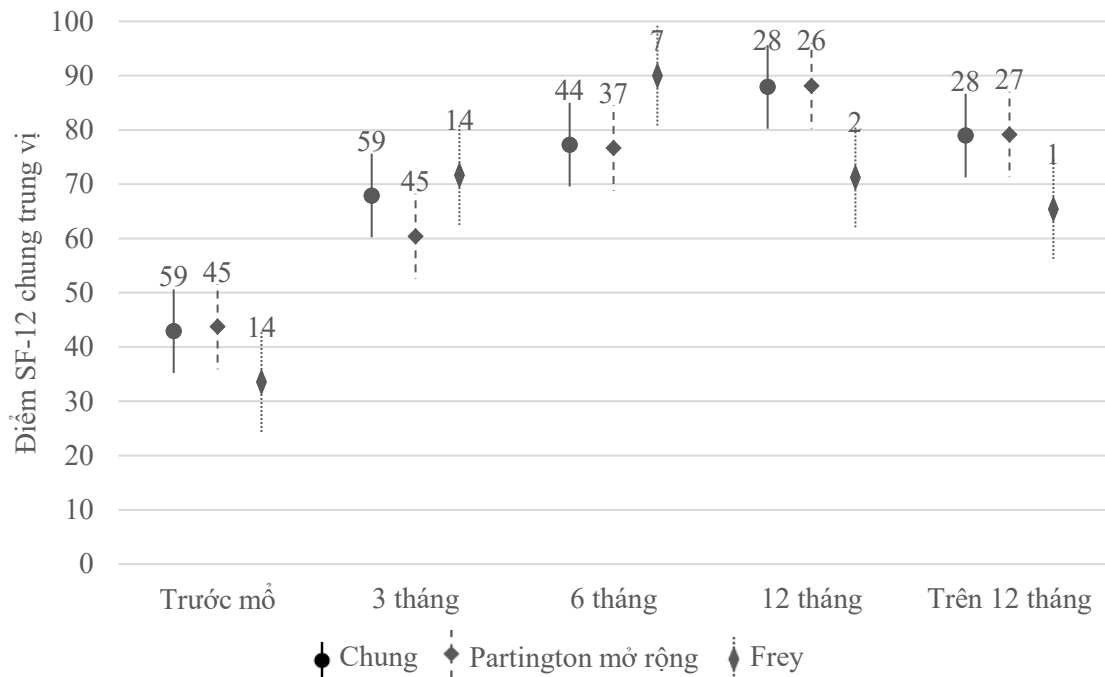
Biểu đồ 3.5 thể hiện diễn tiến của điểm đau Izbicki theo từng thời điểm. Điểm Izbicki giảm nhanh cho đến 6 tháng, sau đó tiếp tục giảm chậm. Tại tháng thứ 3, điểm Izbicki ở nhóm Frey thấp hơn đáng kể so với nhóm Partington mở rộng (phép kiểm Mann-Whitney, $p=0,007$). Tại các thời điểm khác, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm Izbicki giữa nhóm Partington mở rộng và Frey.



Biểu đồ 3.5. Diễn tiến điểm đau Izbicki theo từng thời điểm.

Các thanh thể hiện sai số chuẩn. Các con số trên từng thanh thể hiện số lượng bệnh nhân được quan sát. *Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm Partington mở rộng và nhóm Frey, phép kiểm Mann-Whitney.

Biểu đồ 3.6 thể hiện diễn tiến của điểm chất lượng sống SF-12 theo từng thời điểm. Điểm SF-12 tăng nhanh cho đến 6 tháng, sau đó chững lại. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào về điểm SF-12 giữa nhóm Partington mở rộng và Frey tại tất cả các thời điểm.



Biểu đồ 3.6. Diễn tiến điểm SF-12 chung theo từng thời điểm.

Các thanh thể hiện sai số chuẩn. Các con số trên từng thanh thể hiện số lượng bệnh nhân được quan sát.

3.5.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả giảm đau

Sử dụng mô hình hồi quy logistic đa biến cho biến phụ thuộc là giảm đau hiệu quả tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, được kiểm soát bởi các biến: thời gian đau, nguyên nhân, suy tụy ngoại tiết, đái tháo đường, đường kính OTC, sỏi OTC, độ cứng nhu mô tụy; ta có kết quả được trình bày trong bảng 3.9. Dựa trên bảng này, chúng tôi thấy chỉ có ĐTĐ có ảnh hưởng tiêu cực lên tỉ lệ giảm đau hiệu quả, cụ thể là các bệnh nhân ĐTĐ sẽ đạt được giảm đau hiệu quả kém hơn 8 lần so với các bệnh nhân không có ĐTĐ, với khoảng tin cậy 95% từ 0,02 đến 0,79. Các biến khác hoặc không ảnh hưởng đến giảm đau hiệu quả, hoặc có khoảng tin cậy 95% dao động rất lớn.

Bảng 3.9. Mô hình hồi quy logistic đa biến với biến phụ thuộc là giảm đau hiệu quả

Biến độc lập (n=59)	Giảm đau hiệu quả		
	Tỉ số số chênh	Giá trị p	Khoảng tin cậy 95%
Thời gian đau	0,98	p=0,1	0,96-1,01
Nguyên nhân			
Rượu và thuốc lá	0,53	p=0,4	0,11-2,53
Suy tụy ngoại tiết	1,67	p=0,6	0,21-12,99
Đái tháo đường	0,12	p=0,03	0,02-0,79
Đường kính ống tụy chính	1,33	p=0,1	0,92-1,93
Sỏi ống tụy chính	0,22	p=0,2	0,03-1,92
Nhu mô tụy sượng cứng	0,61	p=0,7	0,04-9,35

Do số mẫu của các bệnh nhân nghiện rượu và nghiện thuốc lá không cùng cỡ mẫu của nghiên cứu, chúng tôi phân tích riêng mối liên quan giữa cai rượu, cai thuốc lá với giảm đau hiệu quả bằng phép kiểm Fisher exact, thể hiện qua bảng 3.10. Qua bảng này, chúng tôi không thấy được tác động tích cực của cai rượu và cai thuốc lá lên tỉ lệ giảm đau hiệu quả.

Bảng 3.10. Mối liên hệ giữa cai rượu, cai thuốc lá với giảm đau hiệu quả

Biến số	Giảm đau hiệu quả	Giá trị p*
Cai rượu		
Có (n=24)	75% (n=18)	p=0,07
Không (n=13)	100% (n=13)	
Cai thuốc lá		
Có (n=8)	50% (n=4)	p=0,02
Không (n=30)	90% (n=27)	

*Phép kiểm Fisher exact

3.5.4. Kết quả trung hạn trên các triệu chứng lâm sàng khác

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, triệu chứng tiêu phân mỡ, đái tháo đường, cân nặng, BMI, buồn nôn- nôn, chán ăn, sụt cân, tiêu chảy được đánh giá và trình bày trong bảng 3.11. Tiêu phân mỡ xuất hiện nhiều hơn so với thời điểm trước phẫu thuật nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, trong khi đái tháo đường ít thay đổi (p lần lượt là 0,06 và 1). Buồn nôn- nôn, chán ăn, sụt cân cải thiện có ý nghĩa so với trước phẫu thuật (p lần lượt là 0,001; 0,003; 0,001), trong khi cân nặng, BMI, tiêu chảy không thay đổi nhiều.

Bảng 3.11. Kết quả trung hạn trên các triệu chứng lâm sàng khác

Biến số	Chung (n=59)	Partington mở rộng (n=45)	Frey (n=14)
Tiêu phân mỡ	47,5% (n=28)	53,3% (n=24)	28,6% (n=4)
Đái tháo đường	32,2% (n=19)	35,6% (n=16)	21,4% (n=3)
Phụ thuộc insulin	20,3% (n=12)	22,2% (n=10)	14,3% (n=2)
Liều insulin (đơn vị)	25,5 ± 8,7	26 ± 8,9	23 ± 9,9
Đủ chức năng tụy	62,7% (n=37)	57,8% (n=26)	78,6% (n=11)
Suy tụy cải thiện	6,8% (n=4)	8,9% (n=4)	0% (n=0)
Suy tụy không đổi	17% (n=10)	20% (n=9)	7,1% (n=1)
Suy tụy tiến triển	13,6% (n=8)	13,3% (n=6)	14,3% (n=2)
Cân nặng (kg)	52,7 ± 9,5	52,2 ± 8,9	54 ± 11,4
BMI (kg/m ²)	19,7 ± 2,7	19,7 ± 2,5	19,5 ± 3,4
Buồn nôn và nôn*	13,6% (n=8)	15,6% (n=7)	7,1% (n=1)
Chán ăn*	17% (n=10)	20% (n=9)	7,1% (n=1)
Sụt cân**	5,1% (n=3)	4,4% (n=2)	7,1% (n=1)
Giữ cân	78% (n=46)	84,4% (n=38)	57,1% (n=8)
Tăng cân	17% (n=10)	11,1% (n=5)	35,7% (n=5)
Tiêu chảy	15,3% (n=9)	17,8% (n=8)	7,1% (n=1)

*Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời điểm kết thúc nghiên cứu với thời điểm trước phẫu thuật (tính chung hai nhóm phẫu thuật), phép kiểm chi bình phương.

**Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời điểm kết thúc nghiên cứu với thời điểm trước phẫu thuật (tính chung hai nhóm phẫu thuật), phép kiểm Fisher exact.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

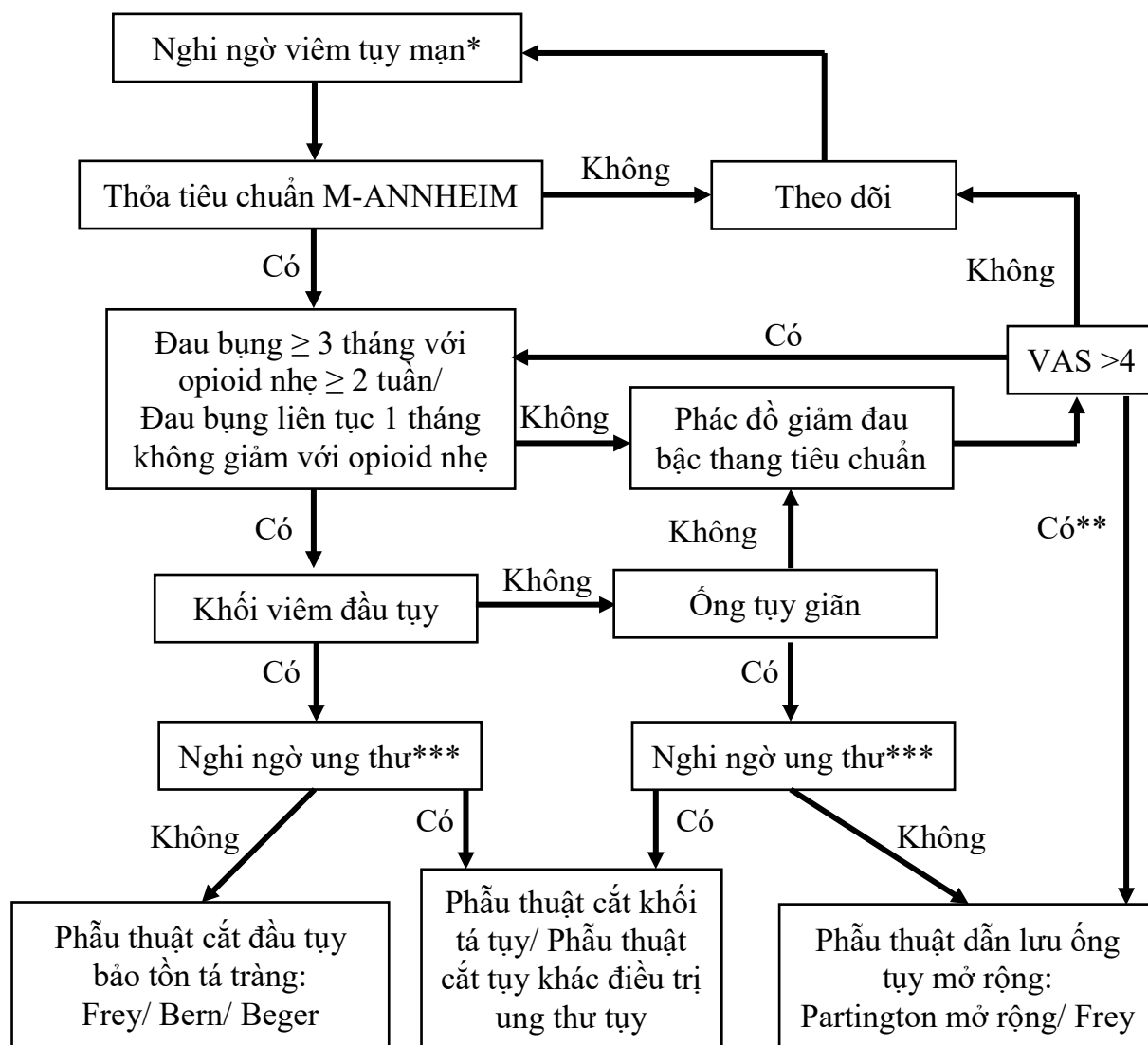
4.1. Quy trình chẩn đoán và điều trị viêm tụy mạn

Viêm tụy mạn là một bệnh lý phức tạp, có nhiều hình thái tổn thương, dân số mục tiêu của nghiên cứu này chỉ là một phần của toàn bộ dân số viêm tụy mạn. Do đó, chúng tôi xin bàn về quy trình chẩn đoán và điều trị viêm tụy mạn tại bệnh viện chúng tôi, để độc giả có cái nhìn tổng quát về hướng xử trí bệnh lý phức tạp này. Biểu đồ 4.1 thể hiện lược đồ chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật viêm tụy mạn. Bệnh nhân được xem là nghi ngờ viêm tụy mạn khi có đau bụng thượng vị lan sau lưng, hoặc có tiêu phân mỡ, hoặc có tiền căn viêm tụy cấp nhiều lần. Bệnh nhân viêm tụy mạn thường đến khám khi có đau bụng nhiều. Tiêu chuẩn M-ANNHEIM (Bảng 1.2)⁶⁰ là một bộ tiêu chuẩn chính xác, dễ sử dụng trong lâm sàng, được chúng tôi áp dụng để chẩn đoán viêm tụy mạn. CLVT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh thường dùng nhất để chẩn đoán viêm tụy mạn, phần lớn phát hiện sỏi tụy- một tiêu chuẩn chắc chắn của M-ANNHEIM. Ống tụy giãn là hình thái tổn thương gây đau thường gặp nhất. Trong một nghiên cứu tổng quát về viêm tụy mạn tại bệnh viện Chợ Rẫy, ống tụy giãn chiếm 87,9% các bệnh nhân viêm tụy mạn được phẫu thuật.¹¹ Khối viêm đầu tụy là một hình thái gây đau khác, nhưng ít gặp. Khi có một trong hai hình thái này, bệnh nhân sẽ được xem xét phẫu thuật. Nếu bệnh nhân không có hình thái gây đau nào kể trên, họ sẽ được xem xét điều trị nội khoa; chỉ khi nào không đáp ứng với phác đồ điều trị giảm đau bậc thang tiêu chuẩn, phẫu thuật mới được xem xét. Đôi khi, có vài bệnh nhân phát hiện các hình thái tổn thương tụy trên hình ảnh học thỏa tiêu chuẩn M-ANNHEIM, nhưng không có đau; các bệnh nhân này sẽ được theo dõi, điều trị suy tụy nếu có; ngoại trừ các bệnh nhân có các hình thái biến chứng nặng như tắc mật, nang giả, giả phình mạch v.v. sẽ được xem xét phẫu thuật hoặc can thiệp tùy loại biến chứng.

Khi bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn và có đau, câu hỏi được đặt ra là có nên phẫu thuật ngay hay không. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng ESCAPE cho thấy nhóm phẫu thuật sớm đạt điểm đau thấp hơn đáng kể so với nhóm tiếp cận từng bước.³ Tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi chỉ định phẫu thuật sớm cho các bệnh nhân đau do viêm tụy mạn có hình thái tổn thương rõ, dựa trên các chứng cứ y học.^{1,3,4,26,78} Chỉ định phẫu thuật bao gồm: đau bụng trong ít nhất 3 tháng trong đó thời gian sử dụng opioid nhẹ (tramadol, codeine) ít nhất 2 tuần, hoặc đau bụng liên tục trong ít nhất một tháng mà không thuyên giảm với opioid nhẹ. Chúng tôi chọn các mốc thời gian này vì: (1) ba tháng là thời gian thử thách đối với các bệnh nhân đau bụng từng đợt, việc phải sử dụng opioid nhẹ trong 2 tuần chứng tỏ đau bụng này có ảnh hưởng lên chất lượng sống của bệnh nhân, thời gian đau này cũng phù hợp so với nghiên cứu ESCAPE³ khi thời gian đau *tối đa* chỉ là 6 tháng đối với các bệnh nhân mới dùng opioid nhẹ; (2) đối với các bệnh nhân đau bụng liên tục, phác đồ giảm đau bậc thang tiêu chuẩn được áp dụng, nếu sau 2 tuần với paracetamol/NSAID không hiệu quả thì lên thang với opioid nhẹ trong 2 tuần tiếp theo, như vậy nếu sau 1 tháng bệnh nhân vẫn đau bụng liên tục điều này đồng nghĩa với opioid nhẹ không hiệu quả và cần đến opioid mạnh hoặc phẫu thuật, theo quan điểm hiện hành^{3,72,81} chúng tôi bỏ qua opioid mạnh và chọn phẫu thuật. Đối với các bệnh nhân đau bụng với thời gian đau chưa thỏa đáng, phác đồ giảm đau bậc thang tiêu chuẩn sẽ được bắt đầu cho đến khi bệnh nhân giảm đau thành công ($VAS \leq 3$) hoặc đến khi bệnh nhân thỏa chỉ định phẫu thuật. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, hiếm khi chúng tôi áp dụng nội soi can thiệp để điều trị viêm tụy mạn. Nội soi can thiệp đạt hiệu quả tốt nhất khi bệnh nhân chỉ có một viên sỏi ống tụy đơn độc hoặc một đoạn tắc nghẽn ống tụy đơn độc ở đầu tụy.^{1,2,75} Các bệnh nhân viêm tụy mạn tại bệnh viện Chợ Rẫy thường có nhiều sỏi hoặc sỏi rải rác khắp nhu mô tụy, do đó thường không phù hợp để điều trị

can thiệp nội soi. Nhóm nghiên cứu M-ANNHEIM đề xuất một bảng phân độ nặng của viêm tụy mạn khá chi tiết (Bảng 1.4).⁶⁰ Tuy nhiên, quyết định điều trị (nội khoa, can thiệp nội soi, phẫu thuật) thường dựa vào tính chất cơn đau và hình thái tổn thương. Do đó, mặc dù bảng phân độ nặng M-ANNHEIM là có giá trị, nó ít được ứng dụng trong lâm sàng.

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật dựa vào hình thái tổn thương. Nếu bệnh nhân có khối viêm đầu tụy, các phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng như Frey, Beger, hoặc Bern được xem xét. Khối viêm đầu tụy đơn độc hiếm khi thấy ở các bệnh nhân viêm tụy mạn tại bệnh viện Chợ Rẫy. Đối với các bệnh nhân có khối viêm hoặc sỏi đầu tụy nghi ngờ ung thư (Bảng 2.1), phẫu thuật cắt khối tá tụy theo quy tắc ung thư được thực hiện. Đối với các bệnh nhân có ống tụy giãn, cũng là dân số mục tiêu của nghiên cứu này, phẫu thuật dẫn lưu ống tụy được thực hiện. Phẫu thuật Partington cổ điển không còn được khuyến khích sử dụng, dựa trên các chứng cứ y học về hạn chế của phẫu thuật này.^{10,16–18,22} Thay vào đó, các phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng (Frey, Partington mở rộng) được áp dụng cho nhóm bệnh nhân đau do ống tụy giãn. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật nào phụ thuộc vào sự quen tay của từng phẫu thuật viên, tuy nhiên vấn đề lấy sạch sỏi đầu tụy phải được ưu tiên. Khi các bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu này, việc lựa chọn phẫu thuật Frey hay Partington mở rộng được kiểm soát chặt chẽ, dựa vào đánh giá trong mổ khả năng lấy sạch sỏi của từng phương pháp, như đã nêu trong phần Quy trình nghiên cứu. Nếu bệnh nhân không có khối viêm đầu tụy và cũng không có OTC giãn, phác đồ giảm đau bậc thang tiêu chuẩn được thực hiện. Sau 6 tuần nếu bệnh nhân vẫn còn đau ($VAS > 4$), phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng có thể được xem xét, kết hợp với cắt xẻ dọc nhu mô kiểu chữ V (phẫu thuật Izbicki¹²⁹) để tăng cường hiệu quả giảm đau sau mổ.



Biểu đồ 4.1. Lược đồ chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật viêm tụy mạn

*Bệnh nhân có đau bụng thượng vị lan sau lưng, tiêu phân mỡ, hoặc có tiền căn viêm tụy cấp nhiều lần. **Khi bệnh nhân không có khối viêm đầu tụy và không có OTC giãn, xem xét kết hợp cắt xẻ dọc nhu mô kiểu chữ V (phẫu thuật Izbicki). ***Xem bảng 2.1.

Sau phẫu thuật, các bệnh nhân được trải qua quy trình theo dõi chăm sóc hậu phẫu, phát hiện và điều trị kịp thời các biến chứng nếu có. Điều trị suy tụy ngoại tiết và nội tiết rất quan trọng trong việc quản lý và theo dõi lâu dài các bệnh nhân viêm tụy mạn. Các bệnh nhân viêm tụy mạn có hình thái tổn thương

rõ thường có kèm tình trạng suy tụy ngoại tiết, cho dù không có biểu hiện lâm sàng rõ rệt (tiêu phân mỡ, sụt cân). Tất cả bệnh nhân sau phẫu thuật viêm tụy mạn đều được sử dụng men tụy ngoại tiết một cách thường quy mà không cần phải xét nghiệm định lượng (mỡ hoặc elastase trong phân).²

Đau tái phát là một vấn đề nan giải đối với bệnh nhân viêm tụy mạn đã phẫu thuật. Ước tính có 40-50% bệnh nhân sẽ tái phát đau trong vòng 5 năm sau phẫu thuật.¹ Bước đầu tiên khi xử trí đau tái phát là loại trừ tắc nghẽn ống tụy do sỏi và khối viêm khu trú bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.¹ Đối với các bệnh nhân đã được thực hiện phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng, việc còn sót sỏi gây tắc nghẽn ống tụy hiếm khi xảy ra. Nếu có, phẫu thuật lại để dẫn lưu lại ống tụy hoặc cắt bỏ phần tụy viêm khu trú nên được thực hiện sớm. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào còn sỏi gây tắc nghẽn ống tụy hoặc khối viêm khu trú sau phẫu thuật. Nếu không có tắc nghẽn ống tụy hoặc khối viêm khu trú, bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ giảm đau bậc thang tiêu chuẩn.^{1,3} Nếu sau 6 tuần điều trị, bệnh nhân vẫn không đạt giảm đau, phẫu thuật cắt thần kinh tạng ngả nội soi lồng ngực hoặc phẫu thuật cắt toàn bộ tụy được xem xét (Biểu đồ 2.2). Trong nghiên cứu này, có một bệnh nhân đau tái phát sau phẫu thuật, không giảm đau với phác đồ giảm đau tiêu chuẩn; bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt thần kinh tạng ngả nội soi lồng ngực để giảm đau.

4.2. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số trong nghiên cứu này cũng tương tự như các báo cáo tổng quan khác về viêm tụy mạn. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số. Nguyên nhân do rượu là chủ yếu. Chúng tôi không tìm thấy nguyên nhân nào liên quan đến gia đình trong mẫu nghiên cứu. Theo các tác giả Ấn Độ, viêm tụy mạn thể nhiệt đới là thường gặp nhất ở vùng Nam Á và Đông Nam Á. Thể viêm tụy mạn này được định nghĩa là viêm tụy vô căn, gặp ở người trẻ, suy dinh dưỡng, và đái tháo

đường sớm.^{24,130} Tuy nhiên thể viêm tụy mạn này gần đây đã được một số nghiên cứu chỉ ra rằng có liên quan đến đột biến gen hoặc di truyền, với việc tìm ra các biến thể gen PRSS1, CFTR, SPINK1 trên nhóm bệnh nhân này.³⁶ Việc xét nghiệm tìm gen đột biến ở bệnh nhân viêm tụy mạn nằm ngoài mục tiêu của nghiên cứu này. Các bệnh nhân không do rượu, thuốc lá, hay gia đình đều được xếp vào nhóm vô căn. Thời gian đau trung vị của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 4 năm, trải dài từ 1 tháng đến 16 năm. Thời gian đau từ khi khởi phát cơn đau đầu tiên trong các nghiên cứu khác có thể lên đến 20 năm.⁴⁰ Một đặc điểm khác biệt trong nghiên cứu này, đó là không có bệnh nhân nào nghiện opioid trước phẫu thuật, trong khi ở các nghiên cứu khác, tình trạng này khá phổ biến.^{3,9,16,112} Có thể lý giải tình trạng này là do luật pháp Việt Nam hạn chế việc sử dụng opioid trong dân chúng.

Hình thái học trong viêm tụy mạn rất quan trọng và ảnh hưởng đến quyết định điều trị. Có hai hình thái cơ bản trong viêm tụy mạn: khối viêm đầu tụy và ống tụy giãn. Các tác giả Đức nhận thấy khối viêm đầu tụy rất thường gặp trong các bệnh nhân của họ.^{44,120,131} Trong khi các tác giả Nhật, Mỹ và Hà Lan lại không thấy điều này.^{9,21,48} Ống tụy giãn, trái lại, rất thường gặp ở tất cả các dân số. Trong một nghiên cứu tại bệnh viện Chợ Rẫy trước đây, nhóm nghiên cứu nhận thấy khối viêm đầu tụy chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ.¹¹ Trong nghiên cứu này, đường kính đầu tụy trung bình là 29,4 mm. Chúng tôi loại những trường hợp có khối viêm đầu tụy khỏi nghiên cứu, vì khi có sự hiện diện hình thái này, một phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng bắt buộc phải được áp dụng. Trên thực tế, khối viêm đầu tụy cũng rất ít gặp tại bệnh viện Chợ Rẫy. Sỏi đầu tụy, trong khi đó, gặp ở tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu. Đây được xem là hình thái thay thế cho khối viêm đầu tụy, đại diện cho quá trình viêm ở đầu tụy, là nguyên nhân giả thuyết cho việc OTC giãn. Một phương pháp phẫu thuật cho viêm tụy mạn chỉ được xem là tối ưu khi giải quyết được tất cả các hình thái

tổn thương gây đau. Trong nghiên cứu này, hình thái gây đau là sỏi đầu tụy và OTC giãn. Do đó, phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng là phương pháp được lựa chọn.

Trong nghiên cứu, có ba bệnh nhân phải phẫu thuật dẫn lưu lại ống tụy sau một phẫu thuật Partington cổ điển trước đó. Các bệnh nhân này có ít nhất hai năm đau bụng dai dẳng sau cuộc phẫu thuật đầu tiên. Hình ảnh học trước phẫu thuật cho thấy còn nhiều sỏi đầu tụy và gây tắc nghẽn OTC. Trong phẫu thuật xác nhận vùng đầu tụy còn nguyên vẹn, các ống tụy vùng này đã không được dẫn lưu đầy đủ (Hình 3.6). Một bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật Partington mở rộng với thời gian theo dõi là 15 tháng, hai bệnh nhân còn lại được tiến hành phẫu thuật Frey với thời gian theo dõi lần lượt là 4 và 5 tháng. Cả ba bệnh nhân này đều đạt được giảm đau hiệu quả và cải thiện chất lượng sống đáng kể tại thời điểm kết thúc nghiên cứu. Do đó, phẫu thuật Partington cổ điển trước đó ở ba bệnh nhân này có thể đã không hiệu quả.

4.3. Tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong của phẫu thuật

Về mặt kỹ thuật, phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng đòi hỏi cao hơn so với phẫu thuật Partington cổ điển. Vùng đầu và móc tụy dễ dàng bị bỏ qua do viêm dính nhiều và lo ngại chảy máu từ cung mạch tá tụy trước, như Prinz đã đề cập.¹⁷ Adams và cs. thừa nhận rằng họ không thể xẻ mở rộng OTC đến vùng đầu tụy trong nhiều trường hợp do viêm dính dày hoặc tắc nghẽn hoàn toàn ống tụy ở vùng này. Họ¹⁶ cũng tránh gây tổn thương cung mạch tá tụy, trái với quan điểm của Delcore²¹ và Kempeneers.⁵⁹ Paye mô tả kỹ thuật luồn thông từ ống Wirsung vào trong lòng tá tràng.²² Chúng tôi xác nhận không có trường hợp nào thất bại về mặt kỹ thuật khi thực hiện dẫn lưu ống tụy mở rộng. Việc gỡ dính tỉ mỉ và làm thủ thuật Kocher giúp bộc lộ được vùng đầu và móc tụy trong tất cả các trường hợp, ngay cả ở những bệnh nhân đã phẫu thuật trước đó. Thủ thuật Kocher rất quan trọng trong phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng, việc

cầm nắm nhu mô đầu tụy trong lòng bàn tay giúp phẫu thuật viên nhận định được vị trí sỏi để có thể xẻ nhu mô chính xác lấy sỏi, nhận định được độ dày còn lại của nhu mô tụy phía sau và phía tĩnh mạch mạc treo tràng trên để tránh làm thủng mặt sau đầu tụy hoặc tổn thương tĩnh mạch, giúp cầm máu tạm thời khi cắt ngang cung mạch tá tụy trước không chủ ý, và nhận định được độ dày còn lại của nhu mô tụy sát khung tá tràng để có thể thực hiện phẫu thuật Frey một cách an toàn. Việc cần thiết phải thực hiện thủ thuật Kocher đã được chỉ ra trong các mô tả kỹ thuật phẫu thuật viêm tụy mạn của nhiều tác giả.^{12,19,20,23,34} Chúng tôi nhận thấy các mũi khâu treo dọc hai bên đường dự kiến xẻ ống tụy rất hữu ích trong việc cầm máu. Chúng tôi đồng ý với Delcore²¹ và Kempeneers⁵⁹ rằng cung mạch tá tụy trước nên được cắt mới có thể đạt được chiều dài tối đa của đường xẻ ống tụy. Kỹ thuật của Paye²² không cần thiết, khi mà đường xẻ ống tụy đã được mở rộng đến sát tá tràng. Cahen và cs. có mô tả thủ thuật cắt vét nhu mô tụy dọc đường xẻ ống tụy, khi việc lấy sỏi gặp khó khăn.^{4,5} Kỹ thuật này giống với mô tả của Sakata về phẫu thuật Frey tối thiểu.⁴⁸ Chúng tôi cũng có nhiều trường hợp cắt vét nhu mô tụy khi vùng đầu tụy xơ cứng và có nhiều sỏi. Tuy nhiên chúng tôi cho rằng kỹ thuật của Sakata⁴⁸ vẫn nên xếp vào Partington mở rộng, vì khối lượng nhu mô lấy ra khá ít. Kỹ thuật khoét đầu tụy theo mô tả gốc của Frey^{23,34} bao gồm việc khoét nhu mô tụy cong lõm vào sát tá tràng cho đến lòng ống tụy, và khoét cả vùng móc tụy, do đó nhu mô tụy lấy ra nhiều hơn đáng kể so với phẫu thuật Partington mở rộng. Phẫu thuật Frey với kỹ thuật tiêu chuẩn như mô tả trên được chúng tôi áp dụng nhiều ở giai đoạn sau của nghiên cứu.

Do đòi hỏi cao về kỹ thuật phẫu thuật, tính an toàn của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng cần được xem xét. Số lượng máu mất trong phẫu thuật của nghiên cứu là không đáng kể. Chúng tôi xác nhận chỉ có một trường hợp phải truyền máu trong phẫu thuật, đây là trường hợp có kèm theo cắt đuôi tụy và

lách do nang giả lớn vùng đuôi tụy. Tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật trong nghiên cứu là 8,5%. Các tác giả Cahen,⁴ Delcore,²¹ Paye,²² và Sakata⁴⁸ báo cáo tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật lần lượt là 35, 18, 16, và 14% cho phẫu thuật Partington mở rộng. Các tác giả Cooper,⁸⁷ Falconi,⁸⁸ và Pothula Rajendra²⁴ báo cáo tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật lần lượt là 3, 8, và 16% cho phẫu thuật Frey. Paye báo cáo một trường hợp tử vong do choáng nhiễm trùng,²² Cooper báo cáo một trường hợp tử vong do viêm phổi,⁸⁷ không có báo cáo tử vong trong các nghiên cứu còn lại.^{4,21,24,48,88} Trong các nghiên cứu về dẫn lưu ống tụy mà không đề cập đến kỹ thuật xẻ ống tụy mở rộng, các tác giả Boerma,¹¹¹ Pessaux,¹¹³ Sielezneff,¹¹⁴ và Terrace¹¹² báo cáo tỷ lệ biến chứng lần lượt là 14, 13, 25, và 12%. Terrace báo cáo hai trường hợp tử vong do hoại tử quai Roux và nhồi máu cơ tim,¹¹² Pessaux báo cáo hai trường hợp tử vong do viêm phổi hít và loét tá tràng xuất huyết,¹¹³ không có báo cáo tử vong trong các nghiên cứu của Boerma và Sielezneff.^{111,114} Qua các số liệu trên, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng tương đối an toàn, với tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật không nhiều hơn so với dẫn lưu ống tụy cổ điển. Trong các biến chứng liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật, thường gặp nhất là chảy máu miệng nối, rò tụy, rò dưỡng trấp. Do việc xẻ ống tụy được thực hiện ở đầu tụy, nơi được cấp máu dồi dào bởi hệ thống mạch máu tá tụy, nên chảy máu sau phẫu thuật tại vị trí này rất dễ xảy ra. Một trường hợp trong lô nghiên cứu của chúng tôi phải phẫu thuật lại vì chảy máu vị trí xẻ ống tụy tại cổ tụy. Tuy nhiên, đối với phẫu thuật Partington cổ điển đường xẻ ống tụy cũng được kéo dài đến cổ tụy. Do đó, trường hợp này theo lý thuyết có thể không phải là biến chứng đặc hiệu của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng. Việc cầm máu tỉ mỉ bằng các mũi khâu sau khi thực hiện đường xẻ ống tụy là cần thiết để phòng ngừa biến chứng chảy máu. Chiều dài miệng nối tụy ruột khá dài trong phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng, có thể là một yếu tố nguy cơ gây rò tụy sau phẫu thuật. Một

trường hợp rò tụy trong lô nghiên cứu của chúng tôi có thể là minh chứng cho giả thuyết này. Việc thông thạo kỹ năng khâu nối, khâu đều tay và nhất là không để khoảng hở lớn giữa hai mũi khâu là tiên quyết để miệng nối tụy ruột lành tốt. Chúng tôi có một trường hợp biến chứng rò đường trấp. Biến chứng này được giả thuyết là do đứt vỡ các mạch bạch huyết quanh đầu tụy trong quá trình thực hiện thủ thuật Kocher, điều sẽ không xảy ra nếu thực hiện phẫu thuật Partington cổ điển. Do đó, đây có thể xem là biến chứng đặc hiệu của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng. Việc cột thắt cẩn thận hoặc dùng dụng cụ hàn mạch năng lượng (Ligasure, Harmonic) khi thực hiện thủ thuật Kocher có thể giúp ngăn ngừa biến chứng rò đường trấp.

4.4. Kết quả giảm đau

Đau là một cảm giác rất chủ quan, do đó cần các công cụ có tính chi tiết và chính xác để đánh giá. VAS là thang điểm đau được sử dụng nhiều, tuy nhiên nó chỉ dựa vào cảm giác về cơn đau của người bệnh và có thể không chính xác. Nhóm nghiên cứu của Izbicki đã phát triển một công cụ gọi là thang điểm Izbicki, gồm bốn thành tố: tần suất cơn đau, mức độ sử dụng thuốc giảm đau, điểm VAS, và mức độ mất khả năng làm việc.^{91,120} Công cụ này chi tiết, có thang điểm cụ thể và, có thể, chính xác hơn so với các công cụ chỉ dựa vào cảm giác chủ quan của bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu của Cahen đã sử dụng thang điểm Izbicki để đánh giá đau, họ định nghĩa cụ thể giảm đau hiệu quả và giảm đau hoàn toàn, dựa trên diễn tiến của điểm Izbicki. Hơn nữa, các tác giả này còn xếp các trường hợp tử vong hoặc mất dấu vào nhóm giảm đau thất bại.^{4,5} Kempeneers và cs. cũng sử dụng thang điểm Izbicki trong nghiên cứu của họ.⁵⁹ Boerma và cs.¹¹¹ sử dụng thang điểm McGill để đánh giá đau, tuy nhiên họ lại định nghĩa giảm đau dựa vào cảm nhận chủ quan của bệnh nhân mà không tận dụng thang điểm này. Pothula Rajendra sử dụng thang điểm VAS để đánh giá đau, và định nghĩa giảm đau hiệu quả khi VAS <45/100 điểm.²⁴ Delcore²¹ và

Sakata⁴⁸ định nghĩa giảm đau hiệu quả là việc không phải nhập viện vì đau tái phát. Các tác giả Paye,²² Adams,¹⁶ Pessaux,¹¹³ Sielezneff,¹¹⁴ Terrace,¹¹² Cooper,⁸⁷ và Falconi⁸⁸ đánh giá đau và phân loại mức độ giảm đau dựa trên cảm nhận đau chủ quan, mức độ sử dụng thuốc và mức độ mất khả năng làm việc của bệnh nhân, nhưng không có một thang điểm rõ ràng nào được sử dụng. Hơn nữa, các tác giả kể trên loại những trường hợp tử vong hay mất dấu ra khỏi nghiên cứu, do đó tỉ lệ giảm đau thực tế có thể thấp hơn báo cáo. Theo chúng tôi, phương pháp đánh giá đau của Cahen và cs. là đáng giá và chính xác, ưu điểm hơn so với hầu hết các nghiên cứu khác kể trên. Do đó chúng tôi áp dụng phương pháp đánh giá đau của Cahen và cs. vào trong nghiên cứu này.

Paye và cs.²² báo cáo tỉ lệ giảm đau ở nhóm Partington mở rộng là 86% sau trung bình 52 tháng theo dõi. Delcore và cs. báo cáo giảm đau hiệu quả đạt được ở tất cả bệnh nhân trong giai đoạn sớm, tất cả bệnh nhân của họ đều được dẫn lưu ống tụy mở rộng. Qua theo dõi với thời gian trung bình 3,5 năm, tỉ lệ này²¹ là 86%. Adams và cs. báo cáo kết quả giảm đau của họ là 68% sau trung bình 6,3 năm theo dõi, tuy nhiên có nhiều bệnh nhân của họ đã không được dẫn lưu ống tụy mở rộng.¹⁶ Pessaux và cs. báo cáo tỉ lệ giảm đau của họ là 93%, tuy nhiên kết quả tốt chỉ đạt 68%. Tác giả này có mô tả chi tiết kỹ thuật phẫu thuật, trong đó OTC chỉ được xẻ đến sát cung mạch tá tụy trên, cách bờ tá tràng 3-4cm, tương tự với mô tả của Partington cổ điển.¹¹³ Sakata và cs. báo cáo tỉ lệ giảm đau hiệu quả của phẫu thuật Partington mở rộng ngay sau phẫu thuật là 84- 87,5%, tỉ lệ này sau 3 năm⁴⁸ là 77%. Các tác giả Boerma,¹¹¹ Sielezneff,¹¹⁴ và Terrace¹¹² báo cáo kết quả giảm đau của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy lần lượt là 88, 75, và 68% sau 26, 65, và 36 tháng theo dõi; các tác giả này đã không đề cập đến kỹ thuật xẻ ống tụy mở rộng. Trong các nghiên cứu về phẫu thuật Frey, các tác giả Cooper,⁸⁷ Falconi,⁸⁸ và Pothula Rajendra²⁴ báo cáo kết quả giảm đau lần lượt là 71, 91, và 92% sau 22, 60, và 12 tháng theo dõi.

Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, Cahen và cs. báo cáo tỉ lệ giảm đau hiệu quả sau hai năm theo dõi ở nhóm phẫu thuật Partington mở rộng là 75%, cao hơn nhóm nội soi lấy sỏi là 32%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ giảm đau hoàn toàn⁴ (điểm Izicki ≤ 10) ở nhóm phẫu thuật là 40%. Sau 5 năm, tỉ lệ giảm đau hiệu quả là 80%, giảm đau hoàn toàn là 53% ở nhóm phẫu thuật.⁵ Các tác giả này kết luận rằng phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng đạt hiệu quả giảm đau tốt hơn so với NSMTND lấy sỏi tụy. Cahen bàn luận rằng việc mở bao tụy giúp làm giảm áp lực mô kẽ trong nhu mô, do đó việc xả nhu mô tụy có thể quan trọng hơn so với việc chỉ dẫn lưu đơn thuần ống tụy.⁴ Luận điểm của Cahen rất phù hợp với nguyên tắc dẫn lưu ống tụy mở rộng. Cahen và cs. cũng thêm vào mô tả diễn tiến nhanh và ổn định của giảm đau. Sau 6 tuần, điểm đau giảm từ 69 xuống 30 và ổn định sau thời gian đó.⁴ Đây là một nghiên cứu có thiết kế tốt, sử dụng các thang điểm cụ thể chi tiết và đã được kiểm chứng, định nghĩa các biến số rõ ràng, rất đáng được tham khảo.

Định nghĩa giảm đau hiệu quả và hoàn toàn của chúng tôi dựa trên sự thay đổi của điểm Izicki, tương tự nghiên cứu của Cahen. Tỉ lệ giảm đau hiệu quả và hoàn toàn tại thời điểm kết thúc nghiên cứu lần lượt là 84,8 và 57,6%; điểm Izicki từ 53,8 trước phẫu thuật giảm còn 8,8 sau phẫu thuật, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm Izicki sau hai năm theo dõi của Cahen⁴ là 25,5; cao hơn so với chúng tôi. Nghiên cứu của chúng tôi kiểm soát kỹ thuật phẫu thuật chặt chẽ, đề cao việc lấy sạch sỏi vùng đầu tụy. Trong khi nghiên cứu của Cahen ngoài nhóm phẫu thuật còn có nhóm nội soi can thiệp, do đó kỹ thuật phẫu thuật có thể đã không được kiểm soát tốt. Điều này phần nào lý giải kết quả giảm đau của chúng tôi tốt hơn so với Cahen và cs. So với các nghiên cứu khác có tỉ lệ giảm đau từ 68 đến 92%, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ giảm đau hiệu quả không khác biệt nhiều.^{21,22,48,87,88,111-114} Về diễn tiến của đau,

chúng tôi nhận thấy giảm đau đạt được khá chậm trong 3 tháng đầu. Giảm đau chỉ giảm nhanh và ổn định từ sau 6 tháng (Biểu đồ 3.2 và 3.3). So sánh với nghiên cứu của Cahen,⁴ diễn tiến giảm đau của nghiên cứu này chậm hơn nhưng giảm xuống thấp hơn.

4.5. Yếu tố ảnh hưởng kết quả giảm đau và tầm quan trọng trong việc sử dụng có lựa chọn phẫu thuật Frey hoặc Partington mở rộng

Boerma và cs. cho rằng nguyên nhân viêm tụy mạn do rượu là một yếu tố dẫn đến giảm đau thất bại.¹¹¹ Ngoài ra, việc tiếp tục uống rượu đã được các tác giả Adams,¹⁶ Delcore,²¹ Pessaux,¹¹³ Sielezneff¹¹⁴ xác nhận làm tăng nguy cơ đau tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân viêm tụy mạn do rượu không phải là yếu tố ảnh hưởng đến giảm đau thất bại. Tương tự, việc cai rượu lẫn thuốc lá không ảnh hưởng đến giảm đau thành công. Mặc dù vậy, tất cả các bệnh nhân đều xác nhận rằng lượng tiêu thụ rượu/bia và thuốc lá đã giảm đáng kể so với trước phẫu thuật. Sielezneff cho rằng thời gian đau kéo dài hơn 4 năm là yếu tố làm tăng nguy cơ đau tái phát.¹¹⁴ Terrace¹¹² và Adams¹⁶ cho rằng việc sử dụng thuốc giảm đau opioid trước phẫu thuật ảnh hưởng xấu đến kết quả giảm đau sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi không xác nhận được sự ảnh hưởng của thời gian đau và sử dụng opioid lên giảm đau hiệu quả. Đái tháo đường trước phẫu thuật được Cooper⁸⁷ và Adams¹⁶ cho là một yếu tố nguy cơ dẫn đến giảm đau thất bại. Nghiên cứu của chúng tôi cũng xác nhận đái tháo đường trước phẫu thuật là một yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tỉ lệ giảm đau. Theo bàn luận của Cooper, đái tháo đường là một chỉ dấu cho thấy viêm tụy mạn ở giai đoạn nặng, do đó giảm đau không còn hiệu quả mặc dù đã thực hiện phẫu thuật. Tác giả Cooper còn xác nhận thêm các yếu tố: xơ hóa tụy tối thiểu, điều trị nội soi trước phẫu thuật, và ống tụy nhỏ là các yếu tố liên quan đến giảm đau thất bại.⁸⁷ Chúng tôi chỉ chọn các bệnh nhân có OTC giãn $\geq 5\text{mm}$, nên không có bệnh nhân nào có ống tụy nhỏ, và kích thước ống tụy sau phân

tích hồi quy logistic cũng không thấy có liên quan đến giảm đau sau phẫu thuật. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi chỉ có thể xác nhận đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ dẫn đến giảm đau thất bại, ngoài ra không xác nhận được sự ảnh hưởng của các yếu tố khác trong y văn. Do nghiên cứu này không được thiết kế với cỡ mẫu đủ để xác định các yếu tố liên quan đến giảm đau, nên các kết quả của chúng tôi về vấn đề này có thể không chính xác.

Một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến giảm đau hiệu quả, đã được đa số các tác giả đồng thuận, đó là việc ống tụy được dẫn lưu toàn bộ.^{10,16,21} Bradley cho rằng chiều dài miệng nối tụy ruột phải đạt ít nhất 6cm để tăng tỉ lệ giảm đau hiệu quả. Trong khi đó, O'Neil và Aranha¹⁸ nhận xét rằng chiều dài tuyệt đối của miệng nối không quan trọng bằng việc ống tụy được dẫn lưu toàn bộ. Ống tụy phải được xẻ dọc từ đuôi tụy đến đầu tụy và móc tụy, việc lấy sạch sỏi cũng cần được đảm bảo. Phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi tuân thủ chặt chẽ việc dẫn lưu ống tụy toàn bộ và lấy sạch sỏi nhất có thể. Tuy nhiên, phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng gồm hai loại là phẫu thuật Frey và Partington mở rộng, và câu hỏi được đặt ra là liệu có loại phẫu thuật nào là tối ưu hơn không. Thời gian đầu của nghiên cứu, chúng tôi cố gắng sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng cho hầu hết trường hợp, do lo ngại về tỉ lệ biến chứng cao cũng như việc ảnh hưởng xấu đến chức năng tụy sau này của phẫu thuật Frey. Trong năm đầu của nghiên cứu, có 31/33 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật Partington mở rộng. Các trường hợp nhu mô đầu tụy dày cứng với sỏi nhiều chìm sâu trong nhu mô không phải hiếm. Với các trường hợp này, sau khi xẻ rộng OTC đến móc tụy, chúng tôi cố gắng xẻ ngay tại vị trí sỏi tồn để lấy sỏi kèm hoặc không kèm cắt vát nhu mô dọc đường xẻ OTC. Kết quả giảm đau sau 3 tháng của 31 bệnh nhân này khá thất vọng, với tỉ lệ giảm đau hiệu quả dưới 50%. Mặc dù cùng nhóm bệnh nhân này tỉ lệ giảm đau hiệu quả sau 6 tháng và 12 tháng đã cải thiện đáng kể, chúng tôi vẫn

đặt nghi vấn về khả năng lấy sạch sỏi của phẫu thuật Partington mở rộng. Trong giai đoạn sau của nghiên cứu, chúng tôi đã tăng cường sử dụng phẫu thuật Frey cho các trường hợp nhu mô tụy dày cứng, sỏi nhiều chìm sâu trong nhu mô mà nếu áp dụng phẫu thuật Partington mở rộng việc lấy sạch sỏi rất khó khăn. Điều này lí giải tại sao có sự khác biệt về thời gian theo dõi (nhóm Frey là 6 tháng so với 18 tháng của Partington mở rộng) và kích thước đầu tụy (nhóm Frey là 31,8 mm so với 28,7 mm của Partington mở rộng) giữa hai nhóm phẫu thuật. Thật vậy, tỉ lệ giảm đau hiệu quả sau 3 tháng của phẫu thuật Frey là 79% cao hơn đáng kể so với 31 bệnh nhân đầu tiên được thực hiện phẫu thuật Partington mở rộng. Sau khi chọn lọc lại các bệnh nhân phù hợp với phẫu thuật Partington mở rộng (nhu mô đầu tụy mềm mại, khả năng lấy hết sỏi dễ dàng), tỉ lệ giảm đau hiệu quả sau 3 tháng của toàn bộ nhóm phẫu thuật Partington mở rộng trong nghiên cứu đã cải thiện thành 60% (Biểu đồ 3.2). Điều này phản ánh yếu tố lấy sạch sỏi ảnh hưởng đáng kể đến kết quả giảm đau, nhất là giai đoạn sớm sau phẫu thuật. Và để đạt được việc lấy sạch sỏi, việc sử dụng có lựa chọn phẫu thuật Frey hoặc Partington mở rộng cho từng trường hợp rất quan trọng. Nghiên cứu cũng đã cho thấy tỉ lệ biến chứng, tiêu phân mỡ và đái tháo đường không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm phẫu thuật, phần nào xoa lấp những lo ngại trước đó của chúng tôi về phẫu thuật Frey.

Terrace và cs.¹¹² có báo cáo kết quả so sánh giữa phẫu thuật Partington và Frey, theo đó, kết quả giảm đau giữa hai phương pháp không có sự khác biệt (71% so với 64%). van der Gaag và cs.⁹ nhận thấy tỉ lệ các bệnh nhân phải phẫu thuật lại vì đau hoặc tắc mật tái phát ở nhóm Frey cao hơn so với nhóm Partington (30% so với 7%). Kempeneers và cs.⁵⁹ nhận thấy tỉ lệ biến chứng ở nhóm Frey cao hơn nhóm Partington mở rộng (21,4% so với 8,6%, $p=0,03$). Về kết quả lâu dài (trung bình 94 tháng theo dõi), không có sự khác biệt về điểm đau Izicki (35 so với 28) giữa phẫu thuật Frey và Partington mở rộng. Cả ba

tác giả Terrace, van der Gaag và Kempeneers đều cho rằng phẫu thuật Frey không cần thiết ở các bệnh nhân có kích thước đầu tụy “nhỏ”. Tuy nhiên, nhóm phẫu thuật Frey của họ bao gồm chủ yếu các bệnh nhân có khối viêm đầu tụy. Trái với các tác giả trên, chúng tôi cho rằng phẫu thuật Frey vẫn có thể áp dụng cho các bệnh nhân có kích thước đầu tụy bình thường, nhất là khi nhu mô đầu tụy dày cứng và sỏi nhiều chìm sâu trong nhu mô.

4.6. Kết quả chất lượng sống

Mặc dù đau là triệu chứng nổi bật nhất của viêm tụy mạn và là thước đo hiệu quả của các phương pháp điều trị, nó chỉ phản ánh một phương diện của chất lượng sống, bao gồm toàn bộ các khía cạnh của cảm xúc và chức năng trong cuộc sống hàng ngày. Cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân nên là mục tiêu cuối cùng của bất kì phương pháp điều trị viêm tụy mạn nào.⁹¹ Đa số các nghiên cứu bỏ sót chất lượng sống trong đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật. Adams và cs. trong nghiên cứu năm 1991 đã đề cập đến chất lượng sống trong viêm tụy mạn. Các tác giả này thành lập một thang điểm khá cụ thể dựa trên: nghiện opioid, nghiện rượu, nhập viện tái phát, phẫu thuật lại, bệnh đồng mắc, thất nghiệp, cảm nhận chủ quan về chất lượng sống.¹⁶ Tuy nhiên thang điểm của Adams không được tái sử dụng ở các nghiên cứu khác, và do đó, không có tính khả dụng. Năm 1995, Bloechle và cs.⁹¹ áp dụng thang điểm EORTC-QLQ, vốn để đánh giá các bệnh nhân ung thư, để đánh giá chất lượng sống ở các bệnh nhân viêm tụy mạn được phẫu thuật Beger. Các tác giả kết luận rằng thang điểm này có độ tin cậy cao, ổn định và đồng nhất với điểm đau và sự thay đổi cân nặng. Do đó, đây là một thang điểm có giá trị trong đánh giá chất lượng sống các bệnh nhân viêm tụy mạn. Tuy nhiên, thang điểm này phức tạp, có 50 câu hỏi trong đó có cả những câu hỏi điền khuyết, phân thành rất nhiều tiểu mục. Vì vậy, thang điểm EORTC-QLQ ít được ứng dụng trong lâm sàng. Một công cụ khác để đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân viêm

tụy mạn là SF-36, đã được báo cáo qua một số nghiên cứu.^{4,5,9,24} Bộ công cụ này bao gồm 36 câu hỏi, do đó, cũng khá tốn kém thời gian khi thực hiện. Để đơn giản hơn nữa việc đánh giá chất lượng sống, Pezzilli và cs. đã áp dụng SF-12 cho các bệnh nhân viêm tụy mạn, và so sánh công cụ này với SF-36 cũng như với EORTC-QLQ.^{92,93} SF-12 gồm 12 câu hỏi, khái quát được hai phương diện chính của sức khỏe: thể chất và tinh thần, và chỉ mất khoảng hai phút để hoàn thành khảo sát. Các tác giả này cho kết luận rằng SF-12 tương đương với hai bộ công cụ nêu trên, là một sự thay thế tốt để đánh giá chất lượng sống ở bệnh nhân viêm tụy mạn. Ngoài nhóm nghiên cứu của Pezzilli^{92,93} và Tustumi,⁹⁴ chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào sử dụng SF-12 cho các bệnh nhân viêm tụy mạn. Do tính đơn giản, tiết kiệm thời gian, chúng tôi sử dụng SF-12 trong nghiên cứu này để đánh giá hiệu quả trên chất lượng sống của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng.

Trong các nghiên cứu, chỉ có Cahen,^{4,5} Pothula Rajendra,²⁴ van der Gaag,⁹ và Tustumi⁹⁴ quan tâm đến chất lượng sống như là một kết cục chính của phẫu thuật, ba tác giả đầu sử dụng SF-36, trong khi tác giả sau sử dụng SF-12. Boerma¹¹¹ mặc dù có đề cập đến SF-36 trong đánh giá các kết quả, nhưng thực tế chỉ sử dụng câu hỏi đầu tiên liên quan đến chất lượng sống tổng thể mà bỏ qua các câu hỏi khác. Cahen báo cáo điểm chất lượng sống thể chất từ 35 trước phẫu thuật tăng thành 47 sau hai năm, và 48 sau năm năm theo dõi; điểm chất lượng sống tinh thần từ 37 trước phẫu thuật tăng thành 45 sau hai năm, và 48 sau năm năm. Các kết quả chất lượng sống sau phẫu thuật đều cải thiện rõ so với trước phẫu thuật, khác biệt có ý nghĩa thống kê.^{4,5} Pothula Rajendra báo cáo điểm chất lượng sống thể chất trước phẫu thuật là 25,5 tăng thành 78,2 sau một năm; và điểm chất lượng sống tinh thần từ 25,7 trước phẫu thuật tăng thành 75,2 sau một năm.²⁴ Chúng tôi không biết chính xác vì sao điểm chất lượng sống sau phẫu thuật của Cahen lại thấp hơn rõ so với của Pothula Rajendra,

mặc dù đặc điểm dân số nghiên cứu, phương pháp phẫu thuật gần như tương tự. Điều này có thể được lí giải là do tình trạng kinh tế xã hội khác nhau ở từng nước, do đó điểm chất lượng sống ở dân số chung cũng có thể khác nhau. Một ưu điểm của Pothula Rajendra và cs. là nhóm này có khảo sát chất lượng sống ở nhóm dân số bình thường, và đối chiếu với điểm chất lượng sống của dân số nghiên cứu, kết quả cho thấy chất lượng sống sau phẫu thuật của họ gần đạt với chất lượng sống của dân số chung.²⁴ van der Gaag báo cáo điểm SF-36 thể chất và tinh thần lần lượt là 42 và 47 sau trung bình 60 tháng phẫu thuật.⁹ Tustumi trong một nghiên cứu lâu dài các bệnh nhân viêm tụy mạn được phẫu thuật, báo cáo điểm SF-12 thể chất và tinh thần lần lượt là 42,7 và 49,8 sau trung bình 60 tháng theo dõi.⁹⁴ Cả nghiên cứu của van der Gaag và Tustumi đều có nhược điểm là phương pháp phẫu thuật không thuần nhất (nhiều loại phẫu thuật đã được sử dụng) và không có điểm chất lượng sống trước phẫu thuật.

Điểm SF-12 chung trước phẫu thuật và tại thời điểm kết thúc nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 42,9 và 75,4, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điểm chất lượng sống thể chất và tinh thần tại thời điểm kết thúc nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 79,2 và 76,7. Các kết quả của nghiên cứu này phần nào tương đồng với kết quả của Pothula Rajendra,²⁴ hơn là của Cahen,⁴ van der Gaag⁹ và Tustumi.⁹⁴ Về diễn tiến, Pothula Rajendra²⁴ nhận thấy chất lượng sống cải thiện nhanh sau 3 tháng và không đổi sau đó, đối với các bệnh nhân được phẫu thuật Frey của họ. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi lại cho thấy chất lượng sống cải thiện chậm trong 3 tháng đầu, chỉ sau 6 tháng, chất lượng sống mới đạt được tối ưu và không đổi sau đó.

4.7. Kết quả chức năng tụy và các triệu chứng khác

Suy chức năng tụy là một trong những biểu hiện chính của viêm tụy mạn bên cạnh đau, do đó yếu tố này cần được đánh giá khi xem xét hiệu quả của các phương pháp phẫu thuật. Dẫn lưu ống tụy được mong đợi giúp bảo tồn chức

năng tụy hơn so với không phẫu thuật và so với các phẫu thuật cắt tụy. Nealon⁷⁸ đã chỉ ra rằng phẫu thuật dẫn lưu ống tụy giúp làm chậm quá trình suy chức năng tụy. Tác giả này phân dân số nghiên cứu thành nhóm phẫu thuật và nhóm không phẫu thuật. Tác giả chú ý theo dõi những trường hợp suy chức năng nhẹ và trung bình. Sau thời gian theo dõi, tỉ lệ chuyển độ nặng ở nhóm phẫu thuật là 16%, thấp hơn đáng kể ở nhóm không phẫu thuật là 71%, với $p < 0,05$. Tỉ lệ tăng cân ở nhóm phẫu thuật là 87%, cũng cao hơn đáng kể so với nhóm không phẫu thuật (13%), với $p < 0,05$. Đây là một nghiên cứu khá nổi tiếng, chứng minh ưu điểm của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy trong việc bảo tồn chức năng tụy cũng như cải thiện cân nặng. Mặc dù đặc điểm ban đầu của nhóm phẫu thuật và không phẫu thuật tương tự nhau như Nealon đã nêu, tuy nhiên việc phân bổ nhóm đã không được thực hiện ngẫu nhiên. Izbicki và cs.¹²⁰ so sánh kết quả giữa phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng (Frey) với cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng (Beger). Sau theo dõi, tỉ lệ suy tụy ngoại tiết của nhóm phẫu thuật Frey thấp hơn so với nhóm phẫu thuật Beger (58 so với 83%). Tỉ lệ đái tháo đường sau phẫu thuật của nhóm phẫu thuật Frey cũng thấp hơn so với nhóm Beger (29 so với 37%). Tỉ lệ tăng cân ở nhóm dẫn lưu cũng cao hơn nhóm cắt tụy (81 so với 40%). Đây là một trong số ít các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng so sánh giữa phẫu thuật dẫn lưu mở rộng với cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng, cho thấy phẫu thuật dẫn lưu có ưu điểm hơn trong việc bảo tồn chức năng tụy. Sato và cs. trong một nghiên cứu về phẫu thuật Frey có kèm cắt đuôi tụy đã chỉ ra rằng việc cắt kèm đuôi tụy gây ảnh hưởng xấu đến chức năng tụy cả nội tiết lẫn ngoại tiết, so với phẫu thuật Frey đơn độc.¹¹⁸ Các nghiên cứu kể trên đã chỉ ra rằng việc phẫu thuật sớm và việc hạn chế cắt nhu mô tụy có ảnh hưởng tích cực lên chức năng tụy.

Suy tụy nội tiết đi đôi với giảm tiết insulin máu, đồng nghĩa với đái tháo đường (típ 3c). Đái tháo đường đã được thống nhất định nghĩa trong y văn:

đường huyết đói ≥ 126 mg/dl, đường huyết bất kì ≥ 200 mg/dl, hoặc đang sử dụng một phương pháp điều trị nhằm kiểm soát đường huyết.⁷³ Tuy nhiên suy tụy ngoại tiết vẫn chưa được thống nhất định nghĩa. Nealon⁷⁸ cũng như Izbicki¹²⁰ đều sử dụng những xét nghiệm phức tạp và đôi khi không cần thiết (các xét nghiệm hơi thở, nước tiểu) để xác định tình trạng suy tụy ngoại tiết. Pothula Rajendra định nghĩa suy tụy ngoại tiết dựa vào triệu chứng tiêu phân mỡ.²⁴ Sielezneff dựa vào: triệu chứng tiêu chảy, tiêu phân mỡ, và đang phải điều trị bổ sung men tụy.¹¹⁴ Pessaux dựa vào xét nghiệm mỡ trong phân.¹¹³ Boerma,¹¹¹ Delcore²¹ không có định nghĩa suy tụy ngoại tiết cụ thể. Cahen và cs. sử dụng xét nghiệm elastase trong phân để đánh giá tình trạng tụy ngoại tiết.^{4,5} Đây là một xét nghiệm chính xác, không bị ảnh hưởng bởi các điều trị bổ sung men tụy và gần như là thước đo chuẩn nhất đánh giá chức năng tụy ngoại tiết hiện tại. Ở bệnh viện Chợ Rẫy không có phương tiện để thực hiện xét nghiệm này. Do đó, chúng tôi sử dụng triệu chứng tiêu phân mỡ để phân nào đại diện cho suy tụy ngoại tiết. Chúng tôi định nghĩa đái tháo đường tương tự như trong y văn.⁷³

Sau phẫu thuật, tỉ lệ đái tháo đường không thay đổi nhiều so với trước phẫu thuật, thậm chí trong nghiên cứu có bốn trường hợp cải thiện chức năng tụy nội tiết sau phẫu thuật. Các tác giả Sakata,⁴⁸ Pothula Rajendra,²⁴ Falconi,⁸⁸ Cahen,^{4,5} và Boerma¹¹¹ cũng không thấy có sự thay đổi nhiều về tỉ lệ đái tháo đường sau phẫu thuật. Pothula Rajendra có 4 trường hợp thuyên giảm đái tháo đường sau phẫu thuật.²⁴ Falconi có 5 trường hợp tương tự như vậy.⁸⁸ Chỉ có báo cáo của van der Gaag nhận thấy chức năng tụy nội tiết suy giảm nhiều sau phẫu thuật, từ 18% trước phẫu thuật thành 57% sau phẫu thuật.⁹ Đối với triệu chứng tiêu phân mỡ, tỉ lệ sau phẫu thuật là 47,5%, cao hơn so với trước phẫu thuật (30,5%) nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Đa số các tác giả không thấy có sự tiến triển của suy tụy ngoại tiết sau phẫu thuật, ngoại trừ

Pothula Rajendra²⁴ từ 20% trước phẫu thuật tăng lên 32% sau phẫu thuật, Boerma¹¹¹ từ 36% trước phẫu thuật tăng lên 68% sau phẫu thuật, và van der Gaag⁹ từ 44% trước phẫu thuật thành 77% sau phẫu thuật. Nitesh và cs.¹³² nhận thấy phẫu thuật dẫn lưu ống tụy giúp bảo tồn chức năng nội tiết, tuy nhiên, tình trạng suy tụy ngoại tiết xảy ra nặng hơn sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng giúp bảo tồn chức năng tụy nội tiết. Trên lâm sàng, suy tụy nội tiết có ảnh hưởng nghiêm trọng hơn, có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như hôn mê nhiễm ceton, làm nặng các tình trạng nhiễm trùng, gây suy kiệt nặng; trong khi suy tụy ngoại tiết có thể dễ dàng kiểm soát bằng việc bổ sung các chế phẩm men tụy. Thực tế cả 3 bệnh nhân tử vong trong thời gian theo dõi của nghiên cứu này đều có đái tháo đường trước và sau phẫu thuật. Các bệnh nhân viêm tụy mạn sau phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy sẽ được bổ sung chế phẩm men tụy ngoại tiết thường quy. Buồn nôn và nôn, chán ăn, và sụt cân cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật, có thể là do tác động của giảm đau hiệu quả. Các tác giả Sakata,⁴⁸ Pothula Rajendra,²⁴ và Pessaux¹¹³ đều ghi nhận tình trạng cân nặng hoặc BMI cải thiện rõ sau phẫu thuật. Kết quả của nghiên cứu lại không thấy được điều này.

Phẫu thuật Frey bị lo ngại là sẽ ảnh hưởng đến chức năng nhiều hơn so với phẫu thuật Partington mở rộng, do khối lượng nhu mô tụy lấy ra nhiều hơn. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt nào về tỉ lệ tiêu phân mỡ và đái tháo đường, điều này cho thấy phẫu thuật Frey bảo tồn chức năng tụy tương đương với phẫu thuật Partington mở rộng. Hơn nữa, phẫu thuật Frey có tỉ lệ tăng cân cao hơn phẫu thuật Partington mở rộng (Bảng 3.11). van der Gaag⁹ phân tích thấy suy tụy nội tiết xuất hiện nhiều hơn sau mổ ở nhóm Frey so với nhóm Partington (70 so với 52%, $p < 0,1$), tuy nhiên không có sự khác biệt đối với suy tụy ngoại tiết (90 so với 81%). Kempeneers⁵⁹ và Terrace¹¹² không thấy có sự khác biệt về chức năng tụy giữa hai nhóm.

4.8. Xử trí tắc mật và nang giả

Tắc mật và nang giả là hai hình thái biến chứng thường gặp trong viêm tụy mạn, bên cạnh hai hình thái cơ bản là OTC giãn và khối viêm đầu tụy. Khi xuất hiện đồng thời với ống tụy giãn trên một bệnh nhân đau bụng, phẫu thuật được đặt ra để giải quyết tất cả các hình thái tổn thương hiện diện. Tình trạng tắc nghẽn đồng thời ống tụy và ống mật chủ ở bệnh nhân viêm tụy mạn không phải là hiếm. Mặc dù không phải là nguyên nhân gây đau,³⁸ nhưng tắc mật gây các biến chứng nguy hiểm khác là viêm đường mật cấp và xơ gan ứ mật.^{52,133,134} Prinz¹³³ báo cáo tỉ lệ tắc mật trong viêm tụy mạn là 26%. Huizinga và cs. thấy có 11 bệnh nhân cần phải dẫn lưu đồng thời ống tụy và đường mật trong 509 bệnh nhân viêm tụy mạn của họ.¹³⁵ Sugerman¹³⁴ báo cáo tỉ lệ này là 39%. Delcore và cs. báo cáo có 39% bệnh nhân của họ có giải áp mật đồng thời bằng nối túi mật- hồng tràng, nối ống mật chủ- hồng tràng, hoặc nối túi mật- tá tràng.²¹ Sielezneff và cs. báo cáo 32 trong tổng số 57 bệnh nhân cần nối ống mật chủ- hồng tràng đồng thời, sau phẫu thuật có 2 bệnh nhân tắc mật mới, một bệnh nhân phải phẫu thuật lại nối mật ruột, bệnh nhân còn lại điều trị nội soi đặt stent thành công.¹¹⁴ Falconi và cs. báo cáo 10 trong tổng số 40 bệnh nhân của họ phải nối ống mật chủ- hồng tràng.⁸⁸ Pothula Rajendra và cs. báo cáo 3 trong tổng số 25 bệnh nhân của họ có giãn ống mật chủ, tất cả đều được nối ống mật chủ- hồng tràng.²⁴ Các nghiên cứu kể trên đều ít đề cập đến kết quả sau giải áp đường mật, cụ thể là tỉ lệ tắc mật tái phát như thế nào.

Nối ống mật chủ- hồng tràng được xem là lựa chọn tốt nhất cho phẫu thuật giải áp đường mật. Nó giúp giảm tỉ lệ vàng da tái phát, hội chứng túi cùng, và viêm đường mật ngược dòng so với nối túi mật- hồng tràng hay nối ống mật chủ- tá tràng.^{50-52,136,137} Miệng nối mật ruột càng trở nên thuận tiện hơn khi quai Roux dùng để nối tụy ruột trước đó đang sẵn có. Túi mật nên được cắt trong trường hợp có miệng nối ống mật chủ- hồng tràng nhằm phòng ngừa tích tụ

thức ăn và viêm túi mật cấp.^{50,133,135} Izicki và cs. mô tả một phương pháp giải áp mật khác là tái lập ống mật chủ vào khoang tụy, hay nói cách khác, tạo đường hầm mật tụy. Một đường hầm giữa ống mật chủ và khoang tụy được tạo ra, mật theo đường hầm này đổ vào khoang tụy và hợp với dịch tụy để được dẫn lưu bởi quai nối tụy ruột bên bên. Izicki⁸⁹ báo cáo tỉ lệ thành công 100%. Tuy nhiên các bài báo gần đây lại cho thấy kĩ thuật này có tỉ lệ tắc mật tái phát cao. Rebibo báo cáo 2 trường hợp tắc mật tái phát trong tổng số 3 trường hợp tái lập ống mật chủ vào khoang tụy.¹³⁷ Merdrignac chỉ ra tỉ lệ tái phát là 60% ở nhóm tạo đường hầm mật tụy, so với chỉ 11% ở nhóm nối ống mật chủ- hồng tràng.¹³⁸ Trong một nghiên cứu số lượng lớn, Cataldegirmen rút ra tỉ lệ tái phát ở nhóm tái lập ống mật chủ là 18% so 2,3% của các kĩ thuật khác.¹³⁹ Một nghiên cứu khác của Ray và cs.¹⁴⁰ cũng cho thấy tạo đường hầm mật tụy có tỉ lệ tắc mật tái phát cao hơn nối ống mật chủ- hồng tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một trường hợp tắc mật tái phát trong 5 trường hợp tạo đường hầm mật tụy, và không trường hợp nào tái phát trong 3 trường hợp nối ống mật chủ- hồng tràng. Điểm quan trọng trong tạo đường hầm mật tụy là nhu mô tụy xung quanh đường hầm phải được lấy đi càng nhiều càng tốt. Khoét nhu mô đầu tụy theo đường cong lõm đến lòng ống tụy là kĩ thuật Frey tiêu chuẩn. Do lo ngại thủng ra mật sau đầu tụy, một số phẫu thuật viên chỉ khoét nhu mô đầu tụy theo đường chéo vát xuống lòng ống tụy, kĩ thuật này để lại nhu mô đầu tụy khá nhiều, và có thể gây tắc mật tái phát khi thực hiện đường hầm mật tụy. Phương pháp tạo đường hầm mật tụy đơn giản, tiết kiệm thời gian, không cần thiết cắt túi mật hay thêm một miệng nối mật ruột.

Nang giả được hình thành do sự rò rỉ dịch tụy từ các ống tụy tắc nghẽn. Khác với tắc mật, nang giả là một nguyên nhân gây đau trong viêm tụy mạn.⁵³ Delcore báo cáo có 3 trường hợp trong 28 bệnh nhân (11%) có nang giả tụy, tất cả đều được lồng vào đường xẻ ống tụy.²¹ Paye và cs. báo cáo 5 trường hợp

nang giả tụy, 3 trường hợp nối nang vào quai Roux, 2 trường hợp nối vào tá tràng.²² Falconi báo cáo tỉ lệ nang giả là 22,5%, tất cả nằm ở đầu tụy và đều được mở thông vào đường xẻ tụy.⁸⁸ Nealon và cs. cho rằng chỉ cần thực hiện dẫn lưu ống tụy là đủ để nang giả trong viêm tụy mạn tự thoái lui.¹⁴¹ Theo chúng tôi, các nang giả nên được xử trí triệt để trong phẫu thuật để tránh là nguyên nhân gây đau tái phát sau này. Các nang có thể dễ dàng lồng vào đường xẻ OTC trong tất cả các trường hợp. Việc cắt tụy kèm nang nên tránh thực hiện vì sẽ gây ảnh hưởng đến chức năng tụy sau này.¹¹⁸ Có một trường hợp có nang đầu tụy và nang lớn đuôi tụy (kích thước 10cm), chúng tôi thực hiện lồng nang đầu tụy vào đường xẻ OTC và cắt đuôi tụy- lách kèm nang đuôi tụy (Hình 3.7). Đây là trường hợp hiếm hoi chúng tôi phải cắt tụy do nang quá lớn ở đuôi tụy. Sau phẫu thuật, qua kiểm tra trên siêu âm hoặc CLVT, không có trường hợp nào tái phát nang giả.

Ưu và nhược điểm của nghiên cứu

Nghiên cứu này được thiết kế tiền cứu. Quy trình nghiên cứu được kiểm soát chặt chẽ, nhất là quy trình phẫu thuật. Các biến số được kiểm soát kỹ hạn chế việc sai lệch hoặc thiếu dữ liệu. Các bệnh nhân được nhắc nhở tái khám thường xuyên hạn chế việc mất theo dõi. Chúng tôi đánh giá đau bằng thang điểm Izbicki, một thang điểm chi tiết bao gồm cả các yếu tố chủ quan và khách quan và đã được chuyên biệt hóa cho bệnh lý viêm tụy mạn, đảm bảo tính chính xác và độ tin cậy. Chúng tôi định nghĩa giảm đau hiệu quả và giảm đau hoàn toàn dựa trên sự thay đổi điểm Izbicki, và xếp các bệnh nhân mất dấu hoặc tử vong vào nhóm giảm đau thất bại.⁴ Chất lượng sống được đánh giá bằng bộ câu hỏi SF-12, một công cụ đã được chứng minh là súc tích, chính xác, đáng tin cậy, tiết kiệm thời gian, và chuyên biệt hóa cho viêm tụy mạn. Đặc điểm mẫu nghiên cứu này khá thuần nhất, chỉ gồm các bệnh nhân có kích thước đầu tụy bình thường. Cỡ mẫu của nghiên cứu là 59, tương đối lớn so với các nghiên

cứu khác^{4,21,22,24,48,87,88,111,112,114} có cỡ mẫu từ 20 đến 57. Nghiên cứu này đã trả lời các câu hỏi nghiên cứu được đặt ra trước đó: phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng là an toàn, mang lại hiệu quả giảm đau và chất lượng sống xuất sắc. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phần nào trả lời câu hỏi khi nào sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng, khi nào dùng phẫu thuật Frey, dựa theo kết quả trung hạn tốt của việc sử dụng có lựa chọn từng phương pháp.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn nhiều nhược điểm. Nhược điểm lớn nhất của nghiên cứu này là chưa đánh giá được chức năng tụy ngoại tiết. Chúng tôi sử dụng triệu chứng tiêu phân mỡ, đây là triệu chứng được mô tả bởi bệnh nhân và có thể sai lệch do yếu tố chủ quan. Xét nghiệm elastase-1 trong phân là xét nghiệm đơn giản và chính xác nhất để đánh giá chức năng tụy ngoại tiết, đã được nhiều nghiên cứu áp dụng.^{3-5,59} Chúng tôi chưa có sẵn xét nghiệm này, do đó chưa thể đánh giá chính xác chức năng tụy ngoại tiết. Các nghiên cứu về viêm tụy mạn trong tương lai cần có xét nghiệm này để chuẩn hóa việc đánh giá chức năng tụy ngoại tiết. Thời gian theo dõi trung vị của nghiên cứu là 16 tháng, khá ngắn so với các nghiên cứu khác^{5,21,22,24,48,87,88,111,112,114,117} có thời gian theo dõi từ 12 tháng đến 7 năm. Một số bệnh nhân không sẵn sàng đi tái khám buộc chúng tôi phỏng vấn qua điện thoại và có thể không đảm bảo tính khách quan so với việc để bệnh nhân tự trả lời vào bộ câu hỏi trắc nghiệm in sẵn. Nghiên cứu này được thiết kế với chỉ một nhóm bệnh nhân, nên bất cứ so sánh hay mối liên quan nào được nêu ra trong phần kết quả có thể không chính xác. Ngoài ra, nhược điểm khác của nghiên cứu là không đánh giá được độ cứng nhu mô trước mổ dẫn đến việc phải xác định trong mổ khả năng lấy sạch sỏi khiến cho việc lựa chọn phương pháp Partington mở rộng hay Frey mang tính chủ quan. Tuy nhiên, việc xác định độ cứng nhu mô tụy dựa vào CLVT có thể không chính xác vì có những trường hợp CLVT sỏi nằm gọn trong ống tụy vùng đầu tụy và nhu mô tụy đồng đậm

độ gợi ý sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng nhưng khi phẫu thuật thì nhu mô tụy rất cứng và sỏi găm sâu vào nhu mô khiến phải thực hiện phẫu thuật Frey. Trong tương lai việc sử dụng CHTMT hoặc siêu âm ngả nội soi để xác định độ cứng nhu mô tụy nhằm áp dụng cho việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật có thể được xem xét.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu này là một nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, trên đối tượng là các bệnh nhân đau bụng do viêm tụy mạn có ống tụy giãn và kích thích đầu tụy bình thường, được điều trị bằng phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng. Số lượng mẫu nghiên cứu là 59 trường hợp, với thời gian theo dõi trung vị là 16 tháng. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 11/2021 đến tháng 11/2023. Địa điểm thực hiện nghiên cứu tại khoa Ngoại gan mật tụy, bệnh viện Chợ Rẫy. Các kết quả của nghiên cứu này được chỉ ra như sau:

1. Tỷ lệ tai biến, biến chứng, và tử vong của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng

- Không có tai biến trong phẫu thuật.
- Tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật thấp, chiếm 8,5%, có một trường hợp phẫu thuật lại do chảy máu vị trí xẻ ống tụy tại cổ tụy.
- Không có tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật.

2. Kết quả trung hạn của phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng

- Kết quả giảm đau xuất sắc: tỷ lệ giảm đau hiệu quả và hoàn toàn lần lượt là 84,8% và 57,6%. Điểm đau Izbicki giảm đáng kể so với trước phẫu thuật.
- Kết quả cải thiện chất lượng sống xuất sắc: điểm chất lượng sống SF-12 tăng đáng kể so với trước phẫu thuật.
- Triệu chứng tiêu phân mỡ và đái tháo đường ít thay đổi so với trước phẫu thuật. Các triệu chứng buồn nôn- nôn, chán ăn, sụt cân cải thiện rõ so với trước phẫu thuật. Cân nặng, BMI, tiêu chảy không thay đổi so với trước phẫu thuật.

KIẾN NGHỊ

Từ các kết quả nghiên cứu, chúng tôi xin được phép đưa ra các kiến nghị sau:

- Phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng nên được áp dụng cho các trường hợp đau do viêm tụy mạn có ống tụy giãn và kích thích đau tụy bình thường, thay thế cho phẫu thuật Partington cổ điển.

- Nên sử dụng có lựa chọn phẫu thuật Frey hoặc Partington mở rộng, dựa vào khả năng lấy sạch sỏi đầu tụy (nhu mô đầu tụy cứng chắc, sỏi nhiều chìm sâu trong nhu mô sẽ phù hợp với phẫu thuật Frey).

- Các nghiên cứu tiếp theo về viêm tụy mạn cần được chuẩn hóa trong việc đánh giá chức năng tụy bằng các xét nghiệm elastase-1 trong phân, định lượng mỡ trong phân, insulin máu, C-peptid máu, và xem xét đánh giá độ cứng nhu mô đầu tụy bằng cộng hưởng từ hoặc siêu âm ngả nội soi để định hướng phương pháp phẫu thuật trước mổ.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN

1. Mai DN, Nguyen QV, Phan MT, Doan TM. Extended Partington procedure for chronic pancreatitis: One-year follow-up results. *Formos. J. Surg.* 2024; 57(3): 106-110.
2. Mai DN, Phan MT, Nguyen QV, Doan TM. Surgical treatment for chronic pancreatitis with a normal-sized pancreatic head and a dilated duct: Frey or extended Partington procedure? *Cureus.* 2024; 16(6): e61881.
3. Mai DN, Nguyen QV, Phan MT, Doan TM. Surgical treatment for biliary obstruction in patients with painful chronic pancreatitis and a dilated duct: choledochojejunostomy or biliopancreatic tunneling? *MedPharmRes.* Accepted for publication on May 23, 2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Drewes AM, Bouwense SAW, Campbell CM, et al. Guidelines for the understanding and management of pain in chronic pancreatitis. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al.* 2017;17(5):720-731. doi:10.1016/j.pan.2017.07.006
2. L  hr JM, Dominguez-Munoz E, Rosendahl J, et al. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). *United Eur Gastroenterol J.* 2017;5(2):153-199. doi:10.1177/2050640616684695
3. Issa Y, Kempeneers MA, Bruno MJ, et al. Effect of Early Surgery vs Endoscopy-First Approach on Pain in Patients With Chronic Pancreatitis: The ESCAPE Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2020;323(3):237-247. doi:10.1001/jama.2019.20967
4. Cahen DL, Gouma DJ, Nio Y, et al. Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis. *N Engl J Med.* 2007;356(7):676-684. doi:10.1056/NEJMoa060610
5. Cahen DL, Gouma DJ, Laram  e P, et al. Long-term outcomes of endoscopic vs surgical drainage of the pancreatic duct in patients with chronic pancreatitis. *Gastroenterology.* 2011;141(5):1690-1695. doi:10.1053/j.gastro.2011.07.049
6. Hackert T, Neoptolemos J, Buchler M. Management of chronic pancreatitis: Conservative, endoscopic, surgical. In: Jarnagin WR, Allen P, Chapman WHH, D'Angelica M, DeMatteo RP, eds. *Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas.* Seventh. Elsevier; 2023:831-841.
7. Zafar HB. Surgical Management of Chronic Pancreatitis: A Systemic Review. *Cureus.* 2023;15. doi:10.7759/cureus.35806
8. Mann O, Izbicki JR. Customized surgical strategy in chronic pancreatitis. *Scand J Surg SJS Off Organ Finn Surg Soc Scand Surg Soc.* 2005;94(2):154-160. doi:10.1177/145749690509400212
9. van der Gaag NA, van Gulik TM, Busch ORC, et al. Functional and medical outcomes after tailored surgery for pain due to chronic pancreatitis. *Ann Surg.* 2012;255(4):763-770. doi:10.1097/SLA.0b013e31824b7697

10. Isaji S. Has the Partington procedure for chronic pancreatitis become a thing of the past? A review of the evidence. *J Hepato-Biliary-Pancreat Sci.* 2010;17(6):763-769. doi:10.1007/s00534-009-0181-8
11. Mai Đại Ngà, Nguyễn Quốc Vinh, Đoàn Tiến Mỹ, Lê Trường Chiến. Đặc điểm hình thái tổn thương những trường hợp viêm tụy mạn được điều trị ngoại khoa. *Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh.* 2018;22(2).
12. Prinz RA, Gaffud M, Edwards M. Pancreatic Duct Drainage Procedures. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, Rau BM, Sunamura M, Schulick RD, eds. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy.* Springer; 2008:387-398. doi:10.1007/978-3-540-28656-1_42
13. Duval MK. Caudal pancreatico-jejunostomy for chronic relapsing pancreatitis. *Ann Surg.* 1954;140(6):775-785. doi:10.1097/00000658-195412000-00001
14. Puestow CB, Gillesby WJ. Retrograde surgical drainage of pancreas for chronic relapsing pancreatitis. *AMA Arch Surg.* 1958;76(6):898-907. doi:10.1001/archsurg.1958.01280240056009
15. Partington PF, Rochelle RE. Modified Puestow procedure for retrograde drainage of the pancreatic duct. *Ann Surg.* 1960;152:1037-1043. doi:10.1097/00000658-196012000-00015
16. Adams DB, Ford MC, Anderson MC. Outcome after lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis. *Ann Surg.* 1994;219(5):481-487; discussion 487-489. doi:10.1097/00000658-199405000-00006
17. Prinz RA, Aranha GV, Greenlee HB. Redrainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis. *Am J Surg.* 1986;151(1):150-156. doi:10.1016/0002-9610(86)90025-5
18. O'Neil SJ, Aranha GV. Lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis. *World J Surg.* 2003;27(11):1196-1202. doi:10.1007/s00268-003-7238-7
19. Gouma DJ, Bornman PC. Surgery for chronic pancreatitis: pancreatic duct drainage procedures. In: Adams DB, Cotton PB, Zyromsky NJ, Windsor J, eds. *Pancreatitis.* John Wiley & Sons, Ltd; 2017:273-278. doi:10.1002/9781118924907.ch16d

20. Nealon WH. Enteric Ductal Drainage for Chronic Pancreatitis. In: CLAVIEN PA, Sarr MG, Fong Y, Miyazaki M, eds. *Atlas of Upper Gastrointestinal and Hepato-Pancreato-Biliary Surgery*. Springer; 2016:821-829. doi:10.1007/978-3-662-46546-2_89
21. Delcore R, Rodriguez FJ, Thomas JH, Forster J, Hermreck AS. The role of pancreatojejunostomy in patients without dilated pancreatic ducts. *Am J Surg*. 1994;168(6):598-601; discussion 601-602. doi:10.1016/s0002-9610(05)80129-1
22. Paye F, Nicoluzzi E, Calicis B, Balladur P, Tiret E, Parc R. Influence de l'obstruction canalaire résiduelle sur les résultats de la dérivation pancréatico-jéjunale dans la pancréatite chronique. *Gastroenterol Clin Biol*. 2001;25(8-9):755-760.
23. Ho HS, Frey CF. The Frey procedure: local resection of pancreatic head combined with lateral pancreatojejunostomy. *Arch Surg Chic Ill 1960*. 2001;136(12):1353-1358. doi:10.1001/archsurg.136.12.1353
24. Pothula Rajendra VK, Sivanpillay Mahadevan S, Parvathareddy SR, et al. Frey's pancreatojejunostomy in tropical pancreatitis: assessment of quality of life. A prospective study. *World J Surg*. 2014;38(12):3235-3247. doi:10.1007/s00268-014-2732-7
25. González J, Ayala D, Caballero N, Rey Chaves CE, Conde D, Sabogal Olarte JC. Outcomes after Frey's procedure for chronic pancreatitis: a 8-year single-center experience in Colombia. *BMC Surg*. 2022;22(1):424. doi:10.1186/s12893-022-01839-x
26. Kempeneers MA, Issa Y, Ali UA, et al. International consensus guidelines for surgery and the timing of intervention in chronic pancreatitis. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al*. 2020;20(2):149-157. doi:10.1016/j.pan.2019.12.005
27. Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang, Ngô Khánh Hoà. Kết quả sớm của phẫu thuật Partington-Rochelle điều trị viêm tụy mạn. *J 108 - Clin Med Phamarcy*. Published online February 28, 2023. doi:10.52389/ydls.v18i2.1747
28. Lê Cẩm Linh, Nguyễn Hồng Trang, Nguyễn Thị Hiền, Đỗ Sỹ Long, Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân viêm

tụy mạn sau phẫu thuật nối tụy ruột. *J 108 - Clin Med Phamarcy*. Published online December 6, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i7.902

29. Huỳnh Thanh Long, Nguyễn Mạnh Khiêm, Phạm Hồng Nam, Ngô Minh Hiếu, Đặng Trần Ngọc Thanh, Nguyễn Minh Châu. Kết quả bước đầu của phẫu thuật Frey trong điều trị viêm tụy mãn có dẫn ống tụy tại khoa Ngoại tổng hợp tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2022;514(1). doi:10.51298/vmj.v514i1.2501
30. Phạm Hữu Thiện Chí, Đoàn Tiến Mỹ, Phan Minh Trí, Lê Công Khánh, Nguyễn Đình Tam, Đồng Ngọc Quang. Kết quả sớm phẫu thuật Partington-Rochelle trong điều trị sỏi tụy. *Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2018;22(5):209-214.
31. Skandalakis LJ, Skandalakis JE. Pancreas. In: Skandalakis LJ, Skandalakis JE, eds. *Surgical Anatomy and Technique: A Pocket Manual*. Springer; 2014:361-403. doi:10.1007/978-1-4614-8563-6_9
32. Gosling JA, Harris PF, Humpherson JR, Whitmore I, Willan PLT. Abdomen. In: *Human Anatomy, Color Atlas and Textbook*. 6th ed. ; 2017:135-212.
33. Skandalakis LJ, Skandalakis JE. Duodenum. In: Skandalakis LJ, Skandalakis JE, eds. *Surgical Anatomy and Technique: A Pocket Manual*. Springer; 2014:345-360. doi:10.1007/978-1-4614-8563-6_8
34. Frey CF, Smith GJ. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis. *Pancreas*. 1987;2(6):701-707. doi:10.1097/00006676-198711000-00014
35. Fisher WE, Andersen DK, Windsor JA, Dudeja V, Brunicaudi FC. Pancreas. In: Brunicaudi FC, Andersen DK, Billiar TR, et al., eds. *Schwartz's Principles of Surgery*. 11th ed. McGraw-Hill Education; 2019.
36. Etemad B, Whitcomb DC. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology*. 2001;120(3):682-707. doi:10.1053/gast.2001.22586
37. Di Sebastiano P, Di Mola FF. Mechanisms of Pain in Chronic Pancreatitis. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, Rau BM, Sunamura M, Schulick RD, eds. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy*. Springer; 2008:295-299. doi:10.1007/978-3-540-28656-1_33

38. Kahl S, Zimmermann S, Genz I, et al. Biliary strictures are not the cause of pain in patients with chronic pancreatitis. *Pancreas*. 2004;28(4):387-390. doi:10.1097/00006676-200405000-00006
39. Bouwense SAW, de Vries M, Schreuder LTW, et al. Systematic mechanism-orientated approach to chronic pancreatitis pain. *World J Gastroenterol*. 2015;21(1):47-59. doi:10.3748/wjg.v21.i1.47
40. Ammann RW. The natural history of alcoholic chronic pancreatitis. *Intern Med Tokyo Jpn*. 2001;40(5):368-375. doi:10.2169/internalmedicine.40.368
41. Domínguez-Muñoz JE. Natural Course of Chronic Pancreatitis. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, Rau BM, Sunamura M, Schulick RD, eds. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy*. Springer; 2008:301-309. doi:10.1007/978-3-540-28656-1_34
42. Göttl P, Murillo K, Simsek O, et al. Impact of alcohol and smoking cessation on the course of chronic pancreatitis. *Alcohol Fayettev N*. 2024;119:29-35. doi:10.1016/j.alcohol.2023.11.006
43. Malka D, Hammel P, Sauvanet A, et al. Risk factors for diabetes mellitus in chronic pancreatitis. *Gastroenterology*. 2000;119(5):1324-1332. doi:10.1053/gast.2000.19286
44. Beger HG, Büchler M. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis with inflammatory mass in the head. *World J Surg*. 1990;14(1):83-87. doi:10.1007/bf01670550
45. Beger HG, Gansauge F, Schwarz M, Poch B. Chronic Pancreatitis: Inflammatory Mass in the Head of the Pancreas — Pacemaker of Chronic Pancreatitis. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, Rau BM, Sunamura M, Schulick RD, eds. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy*. Springer; 2008:311-317. doi:10.1007/978-3-540-28656-1_35
46. Tandan M, Talukdar R, Reddy DN. Management of Pancreatic Calculi: An Update. *Gut Liver*. 2016;10(6):873-880. doi:10.5009/gnl15555
47. Strobel O, Büchler MW, Werner J. Surgical therapy of chronic pancreatitis: indications, techniques and results. *Int J Surg Lond Engl*. 2009;7(4):305-312. doi:10.1016/j.ijssu.2009.05.011

48. Sakata N, Egawa S, Motoi F, et al. How much of the pancreatic head should we resect in Frey's procedure? *Surg Today*. 2009;39(2):120-127. doi:10.1007/s00595-008-3816-5
49. Keck T, Marjanovic G, Fernandez-del Castillo C, et al. The inflammatory pancreatic head mass: significant differences in the anatomic pathology of German and American patients with chronic pancreatitis determine very different surgical strategies. *Ann Surg*. 2009;249(1):105-110. doi:10.1097/SLA.0b013e31818ef078
50. Frey CF, Suzuki M, Isaji S. Treatment of chronic pancreatitis complicated by obstruction of the common bile duct or duodenum. *World J Surg*. 1990;14(1):59-69. doi:10.1007/bf01670547
51. Abdallah AA, Krige JEJ, Bornman PC. Biliary tract obstruction in chronic pancreatitis. *HPB*. 2007;9(6):421-428. doi:10.1080/13651820701774883
52. Vijungco JD, Prinz RA. Management of biliary and duodenal complications of chronic pancreatitis. *World J Surg*. 2003;27(11):1258-1270. doi:10.1007/s00268-003-7246-7
53. Grützmann R, Saeger HD. Surgical Treatment of Pseudocysts in Chronic Pancreatitis. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, Rau BM, Sunamura M, Schulick RD, eds. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy*. Springer; 2008:459-475. doi:10.1007/978-3-540-28656-1_48
54. Whitcomb DC, Shimosegawa T, Chari ST, et al. International consensus statements on early chronic Pancreatitis. Recommendations from the working group for the international consensus guidelines for chronic pancreatitis in collaboration with The International Association of Pancreatology, American Pancreatic Association, Japan Pancreas Society, PancreasFest Working Group and European Pancreatic Club. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP AP*. Published online May 21, 2018. doi:10.1016/j.pan.2018.05.008
55. Ito T, Ishiguro H, Ohara H, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for chronic pancreatitis 2015. *J Gastroenterol*. 2016;51(2):85-92. doi:10.1007/s00535-015-1149-x
56. Homma T, Harada H, Koizumi M. Diagnostic criteria for chronic pancreatitis by the Japan Pancreas Society. *Pancreas*. 1997;15(1):14-15. doi:10.1097/00006676-199707000-00002

57. Büchler MW, Martignoni ME, Friess H, Malfertheiner P. A proposal for a new clinical classification of chronic pancreatitis. *BMC Gastroenterol.* 2009;9:93. doi:10.1186/1471-230X-9-93
58. Mönkemüller KE, Malfertheiner P. Chapter 57 - Etiology, pathogenesis, and diagnosis of chronic pancreatitis. In: Jarnagin WR, ed. *Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas, 2-Volume Set (Sixth Edition)*. Elsevier; 2017:911-926.e3. doi:10.1016/B978-0-323-34062-5.00057-1
59. Kempeneers MA, van Hemert AKE, van der Hoek M, et al. Short- and long-term outcomes of selective use of Frey or extended lateral pancreaticojejunostomy in chronic pancreatitis. *Br J Surg.* 2022;109(4):363-371. doi:10.1093/bjs/znac473
60. Schneider A, Löhr JM, Singer MV. The M-ANNHEIM classification of chronic pancreatitis: introduction of a unifying classification system based on a review of previous classifications of the disease. *J Gastroenterol.* 2007;42(2):101-119. doi:10.1007/s00535-006-1945-4
61. Baker MS, Matthews JB. Chronic Pancreatitis. In: Zinner MJ, Ashley SW, Hines OJ, eds. *Maingot's Abdominal Operations*. 13th ed. McGraw-Hill Education; 2019.
62. Czeyda-Pommersheim F, Kalb B, Martin D. Imaging of chronic pancreatitis. In: *Pancreatitis*. John Wiley & Sons, Ltd; 2017:179-187. doi:10.1002/9781118924907.ch13a
63. Frøkjær JB, Akisik F, Farooq A, et al. Guidelines for the Diagnostic Cross Sectional Imaging and Severity Scoring of Chronic Pancreatitis. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al.* 2018;18(7):764-773. doi:10.1016/j.pan.2018.08.012
64. Matsumoto T, Tanaka G, Mori S, et al. A resected case of pancreatic head cancer developing 40 years after lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis. *Clin J Gastroenterol.* 2024;17(3):537-542. doi:10.1007/s12328-024-01924-z
65. Schima W, Böhm G, Rösch CS, Klaus A, Függer R, Kopf H. Mass-forming pancreatitis versus pancreatic ductal adenocarcinoma: CT and MR imaging for differentiation. *Cancer Imaging.* 2020;20(1):52. doi:10.1186/s40644-020-00324-z

66. Tong T, Gu J, Xu D, et al. Deep learning radiomics based on contrast-enhanced ultrasound images for assisted diagnosis of pancreatic ductal adenocarcinoma and chronic pancreatitis. *BMC Med.* 2022;20(1):74. doi:10.1186/s12916-022-02258-8
67. Le Cosquer G, Maulat C, Bournet B, Cordelier P, Buscail E, Buscail L. Pancreatic Cancer in Chronic Pancreatitis: Pathogenesis and Diagnostic Approach. *Cancers.* 2023;15(3):761. doi:10.3390/cancers15030761
68. Kalayarasan R, Narayanan S, Sahoo J, Mohan P. Impact of surgery for chronic pancreatitis on the risk of pancreatic cancer: Untying the Gordian knot. *World J Gastroenterol.* 2021;27(27):4371-4382. doi:10.3748/wjg.v27.i27.4371
69. Ruan Z, Jiao J, Min D, et al. Multi-modality imaging features distinguish pancreatic carcinoma from mass-forming chronic pancreatitis of the pancreatic head. *Oncol Lett.* 2018;15(6):9735-9744. doi:10.3892/ol.2018.8545
70. Perumal S, Palaniappan R, Pillai SA, Velayutham V, Sathyanesan J. Predictors of malignancy in chronic calcific pancreatitis with head mass. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5(4):97-103. doi:10.4240/wjgs.v5.i4.97
71. Bedi MMS, Gandhi MD, Jacob G, Lekha V, Venugopal A, Ramesh H. CA 19-9 to differentiate benign and malignant masses in chronic pancreatitis: is there any benefit? *Indian J Gastroenterol Off J Indian Soc Gastroenterol.* 2009;28(1):24-27. doi:10.1007/s12664-009-0005-4
72. Ahmed Ali U, Issa Y, Bruno MJ, et al. Early surgery versus optimal current step-up practice for chronic pancreatitis (ESCAPE): design and rationale of a randomized trial. *BMC Gastroenterol.* 2013;13:49. doi:10.1186/1471-230X-13-49
73. Dominguez-Munoz JE, Drewes AM, Lindkvist B, et al. Recommendations from the United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al.* 2018;18(8):847-854. doi:10.1016/j.pan.2018.09.016
74. Ahmed A, Shah I, Bocchino R, Freedman SD, Kothari DJ, Sheth SG. Natural history, clinical characteristics, outcomes, and long-term follow-up of pain-free chronic pancreatitis. *Gastroenterol Rep.* 2023;11:goad024. doi:10.1093/gastro/goad024

75. Kitano M, Gress TM, Garg PK, et al. International consensus guidelines on interventional endoscopy in chronic pancreatitis. Recommendations from the working group for the international consensus guidelines for chronic pancreatitis in collaboration with the International Association of Pancreatology, the American Pancreatic Association, the Japan Pancreas Society, and European Pancreatic Club. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al.* 2020;20(6):1045-1055. doi:10.1016/j.pan.2020.05.022
76. Beger HG, Poch B. Indication to Surgical Treatment of Chronic Pancreatitis. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, Rau BM, Sunamura M, Schulick RD, eds. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy*. Springer; 2008:381-385. doi:10.1007/978-3-540-28656-1_41
77. Bornman PC, Gouma DJ, Krige JEJ. Surgery for chronic pancreatitis: indications and timing of surgery. In: *Pancreatitis*. John Wiley & Sons, Ltd; 2017:261-264. doi:10.1002/9781118924907.ch16b
78. Nealon WH, Thompson JC. Progressive loss of pancreatic function in chronic pancreatitis is delayed by main pancreatic duct decompression. A longitudinal prospective analysis of the modified puestow procedure. *Ann Surg.* 1993;217(5):458-466; discussion 466-468. doi:10.1097/00000658-199305010-00005
79. Ma KW, So H, Shin E, et al. Endoscopic versus Surgical Intervention for Painful Obstructive Chronic Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2021;10(12):2636. doi:10.3390/jcm10122636
80. Kempeneers MA, Issa Y, Bruno MJ, et al. Cost-effectiveness of Early Surgery Versus Endoscopy-first Approach for Painful Chronic Pancreatitis in the ESCAPE Trial. *Ann Surg.* 2023;277(4):e878-e884. doi:10.1097/SLA.0000000000005240
81. van Veldhuisen CL, Kempeneers MA, de Rijk FEM, et al. Long-Term Outcomes of Early Surgery vs Endoscopy First in Chronic Pancreatitis: Follow-Up Analysis of the ESCAPE Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* Published online November 20, 2024:e245182. doi:10.1001/jamasurg.2024.5182
82. Whipple AO. Radical surgery for certain cases of pancreatic fibrosis associated with calcareous deposits. *Ann Surg.* 1946;124(6):991-1008.

83. Gloor B, Friess H, Uhl W, Büchler MW. A modified technique of the Beger and Frey procedure in patients with chronic pancreatitis. *Dig Surg*. 2001;18(1):21-25. doi:10.1159/000050092
84. Ashraf H, Colombo JP, Marcucci V, et al. A Clinical Overview of Acute and Chronic Pancreatitis: The Medical and Surgical Management. *Cureus*. 2021;13. doi:10.7759/cureus.19764
85. Murruste M, Kirsimägi Ü, Kase K, Veršinina T, Talving P, Lepner U. Complications of chronic pancreatitis prior to and following surgical treatment: A proposal for classification. *World J Clin Cases*. 2022;10(22):7808-7824. doi:10.12998/wjcc.v10.i22.7808
86. Markowitz JS, Rattner DW, Warshaw AL. Failure of symptomatic relief after pancreaticojejunal decompression for chronic pancreatitis. Strategies for salvage. *Arch Surg Chic Ill 1960*. 1994;129(4):374-379; discussion 379-380. doi:10.1001/archsurg.1994.01420280044006
87. Cooper MA, Makary MA, Ng J, et al. Extent of pancreatic fibrosis as a determinant of symptom resolution after the Frey procedure: a clinico-pathologic analysis. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. 2013;17(4):682-687. doi:10.1007/s11605-012-2110-4
88. Falconi M, Bassi C, Casetti L, et al. Long-term results of Frey's procedure for chronic pancreatitis: a longitudinal prospective study on 40 patients. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. 2006;10(4):504-510. doi:10.1016/j.gassur.2005.09.011
89. Izbicki JR, Bloechle C, Broering DC, Broelsch CE. Reinsertion of the distal common bile duct into the resection cavity during duodenum-preserving resection of the head of the pancreas for chronic pancreatitis. *Br J Surg*. 1997;84(6):791-792. doi:10.1046/j.1365-2168.1997.02661.x
90. Abe Y, Kumamoto T, Nakayama G, et al. A case of triple digestive tract reconstruction in chronic pancreatitis complicated with bile ductal stenosis, duodenal stenosis, and portal vein stenosis: a case report. *Surg Case Rep*. 2020;6(1):116. doi:10.1186/s40792-020-00872-3
91. Bloechle C, Izbicki JR, Knoefel WT, Kuechler T, Broelsch CE. Quality of life in chronic pancreatitis--results after duodenum-preserving resection of the head of the pancreas. *Pancreas*. 1995;11(1):77-85. doi:10.1097/00006676-199507000-00008

92. Pezzilli R, Morselli-Labate AM, Frulloni L, et al. The quality of life in patients with chronic pancreatitis evaluated using the SF-12 questionnaire: a comparative study with the SF-36 questionnaire. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver*. 2006;38(2):109-115. doi:10.1016/j.dld.2005.09.015
93. Pezzilli R, Morselli-Labate AM, Fantini L, Campana D, Corinaldesi R. Assessment of the quality of life in chronic pancreatitis using Sf-12 and EORTC Qlq-C30 questionnaires. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver*. 2007;39(12):1077-1086. doi:10.1016/j.dld.2007.06.014
94. Tustumi F, Costa TN, Penteado S, Bacchella T, Ceconello I. Long Term Follow-up Results of Surgical Management of Chronic Pancreatitis. *Chir Buchar Rom* 1990. 2019;114(3):369-375. doi:10.21614/chirurgia.114.3.369
95. Wassef W, Bova C, Barton B, Hartigan C. Pancreatitis Quality of Life Instrument: Development of a new instrument. *SAGE Open Med*. 2014;2:2050312114520856. doi:10.1177/2050312114520856
96. Chen JY, Wang YC, Xi HJ, et al. Translation and validation of a Chinese version of the pancreatitis quality of life instrument (PANQOLI) in patients with chronic pancreatitis. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2023;32(12):3417-3426. doi:10.1007/s11136-023-03479-x
97. Schütte K, Kahl S, Malfertheiner P. Laboratory Diagnosis of Exocrine and Endocrine Dysfunctions in Inflammatory and Neoplastic Lesions. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, Rau BM, Sunamura M, Schulick RD, eds. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy*. Springer; 2008:107-118. doi:10.1007/978-3-540-28656-1_12
98. Cohen SM, Kent TS. Etiology, Diagnosis, and Modern Management of Chronic Pancreatitis: A Systematic Review. *JAMA Surg*. 2023;158(6):652-661. doi:10.1001/jamasurg.2023.0367
99. Ashfaq A, Kolanu ND, Mohammed M, et al. Surgical Interventions in Chronic Pancreatitis: A Systematic Review of Their Impact on Quality of Life. *Cureus*. 2024;16. doi:10.7759/cureus.53989

100. Kňazovický M, Roškovičová V, Gajdzik T, Hildebrand T, Kaťuchová J, Radoňák J. The Role of Surgery in Chronic Pancreatitis. *Pol Przegl Chir.* 2023;96(0):97-102. doi:10.5604/01.3001.0053.9841
101. Ghorbani P, Dankha R, Brisson R, et al. Surgical Outcomes and Trends for Chronic Pancreatitis: An Observational Cohort Study from a High-Volume Centre. *J Clin Med.* 2022;11(8):2105. doi:10.3390/jcm11082105
102. Parhiala M, Sand J, Laukkarinen J. Surgery for chronic pancreatitis in Finland is rare but seems to produce good long-term results. *World J Clin Cases.* 2021;9(35):10927-10936. doi:10.12998/wjcc.v9.i35.10927
103. Murruste M, Kirsimägi Ü, Kase K, Veršinina T, Talving P, Lepner U. ‘Short’ pancreaticojejunostomy might be a valid option for treatment of chronic pancreatitis in many cases. *World J Gastrointest Surg.* 2021;13(12):1673-1684. doi:10.4240/wjgs.v13.i12.1673
104. Arora A, Agarwal P, Bagdi R, Ramasundaram M, Sankar Narayanan ML. Laparoscopic Puestow Procedure for Chronic Pancreatitis in Children. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2020;25(1):55. doi:10.4103/jiaps.JIAPS_235_18
105. Nag HH, Nekarakanti PK, Arvinda PS, Sharma A. Laparoscopic versus open surgical management of patients with chronic pancreatitis: A matched case-control study. *J Minimal Access Surg.* 2022;18(2):191. doi:10.4103/jmas.JMAS_183_20
106. Gamez B, Buckel S E, Benitez J, Jarufe N. Fully laparoscopic pancreaticojejunostomy, Puestow procedure (with video). *J Surg Case Rep.* 2021;2021(9):rjab397. doi:10.1093/jscr/rjab397
107. Richards MK, Clifton MS. Minimally invasive surgery of the pancreas: a narrative review of current practice. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2021;6(0). doi:10.21037/tgh-20-220
108. Nakajima T, Fukumoto T, Tsukamoto T, Kanazawa A, Kodai S, Mori Y. Laparoscopic Frey’s Procedure for Chronic Pancreatitis in a Japanese Patient. *Am J Case Rep.* 2020;21:0-0. doi:10.12659/AJCR.924206
109. Kalayarasan R, Shukla A. Changing trends in the minimally invasive surgery for chronic pancreatitis. *World J Gastroenterol.* 2023;29(14):2101-2113. doi:10.3748/wjg.v29.i14.2101

110. Shukla A, Gnanasekaran S, Kalayarasan R, Pottakkat B. Early experience with robot-assisted Frey's procedure surgical outcome and technique: Indian perspective. *J Minim Invasive Surg.* 2022;25(4):145-151. doi:10.7602/jmis.2022.25.4.145
111. Boerma D, van Gulik TM, Rauws EAJ, Obertop H, Gouma DJ. Outcome of pancreaticojejunostomy after previous endoscopic stenting in patients with chronic pancreatitis. *Eur J Surg Acta Chir.* 2002;168(4):223-228. doi:10.1080/11024150260102834
112. Terrace JD, Paterson HM, Garden OJ, Parks RW, Madhavan KK. Results of decompression surgery for pain in chronic pancreatitis. *HPB.* 2007;9(4):308-311. doi:10.1080/13651820701481497
113. Pessaux P, Brehant O, Lermite E, Regenet N, Farah E, Arnaud JP. Dérivation pancréatico-jéjunale dans le traitement des pancréatites chroniques. *Ann Chir.* 2003;128(9):610-615. doi:10.1016/j.anchir.2003.09.012
114. Sielezneff I, Malouf A, Salle E, Brunet C, Thirion X, Sastre B. Long term results of lateral pancreaticojejunostomy for chronic alcoholic pancreatitis. *Eur J Surg Acta Chir.* 2000;166(1):58-64. doi:10.1080/110241500750009726
115. Nealon WH, Matin S. Analysis of surgical success in preventing recurrent acute exacerbations in chronic pancreatitis. *Ann Surg.* 2001;233(6):793-800. doi:10.1097/00000658-200106000-00009
116. Gestic MA, Callejas-Neto F, Chaim EA, Utrini MP, Cazzo E, Pareja JC. Surgical treatment of chronic pancreatitis using Frey's procedure: a Brazilian 16-year single-centre experience. *HPB.* 2011;13(4):263-271. doi:10.1111/j.1477-2574.2010.00281.x
117. Roch AMD, Brachet D, Lermite E, Pessaux P, Arnaud JP. Frey procedure in patients with chronic pancreatitis: short and long-term outcome from a prospective study. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* 2012;16(7):1362-1369. doi:10.1007/s11605-012-1904-8
118. Sato H, Ishida M, Motoi F, et al. Combination of longitudinal pancreaticojejunostomy with coring-out of the pancreatic head (Frey procedure) and distal pancreatectomy for chronic pancreatitis. *Surg Today.* 2019;49(2):137-142. doi:10.1007/s00595-018-1720-1

119. Kim HS, Lee JH, Park JS, Yoon DS. Frey's procedure for chronic pancreatitis: a 10-year single-center experience in Korea. *Ann Surg Treat Res.* 2019;97(6):296-301. doi:10.4174/astr.2019.97.6.296
120. Izbicki JR, Bloechle C, Broering DC, Knoefel WT, Kuechler T, Broelsch CE. *Ann Surg.* 1998;228(6):771-779. doi:10.1097/00000658-199812000-00008
121. Nguyễn Thị Trung Thu, Vũ Thu Trang, Lê Xuân Quang, Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Lê Thị Tuyết, Đỗ thị Như Trang. Đánh giá chất lượng cuộc sống của sinh viên trường Đại học Sư phạm Hà Nội trong đại dịch COVID-19 sử dụng bộ câu hỏi SF-36. *TNU J Sci Technol.* 2023;228(13):422-431.
122. Bassi C, Dervenis C, Butturini G, et al. Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. *Surgery.* 2005;138(1):8-13. doi:10.1016/j.surg.2005.05.001
123. Koch M, Garden OJ, Padbury R, et al. Bile leakage after hepatobiliary and pancreatic surgery: A definition and grading of severity by the International Study Group of Liver Surgery. *Surgery.* 2011;149(5):680-688. doi:10.1016/j.surg.2010.12.002
124. Besselink MG, van Rijssen LB, Bassi C, et al. Definition and classification of chyle leak after pancreatic operation: A consensus statement by the International Study Group on Pancreatic Surgery. *Surgery.* 2017;161(2):365-372. doi:10.1016/j.surg.2016.06.058
125. Wente MN, Bassi C, Dervenis C, et al. Delayed gastric emptying (DGE) after pancreatic surgery: a suggested definition by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS). *Surgery.* 2007;142(5):761-768. doi:10.1016/j.surg.2007.05.005
126. Fischer M, Arslan-Carlon V, Melendez J. Intraoperative and immediate postoperative management. In: *Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas.* 6th ed. Elsevier; 2017:423-436.e3.
127. Cauchy F, Regimbeau JM, Fuks D, Balladur P, Tiret E, Paye F. Influence of bile duct obstruction on the results of Frey's procedure for chronic pancreatitis. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al.* 2014;14(1):21-26. doi:10.1016/j.pan.2013.10.008

128. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and 108 results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240.
129. Izbicki JR, Bloechle C, Broering DC, Kuechler T, Broelsch CE. Longitudinal V-shaped excision of the ventral pancreas for small duct disease in severe chronic pancreatitis: prospective evaluation of a new surgical procedure. *Ann Surg.* 1998;227(2):213-219. doi:10.1097/00000658-199802000-00010
130. Ramesh H. Tropical Chronic Pancreatitis. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL, Rau BM, Sunamura M, Schulick RD, eds. *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy.* Springer; 2008:349-359. doi:10.1007/978-3-540-28656-1_38
131. Köninger J, Seiler CM, Sauerland S, et al. Duodenum-preserving pancreatic head resection--a randomized controlled trial comparing the original Beger procedure with the Berne modification (ISRCTN No. 50638764). *Surgery.* 2008;143(4):490-498. doi:10.1016/j.surg.2007.12.002
132. Nitesh PNB, Reddy VV, Gavini SK, et al. Assessment of functional outcome of patients undergoing surgery for chronic pancreatitis: A prospective study. *Ann Hepato-Biliary-Pancreat Surg.* 2020;24(2):162-167. doi:10.14701/ahbps.2020.24.2.162
133. Prinz RA, Aranha GV, Greenlee HB. Combined pancreatic duct and upper gastrointestinal and biliary tract drainage in chronic pancreatitis. *Arch Surg Chic Ill 1960.* 1985;120(3):361-366. doi:10.1001/archsurg.1985.01390270099017
134. Sugerman HJ, Barnhart GR, Newsome HH. Selective drainage for pancreatic, biliary, and duodenal obstruction secondary to chronic fibrosing pancreatitis. *Ann Surg.* 1986;203(5):558-567. doi:10.1097/00000658-198605000-00017
135. Huizinga WK, Thomson SR, Spitaels JM, Simjee AE. Chronic pancreatitis with biliary obstruction. *Ann R Coll Surg Engl.* 1992;74(2):119-123; discussion 123-125.
136. Oishi AJ, Sarr MG, Nagorney DM, Traynor MD, Mucha P. Long-term outcome of cholecystoenterostomy as a definitive biliary drainage

procedure for benign disease. *World J Surg.* 1995;19(4):616-619; discussion 620. doi:10.1007/bf00294736

137. Rebibo L, Yzet T, Cosse C, Delcenserie R, Bartoli E, Regimbeau JM. Frey procedure for the treatment of chronic pancreatitis associated with common bile duct stricture. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int HBPD INT.* 2013;12(6):637-644. doi:10.1016/s1499-3872(13)60100-9
138. Merdrignac A, Bergeat D, Rayar M, et al. Frey procedure combined with biliary diversion in chronic pancreatitis. *Surgery.* 2016;160(5):1264-1270. doi:10.1016/j.surg.2016.05.006
139. Cataldegirmen G, Bogoevski D, Mann O, Kaifi JT, Izbicki JR, Yekebas EF. Late morbidity after duodenum-preserving pancreatic head resection with bile duct reinsertion into the resection cavity. *Br J Surg.* 2008;95(4):447-452. doi:10.1002/bjs.6006
140. Ray S, Das K, Jana K, Das R, Kumar D, Khamrui S. Frey Procedure Combined with Biliary Diversion for the Treatment of Chronic Pancreatitis-Related Biliary Obstruction: Impact of the Types of Diversion. *World J Surg.* 2020;44(7):2359-2366. doi:10.1007/s00268-020-05465-7
141. Nealon WH, Walser E. Duct drainage alone is sufficient in the operative management of pancreatic pseudocyst in patients with chronic pancreatitis. *Ann Surg.* 2003;237(5):614-620; discussion 620-622. doi:10.1097/01.SLA.0000064360.14269.EF

PHỤ LỤC 1. MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

***Đề tài: “Nghiên cứu kết quả trung hạn
phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng trong điều trị viêm tụy mạn”***

Số nhập viện (viết **** cho 4 con số giữa):.....

HÀNH CHÍNH

Họ tên bệnh nhân (viết tắt):.....

Năm sinh:

Giới tính: ☐ Nam

☐ Nữ

Ngày vào viện: Ngày ra viện:

Ngày phẫu thuật:

LÂM SÀNG

Thời gian đau: tháng

Kiểu đau: ☐ Liên tục ☐ Từng đợt

Điểm đau

VAS:..... (0 → 100)

Tần số cơn đau: (0 → 100)

Sử dụng thuốc: (0 → 100)

Mất khả năng:..... (0 → 100)

Trung bình:..... (0 → 100)

Chất lượng sống

Câu hỏi 1: (0/25/50/75/100)

Câu hỏi 2: (0/50/100)

Câu hỏi 3: (0/50/100)

Câu hỏi 4: (0/100)

Câu hỏi 5: (0/100)

Câu hỏi 6: (0/100)

Câu hỏi 7: (0/100)

Câu hỏi 8: (0/25/50/75/100)

Câu hỏi 9: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 10: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 11: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 12: (0/25/50/75/100)

SF-12 thể chất: (Tổng điểm 1,2,3,4,5,8 chia 6)

SF-12 tinh thần: (Tổng điểm 6,7,9,10,11,12 chia 6)

SF-12 chung: (Trung bình hai giá trị trên)

Tiêu phân mỡ: ☐ Có ☐ Không

Đái tháo đường: ☐ Có ☐ Không

Mức độ đái tháo đường: ☐ Phụ thuộc insulin, liều đơn vị/ngày

☐ Không phụ thuộc insulin

Buồn nôn hoặc nôn: ☐ Có ☐ Không

Chán ăn: ☐ Có ☐ Không

Tiêu chảy: ☐ Có ☐ Không

Nghiện rượu: ☐ Có ☐ Không

Nghiện thuốc lá: ☐ Có ☐ Không

Cân nặng:kg

Chiều cao:m

BMI:kg/m²

Tắc mật: ☐ Có ☐ Không

ASA:

☐ Độ I

☐ Độ II

☐ Độ III

XÉT NGHIỆM

Hemoglobin	g/dl
Hematocrit	%
Bạch cầu	K/mm ³
Tiểu cầu	K/mm ³
Tỉ lệ prothrombin	%
Phosphatase kiềm	U/l
Bilirubin toàn phần	mg/dl
Bilirubin trực tiếp	mg/dl
AST	U/l
ALT	U/l
Creatinin	mg/dl
CA 19-9	IU/ml
CEA	ng/ml
Amylase	U/l
Đường huyết	mg/dl
HbA1C	%
Albumin	g/dl

HÌNH ẢNH HỌC

Kích thước đầu tụy: mm

Đường kính ống tụy chính: mm

Đường kính ống mật chủ: mm

Sỏi đầu tụy: ☐ Có ☐ Không

Sỏi nhu mô tụy: ☐ Có ☐ Không

Sỏi ống tụy chính: ☐ Có ☐ Không

Nang giả tụy: ☐ Có, kích thước mm

Vị trí: ☐ Đầu ☐ Thân đuôi

☐ Không

Đường kính nang giả: mm

GHI NHẬN TRONG PHẪU THUẬT

Phương pháp phẫu thuật:

- ☐ Phẫu thuật Partington mở rộng
- ☐ Phẫu thuật Frey

Xử trí tắc mật:

- ☐ Có: ☐ nối mật ruột ☐ mở OMC vào khoang tụy
- ☐ Không

Xử trí nang giả:

- ☐ Có: ☐ nối nang- hồng tràng
- ☐ cắt thân đuôi tụy
- ☐ Không

Viêm dính: ☐ Có ☐ Không

Mật độ nhu mô: ☐ Sượng cứng ☐ Chắc vừa

Lượng máu mất: ml

Truyền máu trong phẫu thuật: ☐ Có ☐ Không

Biến chứng trong phẫu thuật:

- ☐ Có: Loại biến chứng:
- ☐ Không

Thời gian phẫu thuật: phút

Giải phẫu bệnh:

GHI NHẬN HẬU PHẪU

Thời gian trung tiện: ngày

Thời gian ngưng giảm đau tiêu: ngày

Thời gian ăn được thức ăn đặc: ngày

Biến chứng sau phẫu thuật:

- ☐ Có: Loại biến chứng:

Phân độ Clavien-Dindo:

☐ Độ 1

☐ Độ 2

☐ Độ 3

☐ Độ 4

☐ Độ 5

Điều trị:.....

☐ Không

Thời gian nằm hậu phẫu:..... ngày

TÁI KHÁM SAU 3 THÁNG

Điểm đau

VAS:..... (0 → 100)

Tần số cơn đau: (0 → 100)

Sử dụng thuốc: (0 → 100)

Mất khả năng:..... (0 → 100)

Trung bình:..... (0 → 100)

Giảm đau hiệu quả: ☐ Có ☐ Không

Giảm đau hoàn toàn: ☐ Có ☐ Không

Chất lượng sống

Câu hỏi 1: (0/25/50/75/100)

Câu hỏi 2: (0/50/100)

Câu hỏi 3: (0/50/100)

Câu hỏi 4: (0/100)

Câu hỏi 5: (0/100)

Câu hỏi 6: (0/100)

Câu hỏi 7: (0/100)

Câu hỏi 8: (0/25/50/75/100)

Câu hỏi 9: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 10: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 11: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 12: (0/25/50/75/100)

SF-12 thể chất: (Tổng điểm 1,2,3,4,5,8 chia 6)

SF-12 tinh thần:..... (Tổng điểm 6,7,9,10,11,12 chia 6)

SF-12 chung: (Trung bình hai giá trị trên)

Tiêu phân mỡ: ☐ Có ☐ Không

Đái tháo đường: ☐ Có ☐ Không

Mức độ đái tháo đường: ☐ Phụ thuộc insulin, liều đơn vị/ngày

☐ Không phụ thuộc insulin

Buồn nôn hoặc nôn: ☐ Có ☐ Không

Chán ăn: ☐ Có ☐ Không

Tiêu chảy: ☐ Có ☐ Không

Cai rượu: ☐ Có ☐ Không

Cai thuốc lá: ☐ Có ☐ Không

Cân nặng:.....kg

Chiều cao:.....m

BMI:kg/m²

Tắc mật: ☐ Có ☐ Không

Nang giả tụy: ☐ Có, kích thước mm

Vị trí: ☐ Đầu ☐ Thân đuôi

☐ Không

Xét nghiệm máu

Hemoglobin	g/dl
Hematocrit	%
Bạch cầu	K/mm ³
Tiểu cầu	K/mm ³
Tỉ lệ prothrombin	%
Phosphatase kiềm	U/l
Bilirubin toàn phần	mg/dl
Bilirubin trực tiếp	mg/dl
AST	U/l
ALT	U/l
Creatinin	mg/dl
CA 19-9	IU/ml
CEA	ng/ml
Amylase	U/l

Đường huyết	mg/dl
HbA1C	%
Albumin	g/dl

Cắt lớp vi tính:.....

Siêu âm bụng:.....

Biến chứng muộn: ☐ Có: Loại biến chứng:.....

Điều trị:.....

☐ Không

TÁI KHÁM SAU 6 THÁNG

Điểm đau

VAS:..... (0 → 100)

Tần số cơn đau: (0 → 100)

Sử dụng thuốc: (0 → 100)

Mất khả năng:..... (0 → 100)

Trung bình:..... (0 → 100)

Giảm đau hiệu quả: ☐ Có ☐ Không

Giảm đau hoàn toàn: ☐ Có ☐ Không

Chất lượng sống

Câu hỏi 1: (0/25/50/75/100)

Câu hỏi 2: (0/50/100)

Câu hỏi 3: (0/50/100)

Câu hỏi 4: (0/100)

Câu hỏi 5: (0/100)

Câu hỏi 6: (0/100)

Câu hỏi 7: (0/100)

Câu hỏi 8: (0/25/50/75/100)

Câu hỏi 9: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 10: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 11: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 12: (0/25/50/75/100)

SF-12 thể chất: (Tổng điểm 1,2,3,4,5,8 chia 6)

SF-12 tinh thần:..... (Tổng điểm 6,7,9,10,11,12 chia 6)

SF-12 chung: (Trung bình hai giá trị trên)

Tiêu phân mỡ: ☐ Có ☐ Không

Đái tháo đường: ☐ Có ☐ Không

Mức độ đái tháo đường: ☐ Phụ thuộc insulin, liều đơn vị/ngày

☐ Không phụ thuộc insulin

Buồn nôn hoặc nôn: ☐ Có ☐ Không

Chán ăn: ☐ Có ☐ Không

Tiêu chảy: ☐ Có ☐ Không

Cai rượu: ☐ Có ☐ Không

Cai thuốc lá: ☐ Có ☐ Không

Cân nặng:.....kg

Chiều cao:.....m

BMI:kg/m²

Tắc mật: ☐ Có ☐ Không

Nang giả tụy: ☐ Có, kích thước mm

Vị trí: ☐ Đầu ☐ Thân đuôi

☐ Không

Xét nghiệm máu

Hemoglobin	g/dl
Hematocrit	%
Bạch cầu	K/mm ³
Tiểu cầu	K/mm ³
Tỉ lệ prothrombin	%
Phosphatase kiềm	U/l
Bilirubin toàn phần	mg/dl
Bilirubin trực tiếp	mg/dl
AST	U/l
ALT	U/l
Creatinin	mg/dl
CA 19-9	IU/ml
CEA	ng/ml
Amylase	U/l

Đường huyết	mg/dl
HbA1C	%
Albumin	g/dl

Cắt lớp vi tính:.....

Siêu âm bụng:.....

Biến chứng muộn: ☐ Có: Loại biến chứng:.....

Điều trị:.....

☐ Không

TÁI KHÁM SAU 1 NĂM

Điểm đau

VAS:..... (0 → 100)

Tần số cơn đau: (0 → 100)

Sử dụng thuốc: (0 → 100)

Mất khả năng:..... (0 → 100)

Trung bình:..... (0 → 100)

Giảm đau hiệu quả: ☐ Có ☐ Không

Giảm đau hoàn toàn: ☐ Có ☐ Không

Chất lượng sống

Câu hỏi 1: (0/25/50/75/100)

Câu hỏi 2: (0/50/100)

Câu hỏi 3: (0/50/100)

Câu hỏi 4: (0/100)

Câu hỏi 5: (0/100)

Câu hỏi 6: (0/100)

Câu hỏi 7: (0/100)

Câu hỏi 8: (0/25/50/75/100)

Câu hỏi 9: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 10: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 11: (0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 12: (0/25/50/75/100)

SF-12 thể chất: (Tổng điểm 1,2,3,4,5,8 chia 6)

SF-12 tinh thần:..... (Tổng điểm 6,7,9,10,11,12 chia 6)

SF-12 chung: (Trung bình hai giá trị trên)

Tiêu phân mỡ: ☐ Có ☐ Không

Đái tháo đường: ☐ Có ☐ Không

Mức độ đái tháo đường: ☐ Phụ thuộc insulin, liều đơn vị/ngày

☐ Không phụ thuộc insulin

Buồn nôn hoặc nôn: ☐ Có ☐ Không

Chán ăn: ☐ Có ☐ Không

Tiêu chảy: ☐ Có ☐ Không

Cai rượu: ☐ Có ☐ Không

Cai thuốc lá: ☐ Có ☐ Không

Cân nặng:.....kg

Chiều cao:.....m

BMI:kg/m²

Tắc mật: ☐ Có ☐ Không

Nang giả tụy: ☐ Có, kích thước mm

Vị trí: ☐ Đầu ☐ Thân đuôi

☐ Không

Xét nghiệm máu

Hemoglobin	g/dl
Hematocrit	%
Bạch cầu	K/mm ³
Tiểu cầu	K/mm ³
Tỉ lệ prothrombin	%
Phosphatase kiềm	U/l
Bilirubin toàn phần	mg/dl
Bilirubin trực tiếp	mg/dl
AST	U/l
ALT	U/l
Creatinin	mg/dl
CA 19-9	IU/ml
CEA	ng/ml
Amylase	U/l

Đường huyết	mg/dl
HbA1C	%
Albumin	g/dl

Cắt lớp vi tính:.....

Siêu âm bụng:.....

Biến chứng muộn: ☐ Có: Loại biến chứng:.....

Điều trị:.....

☐ Không

TÁI KHÁM TẠI THỜI ĐIỂM KẾT THÚC NGHIÊN CỨU

Thời gian theo dõi:tháng

Điểm đau

VAS:.....(0 →100)

Tần số cơn đau:(0 →100)

Sử dụng thuốc:(0 →100)

Mất khả năng:.....(0 →100)

Trung bình:.....(0 →100)

Giảm đau hiệu quả: ☐ Có ☐ Không

Giảm đau hoàn toàn: ☐ Có ☐ Không

Chất lượng sống

Câu hỏi 1:(0/25/50/75/100)

Câu hỏi 2:(0/50/100)

Câu hỏi 3:(0/50/100)

Câu hỏi 4:(0/100)

Câu hỏi 5:(0/100)

Câu hỏi 6:(0/100)

Câu hỏi 7:(0/100)

Câu hỏi 8:(0/25/50/75/100)

Câu hỏi 9:(0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 10:(0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 11:(0/20/40/60/80/100)

Câu hỏi 12:(0/25/50/75/100)

SF-12 thể chất:(Tổng điểm 1,2,3,4,5,8 chia 6)

SF-12 tinh thần:.....(Tổng điểm 6,7,9,10,11,12 chia 6)

SF-12 chung:(Trung bình hai giá trị trên)

Tiêu phân mờ: ☐ Có ☐ Không

Đái tháo đường: ☐ Có ☐ Không

Mức độ đái tháo đường: ☐ Phụ thuộc insulin, liều đơn vị/ngày

☐ Không phụ thuộc insulin

Buồn nôn hoặc nôn: ☐ Có ☐ Không

Chán ăn: ☐ Có ☐ Không

Tiêu chảy: ☐ Có ☐ Không

Cai rượu: ☐ Có ☐ Không

Cai thuốc lá: ☐ Có ☐ Không

Cân nặng:.....kg

Chiều cao:.....m

BMI:kg/m²

Tắc mật: ☐ Có ☐ Không

Nang giả tụy: ☐ Có, kích thước mm

Vị trí: ☐ Đầu ☐ Thân đuôi

☐ Không

Xét nghiệm máu

Hemoglobin	g/dl
Hematocrit	%
Bạch cầu	K/mm ³
Tiểu cầu	K/mm ³
Tỉ lệ prothrombin	%
Phosphatase kiềm	U/l
Bilirubin toàn phần	mg/dl
Bilirubin trực tiếp	mg/dl
AST	U/l
ALT	U/l
Creatinin	mg/dl
CA 19-9	IU/ml
CEA	ng/ml

Amylase	U/l
Đường huyết	mg/dl
HbA1C	%
Albumin	g/dl

Cắt lớp vi tính:.....

Siêu âm bụng:.....

Biến chứng muộn: ☐ Có: Loại biến chứng:.....

Điều trị:.....

☐ Không

PHỤ LỤC 2. PHIẾU CÂU HỎI VỀ LÂM SÀNG, ĐAU VÀ CHẤT LƯỢNG SỐNG DÀNH CHO NGƯỜI THAM GIA NGHIÊN CỨU

KHẢO SÁT TRƯỚC PHẪU THUẬT

Họ tên người tham gia:.....Năm sinh:.....

Số điện thoại:.....

Số điện thoại người thân:

Xin đánh dấu X vào ô vuông cho lựa chọn phù hợp

CÂU HỎI VỀ THÓI QUEN

Uống rượu: ☐ Có, tiêu thụ..... lon bia/ xì rượu mỗi ngày
Trong vòng..... năm

☐ Đã cai rượu, trong vòngtháng

☐ Không

Hút thuốc lá: ☐ Có, hút..... điếu thuốc/ngày
Trong vòng..... năm

☐ Đã cai thuốc lá, trong vòngtháng

☐ Không

CÂU HỎI VỀ TIỀN CĂN BỆNH LÝ

Tiền căn đái tháo đường: ☐ Có, thời gian tháng

Loại thuốc:.....

Liều insulin:.....đơn vị/ngày

Liều diamicron/glucophage:

☐ Không

Tiền căn khác:

☐ Tăng huyết áp

☐ Kiểm soát tốt

☐ Kiểm soát kém

☐ Nhồi máu cơ tim/ Tai biến mạch máu não. Cách tháng

☐ Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

☐ Khác:

☐ Không

CÂU HỎI VỀ TÍNH CHẤT ĐAU VÀ MỨC ĐỘ ĐAU

Thời gian đau bụng: *tính từ lúc đầu tiên cảm thấy đau bụng kể cả khi nghĩ nó là đau bao tử*: tháng/ năm

Kiểu đau bụng: ☐ Đau liên tục ☐ Đau từng đợt

Ông/Bà phải chịu đựng cơn đau với tần suất như thế nào?

☐ Hàng ngày

☐ Hàng tuần

☐ Hàng tháng

☐ Vài lần một năm

☐ Không đau

Ông/Bà có sử dụng loại thuốc giảm đau nào để làm dịu cơn đau mỗi khi nó xuất hiện không?

☐ Phải nhập viện tiêm thuốc giảm đau

☐ Phải dùng thuốc giảm đau dạng uống

☐ Không dùng

Cơn đau/ bệnh ảnh hưởng đến công ăn việc làm của Ông/Bà như thế nào?

- ☐ Mất hẳn công ăn việc làm
- ☐ Phải nghỉ việc, ≤ 1 năm
- ☐ Phải nghỉ việc, ≤ 1 tháng
- ☐ Phải nghỉ việc, ≤ 1 tuần
- ☐ Vẫn đi làm như bình thường trong 1 năm gần nhất

Ông/Bà hãy đánh giá mức độ đau mà ông/bà từng gặp phải, chọn từ 1 (đau ít) đến 10 (đau dữ dội) như thang dưới đây

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

012345678910













CÂU HỎI VỀ CÁC TRIỆU CHỨNG KHÁC

Tiêu phân mỡ: *là triệu chứng đi cầu phân trơn, nhớt, có mùi dầu mỡ, thấy váng mỡ nổi lên trong bồn vệ sinh*

- ☐ Có, thời gian tháng
- ☐ Không

Sụt cân: ☐ Có: sụtkg trong vòngtháng

☐ Không

Nôn hoặc buồn nôn: ☐ Có ☐ Không

Tiêu chảy: ☐ Có ☐ Không

Chán ăn: ☐ Có ☐ Không

Cân nặng hiện tại:..... kg

Chiều cao:..... cm

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật: ngày

Thời gian ngưng thuốc giảm đau tiêm: ngày

Thời gian ăn lại thức ăn đặc: ngày

CÂU HỎI VỀ CHẤT LƯỢNG SỐNG (BỘ CÂU HỎI SF-12)

Xin trả lời các câu hỏi bằng cách đánh dấu vào ô có lựa chọn phù hợp nhất cho tình trạng sức khỏe của ông/bà. Trả lời các câu hỏi này giúp chúng tôi hiểu rõ về chất lượng sống của ông/bà.

1. Nhìn chung, ông/bà tự đánh giá sức khỏe mình như thế nào?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a)Rất tốt | b)Tốt | c)Trung bình | d)Kém | e)Rất kém |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

2. Các hoạt động nhẹ nhàng như đẩy một cái bàn, đẩy một cái ghế, nâng vật nặng < 5kg

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a)Làm được dễ dàng | b)Một ít | c)Một nhiều |
| ☐ | ☐ | ☐ |

3. Leo 2-3 bậc thang bộ

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a)Làm được dễ dàng | b)Một ít | c)Một nhiều |
| ☐ | ☐ | ☐ |

4. Một tháng gần đây, Ông/Bà có cảm thấy **YẾU SỨC HƠN** khiến ảnh hưởng đến công việc hoặc hoạt động hàng ngày không?

- ☐ a)Có, cảm thấy yếu sức hơn
- ☐ b)Không, vẫn làm được bình thường

5. Một tháng gần đây, Ông/Bà có làm được các công việc nặng nhọc không?
(như nâng bao gạo >10kg, bốc vác, phụ hồ, chạy xe đường dài v.v)

☐ a) Không thể làm được

☐ b) Vẫn làm được bình thường

6. Một tháng gần đây, Ông/Bà có cảm thấy **LO ÂU** khiến ảnh hưởng đến công việc hoặc hoạt động hàng ngày?

☐ a) Có, cảm thấy lo âu

☐ b) Không, vẫn làm được bình thường

7. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào mất tập trung khi làm việc?

☐ a) Có, đôi lúc mất tập trung

☐ b) Không, vẫn làm được bình thường

8. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào bị **ĐAU** khiến ảnh hưởng đến công việc hoặc hoạt động hàng ngày không?

a) Không hề b) Một ít c) Vừa phải d) Khá nhiều e) Rất nhiều

☐☐☐☐☐

9. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào cảm thấy thoải mái bình yên không?

a) Luôn luôn b) Hầu hết c) Phần lớn d) thỉnh thoảng e) Ít khi f) Không bao giờ

☐☐☐☐☐☐

10. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào cảm thấy sung sức không?

a) Luôn luôn b) Hầu hết c) Phần lớn d) thỉnh thoảng e) Ít khi f) Không bao giờ

☐☐☐☐☐☐

11. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào cảm thấy buồn chán thất vọng không?

a) Luôn luôn b) Hầu hết c) Phần lớn d) thỉnh thoảng e) Ít khi f) Không bao giờ

☐☐☐☐☐☐

12. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào cảm thấy **YẾU SỨC** hay **LO ÂU** khiến ảnh hưởng đến các **MỐI QUAN HỆ XÃ HỘI** (như gặp gỡ bạn bè, giao thiệp với người khác)?

a) Luôn ảnh hưởng b) Hầu hết c) thỉnh thoảng d) Ít khi e) Không bao giờ

☐☐☐☐☐

Ngày Tháng Năm

Người tham gia

(Kí và ghi rõ họ tên)

KHẢO SÁT SAU PHẪU THUẬT

Họ tên người tham gia:.....Năm sinh:.....

Số điện thoại:.....

Số điện thoại người thân:

Xin đánh dấu X vào ô vuông cho lựa chọn phù hợp

CÂU HỎI VỀ THÓI QUEN

Xin bỏ qua hai câu hỏi tương ứng dưới đây nếu trước phẫu thuật Ông/Bà không nghiện rượu hoặc thuốc lá

Ông/Bà có còn uống rượu từ sau phẫu thuật không:

☐ Đã cai rượu

☐ Còn uống

Ông/Bà có còn hút thuốc lá từ sau phẫu thuật không:

☐ Đã cai thuốc lá

☐ Còn hút thuốc

CÂU HỎI VỀ TIỀN CĂN BỆNH LÝ

Tiền căn đái tháo đường: ☐ Có, thời gian tháng

Loại thuốc:.....

Liều insulin:.....đơn vị/ngày

Liều diamicron/glucophage:

☐ Không

CÂU HỎI VỀ TÍNH CHẤT ĐAU VÀ MỨC ĐỘ ĐAU

Từ sau phẫu thuật, Ông/Bà phải chịu đựng cơn đau với tần suất như thế nào?

☐ Hàng ngày

☐ Hàng tuần

☐ Hàng tháng

☐ Vài lần một năm

☐ Không đau

Từ sau phẫu thuật, Ông/Bà có sử dụng loại thuốc giảm đau nào để làm dịu cơn đau mỗi khi nó xuất hiện không?

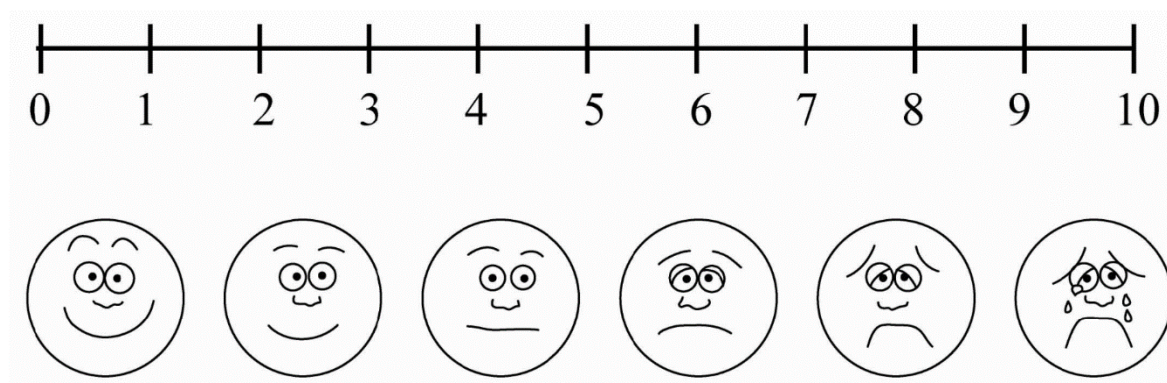
- ☐ Phải nhập viên tiêm thuốc giảm đau
- ☐ Phải dùng thuốc giảm đau dạng uống
- ☐ Không dùng

Từ sau phẫu thuật, cơn đau/ bệnh ảnh hưởng đến công ăn việc làm của Ông/Bà như thế nào?

- ☐ Mất hẳn công ăn việc làm
- ☐ Phải nghỉ việc, ≤ 1 năm
- ☐ Phải nghỉ việc, ≤ 1 tháng
- ☐ Phải nghỉ việc, ≤ 1 tuần
- ☐ Vẫn đi làm như bình thường trong 1 năm gần nhất

Ông/Bà hãy đánh giá mức độ đau mà ông/bà từng gặp phải **từ sau phẫu thuật,** chọn từ 1 (đau ít) đến 10 (đau dữ dội) như thang dưới đây

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



CÂU HỎI VỀ CÁC TRIỆU CHỨNG KHÁC

Từ sau phẫu thuật, Ông/Bà có tiêu phân mỡ: *là triệu chứng đi cầu phân trơn, nhớt, có mùi dầu mỡ, thấy váng mỡ nổi lên trong bồn vệ sinh*

☐ Có, thời gian tháng

☐ Không

Từ sau phẫu thuật, Ông/Bà có sụt cân:

☐ Có: sụt kg trong vòng tháng

☐ Không

Từ sau phẫu thuật, Ông/Bà có Nôn hoặc buồn nôn: ☐ Có ☐ Không

Từ sau phẫu thuật, Ông/Bà có Tiêu chảy: ☐ Có ☐ Không

Từ sau phẫu thuật, Ông/Bà có Chán ăn: ☐ Có ☐ Không

Cân nặng hiện tại: kg

Chiều cao: cm

CÂU HỎI VỀ CHẤT LƯỢNG SỐNG (BỘ CÂU HỎI SF-12)

Xin trả lời các câu hỏi bằng cách đánh dấu vào ô có lựa chọn phù hợp nhất cho tình trạng sức khỏe của ông/bà. Trả lời các câu hỏi này giúp chúng tôi hiểu rõ về chất lượng sống của ông/bà.

1. Nhìn chung, ông/bà tự đánh giá sức khỏe mình như thế nào **từ sau phẫu thuật?**

a) Rất tốt b) Tốt c) Trung bình d) Kém e) Rất kém

☐☐☐☐☐

2. **Từ sau phẫu thuật**, Các hoạt động nhẹ nhàng như đẩy một cái bàn, đẩy một cái ghế, nâng vật nặng < 5kg

a) Làm được dễ dàng b) Một ít c) Một nhiều

☐☐☐

3. Từ sau phẫu thuật, leo 2-3 bậc thang bộ

a) Làm được dễ dàng

☐

b) Một ít

☐

c) Một nhiều

☐

4. Một tháng gần đây, Ông/Bà có cảm thấy **YẾU SỨC HƠN** khiến ảnh hưởng đến công việc hoặc hoạt động hàng ngày không?

☐ a) Có, cảm thấy yếu sức hơn

☐ b) Không, vẫn làm được bình thường

5. Một tháng gần đây, Ông/Bà có làm được các công việc nặng nhọc không? (như nâng bao gạo >10kg, bốc vác, phụ hồ, chạy xe đường dài v.v)

☐ a) Không thể làm được

☐ b) Vẫn làm được bình thường

6. Một tháng gần đây, Ông/Bà có cảm thấy **LO ÂU** khiến ảnh hưởng đến công việc hoặc hoạt động hàng ngày?

☐ a) Có, cảm thấy lo âu

☐ b) Không, vẫn làm được bình thường

7. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào mất tập trung khi làm việc?

☐ a) Có, đôi lúc mất tập trung

☐ b) Không, vẫn làm được bình thường

8. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào bị **ĐAU** khiến ảnh hưởng đến công việc hoặc hoạt động hàng ngày không?

a) Không hề

☐

b) Một ít

☐

c) Vừa phải

☐

d) Khá nhiều

☐

e) Rất nhiều

☐

9. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào cảm thấy thoải mái bình yên không?

a) Luôn luôn

☐

b) Hầu hết

☐

c) Phần lớn

☐

d) Thỉnh thoảng

☐

e) Ít khi

☐

f) Không bao giờ

☐

10. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào cảm thấy sung sức không?

a) Luôn luôn b) Hầu hết c) Phần lớn d) Thỉnh thoảng e) Ít khi f) Không bao giờ

☐☐☐☐☐☐

11. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào cảm thấy buồn chán thất vọng không?

a) Luôn luôn b) Hầu hết c) Phần lớn d) Thỉnh thoảng e) Ít khi f) Không bao giờ

☐☐☐☐☐☐

12. Một tháng gần đây, Ông/Bà có khi nào cảm thấy **YẾU SỨC** hay **LO ÂU** khiến ảnh hưởng đến các **MỐI QUAN HỆ XÃ HỘI** (như gặp gỡ bạn bè, giao thiệp với người khác)?

a) Luôn ảnh hưởng b) Hầu hết c) Thỉnh thoảng d) Ít khi e) Không bao giờ

☐☐☐☐☐

Ngày Tháng Năm

Người tham gia

(Ký tên và ghi họ tên)

BẢN THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI THAM GIA NGHIÊN CỨU VÀ CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Kính gửi: Ông/ Bà _____

Tôi tên là: Mai Đại Ngà.

Là Nghiên cứu sinh của Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Nay tôi gửi bản thông tin này đến Ông/Bà nhằm thông tin về nghiên cứu và lấy chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Tên nghiên cứu: **Nghiên cứu kết quả trung hạn phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng trong điều trị viêm tụy mạn.**

Nghiên cứu viên chính: **ThS.BS. Mai Đại Ngà.**

Đơn vị chủ trì: Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

I.THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

Mục đích và tiến hành nghiên cứu

- Vì sao nghiên cứu được tiến hành?

Trước đây, phẫu thuật Partington (mở ống tụy vùng thân đuôi tụy lấy sỏi và nối tụy ruột) thường được sử dụng cho bệnh nhân viêm tụy mạn có đau do giãn ống tụy, tuy nhiên tỉ lệ đau tái phát của phẫu thuật này là 30%. Phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng giúp khắc phục nhược điểm của phẫu thuật Partington, nhấn mạnh việc xẻ rộng ống tụy và lấy sạch sỏi vùng đầu- móc tụy. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, sau khi áp dụng thường quy phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng, số trường hợp phải mổ lại vì đau tái phát gần như không còn. Việc đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật này (đau, chất lượng sống, chức năng tụy nội tiết và ngoại tiết) chưa được quan tâm đúng mức. Do đó tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu kết quả trung hạn phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng trong điều trị viêm tụy mạn” nhằm đánh giá tính an toàn và kết quả lâu dài của phẫu thuật này lên mức độ đau, chất lượng sống và chức năng tụy của bệnh nhân.

- Nghiên cứu sẽ được tiến hành như thế nào? Khoảng thời gian tiến hành.

Trình tự tiến hành của nghiên cứu:

- Nghiên cứu viên giải thích tham gia nghiên cứu cho Ông/Bà nếu thỏa tiêu chuẩn lựa chọn. Khi Ông/Bà đồng ý tham gia, nghiên cứu mới được tiến hành.
- Ông/Bà sẽ trải qua các quy trình điều trị tiền phẫu, quy trình phẫu thuật, quy trình điều trị hậu phẫu và quy trình theo dõi tái khám tương tự các bệnh nhân khác. Tuy nhiên, trong phẫu thuật, Ông/Bà sẽ được phẫu thuật viên chú ý lấy sạch sỏi đầu tụy nhiều nhất có thể, và sau xuất viện, Ông/Bà sẽ được nghiên cứu viên nhắc nhở tái khám đúng hẹn và có thể được kê toa thuốc bổ sung men tụy ngoại tiết lâu dài.
- Trước mổ, nghiên cứu viên khám bệnh, hỏi bệnh, phỏng vấn Ông/Bà để thu thập các thông tin tiền phẫu.
- Nghiên cứu viên quan sát hoặc tham gia trong mổ để thu thập các thông tin liên quan phẫu thuật.
- Sau mổ, nghiên cứu viên khám lại Ông/Bà để thu thập các thông tin hậu phẫu, phát hiện các biến chứng nếu có và xử trí kịp thời.
- Sau xuất viện, nghiên cứu viên nhắc nhở Ông/Bà tái khám đúng hẹn. Mỗi lần tái khám, nghiên cứu viên khám bệnh, hỏi bệnh, phỏng vấn Ông/Bà để thu thập các thông tin tái khám.
- Các thông tin cần thiết khác sẽ được thu thập qua hồ sơ bệnh án.

Nghiên cứu sẽ được tiến hành từ 11/2021 đến 11/2023.

Các nguy cơ và bất lợi

- Bất lợi: Ông/Bà có thể tốn thời gian để nghiên cứu viên hỏi bệnh, khám bệnh và phỏng vấn nhằm thu thập thông tin cho nghiên cứu. Các nguy cơ tai biến, biến chứng và tử vong không khác biệt so với các bệnh nhân không tham gia nghiên cứu.
- Những lợi ích có thể có đối với Ông/Bà: việc chủ ý lấy sạch sỏi vùng đầu tụy có thể giúp Ông/Bà đạt hiệu quả giảm đau và cải thiện chất lượng sống tốt hơn sau mổ.

Bồi thường/điều trị khi có tổn thương liên quan đến nghiên cứu:

Khi xảy ra các tai biến, biến chứng hoặc tử vong có thể liên quan đến nghiên cứu, một hội đồng chuyên môn sẽ được thành lập và xem xét các tổn thương này có phải là hậu quả của nghiên cứu hay không. Nếu hội đồng kết luận các tổn thương này là hậu quả của nghiên cứu, một bồi thường tùy thỏa thuận sẽ được đưa ra.

Người liên hệ

- Họ tên: MAI ĐẠI NGÀ.
- Số điện thoại người cần liên hệ: 0797433349
- Địa chỉ: 345/26 Nguyễn Văn Công, P.3, Q. Gò Vấp, TP. Hồ Chí Minh.

Sự tự nguyện tham gia

- Ông/Bà được quyền tự quyết định, không hề bị ép buộc tham gia
- Ông/Bà được quyền rút lui ở bất kỳ thời điểm nào mà không bị ảnh hưởng gì đến việc điều trị/chăm sóc mà mình đáng được hưởng.

Tính bảo mật

- Tên Ông/Bà được viết tắt, hồ sơ bệnh án được mã hóa, không thu thập các thông tin có khả năng nhận diện như số điện thoại, địa chỉ nhà.
- Mọi thông tin của Ông/Bà chỉ được sử dụng cho mục đích duy nhất là phục vụ cho nghiên cứu.

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây, đã có cơ hội xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung trong nghiên cứu này. Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thỏa đáng tất cả các câu hỏi. Tôi nhận một bản sao của Bản Thông tin cho đối tượng nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu này. Tôi tự nguyện đồng ý tham gia.

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên : _____

Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận:

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng bệnh nhân/người tình nguyện tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Ông/Bà và Ông/Bà đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Ông/Bà tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên: MAI ĐẠI NGÀ

Chữ ký _____

Ngày tháng năm _____

V/v chấp thuận các vấn đề đạo đức NCYSH TP. Hồ Chí Minh, ngày 03 tháng 02 năm 2021

**CHẤP THUẬN CỦA HỘI ĐỒNG ĐẠO ĐỨC TRONG
NGHIÊN CỨU Y SINH HỌC ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH**

IRB-VN01003/IRB00010293/FWA00023448

Căn cứ Nghị quyết số 10/NQ-HĐT ngày 20/10/2020 của Hội đồng trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh về việc ban hành Quy chế Tổ chức và hoạt động Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh;

Căn cứ Quyết định số 2626/QĐ-BYT ngày 22/7/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế về tổ chức và hoạt động của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học;

Căn cứ Quyết định số 3870/QĐ-ĐHYD ngày 6/10/2016 của Hiệu trưởng Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh về việc ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học;

Căn cứ Quyết định số 1238/QĐ-ĐHYD-TC ngày 18/5/2016 của Hiệu trưởng Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh về việc thành lập Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, nhiệm kỳ 2016 - 2021;

Trên cơ sở xem xét của thường trực Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh ngày 01/02/2021.

Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học chấp thuận về các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu đối với đề tài:

- Tên đề tài: Nghiên cứu kết quả trung hạn phẫu thuật dẫn lưu ống tụy mở rộng trong điều trị viêm tụy mạn
- Mã số: 2186- ĐHYD
- Chủ nhiệm đề tài: Mai Đại Ngà – Nghiên cứu sinh
- Đơn vị chủ trì: Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
- Địa điểm triển khai nghiên cứu: Bệnh viện Chợ rẫy
- Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ tháng 3/2021 đến tháng 9/2023
- Phương thức xét duyệt: Quy trình rút gọn

Ngày chấp thuận: 03/02/2021

Lưu ý: HĐĐĐ có thể kiểm tra ngẫu nhiên trong thời gian tiến hành nghiên cứu

**KT. HIỆU TRƯỞNG
PHÓ HIỆU TRƯỞNG**

Nguyễn Hoàng Bắc

**TM. HỘI ĐỒNG
CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG**


Nguyễn Sào Trung

BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

XÁC NHẬN DANH SÁCH BỆNH NHÂN

Người yêu cầu xác nhận: BS. MAI ĐẠI NGÀ

Số TT	Số hồ sơ	Họ và tên	Năm sinh	Giới
1	2210065906	Trần Trọng N.	1969	Nam
2	2210068525	Hoàng Văn Q.	1986	Nam
3	2210070581	Trần Văn H.	1968	Nam
4	2210074156	Nguyễn Đình T.	1985	Nam
5	2210074427	Đàm Bế N.	1972	Nam
6	2210075607	Nguyễn Tấn T.	1965	Nam
7	2220000663	Đào Thanh P.	1950	Nam
8	2220010140	Nguyễn Minh C.	1986	Nam
9	2220011124	Nguyễn Thanh P.	1976	Nam
10	2220012428	Lường Thế V.	2004	Nam
11	2220012459	Nguyễn Trung T.	2003	Nam
12	2220016336	Trương Hoàng L.	1996	Nam
13	2220025091	Đổng Văn K.	1971	Nam
14	2220026532	Kim C.	1978	Nam
15	2220031321	Y Huỳnh Thế P.	1984	Nam
16	2220031331	Trần Cơ L.	2000	Nam
17	2220033421	Ngô Văn L.	1976	Nam
18	2220036697	Lê Thị Phi Y.	1986	Nữ
19	2220038581	Đinh Thị Thu H.	1992	Nữ
20	2220039160	Nguyễn Đắc P.	1972	Nam
21	2220040373	Phạm Văn T.	1984	Nam
22	2220041287	Nông Đức V.	1991	Nam
23	2220041699	Nguyễn Thành T.	1987	Nam
24	2220042202	Nguyễn Quốc T.	1957	Nam
25	2220043833	Trần Thị N.	1985	Nữ
26	2220044172	Nguyễn Đình C.	1971	Nam
27	2220044689	Nguyễn Thanh N.	1962	Nam
28	2220060466	Võ Thị N.	1984	Nữ
29	2220066186	Phan Châu T.	1970	Nam
30	2220068547	Trần Minh T.	1966	Nam
31	2220077080	Nguyễn Phước H.	1988	Nam
32	2220077140	Nguyễn Bi Đ.	1991	Nam
33	2220083788	Phan T.	1974	Nam

SỐ Y
BỆNH VIỆN C
PHÒNG
KẾ HOẠCH T

Số TT	Số hồ sơ	Họ và tên	Năm sinh	Giới
34	2220122959	Thia Kim H.	1978	Nam
35	2230013891	Trần Thị K.	1997	Nữ
36	2230014644	Ngô Văn H.	1967	Nam
37	2230016961	Nguyễn Ngọc T.	1983	Nam
38	2230017776	Nguyễn Văn B.	1974	Nam
39	2230019482	Thạch Chấm R.	1982	Nam
40	2230025142	Phạm Thị Kim T.	1994	Nữ
41	2230031445	Phạm Văn L.	1973	Nam
42	2230038902	Trần Minh T.	1987	Nam
43	2230040882	Hoàng Văn T.	1969	Nam
44	2230041251	Nguyễn Văn H.	1990	Nam
45	2230042790	Trần Thị Mộng Ý.	2003	Nữ
46	2230044843	Ngô Minh C.	1967	Nam
47	2230047719	Nguyễn Văn T.	1980	Nam
48	2230048277	Lê Thanh Ú.	1970	Nam
49	2230049566	Trương Văn B.	1993	Nam
50	2230051847	Nguyễn Văn P.	1971	Nam
51	2230052750	Trần Văn C.	1982	Nam
52	2230054253	Trần Trọng C.	1966	Nam
53	2230054676	Lê Văn T.	1973	Nam
54	2230056665	Trần Hồng Y.	1980	Nữ
55	2230062629	Phạm Thị T.	1972	Nữ
56	2230064070	Nguyễn Ngọc Mỹ V.	2006	Nữ
57	2230066607	Đường Kim Ế.	1993	Nữ
58	2230070531	Trần Thanh P.	1989	Nam
59	2230072831	Lê Thị T.	1998	Nữ

ĐÂY
LÀ HỌ

Ngày 03 tháng 10 năm 2024

PHỤ TRÁCH PHÒNG
BỆNH VIỆN CHỢ RẨY
KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

BS. Trương Thế Hiệp

A23-CR01-0103