

VAI TRÒ VÀ KẾT QUẢ CỦA CẮT TOÀN BỘ TỤY TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TỤY PHỨC TẠP: NGHIÊN CỨU CHÙM BỆNH TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thành Khiêm¹
Lương Tuấn Hiệp¹
Nguyễn Hàm Hội¹
Lê Văn Duy¹

¹ Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa,
Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm người bệnh, chỉ định, kỹ thuật và kết quả chu phẫu của phẫu thuật cắt toàn bộ tụy (CTBT) tại Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm bệnh tiến cứu, theo dõi dọc. Chọn thuận tiện tất cả bệnh nhân được CTBT giai đoạn 10/2020–12/2024, có đủ hồ sơ và đồng ý tham gia.

Kết quả: Có 24 bệnh nhân, nam 79,2%; tuổi $59,92 \pm 13,48$ (31–76), BMI $20,84 \pm 2,41$ kg/m². Chỉ định: ung thư tụy 50,0%, viêm tụy/biến chứng 25,0%, IPMC/IPMN 16,7%, NET 8,3%. Phẫu thuật chủ yếu theo chương trình 87,5%; mổ mở 91,7%, nội soi 8,3%. Thời gian mổ $322,1 \pm 83,6$ phút (n=22), mất máu $177,7 \pm 113,7$ mL (n=22). Nạo vét hạch mở rộng 50,0%; cắt toàn bộ mạc treo tụy 87,5%; xử trí tĩnh mạch 33,3%; bảo tồn tĩnh mạch vị trái 62,5%. Biến chứng Clavien–Dindo chủ yếu độ I–II (75,0%); IIIa 8,3%, IIIb 12,5%; tử vong trong viện 4,2%. Biến chứng hay gặp: rò bạch huyết (5 ca) và chảy máu sau mổ (3 ca). Nằm viện sau mổ $17,0 \pm 7,7$ ngày; ra viện 95,9%. Nhóm tân sinh (n=18): tổn thương đầu tụy 66,7%, u >3 cm 55,6%; ung thư biểu mô tuyến tụy (n=12): giai đoạn II 66,7%, G2 66,7%.

Kết luận: CTBT tại Bạch Mai chủ yếu theo chương trình và mổ mở, áp dụng rộng rãi kỹ thuật triệt căn. Kết quả chu phẫu khả quan với mất máu thấp, đa số biến chứng nhẹ–trung bình và thời gian nằm viện khoảng 17 ngày, tuy nhiên vẫn có tử vong trong viện, cần tối ưu hóa trước mổ và kiểm soát biến chứng chặt chẽ.

Từ khóa: Cắt toàn bộ tụy; Nạo vét hạch; Cắt toàn bộ mạc treo tụy.

*Tác giả chịu trách nhiệm:

Nguyễn Thành Khiêm

Bệnh viện Bạch Mai

Email:

nguyenthanhkiemvd@gmail.com

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt toàn bộ tụy (CTBT) là một phẫu thuật lớn, bao gồm cắt bỏ toàn bộ nhu mô tụy kèm theo cắt tá tràng, đoạn thấp ống mật

chủ, túi mật, một phần dạ dày và đoạn đầu hồng tràng; trong một số trường hợp có thể kèm cắt lách hoặc bảo tồn lách tùy theo bản chất tổn thương và yêu cầu triệt căn. Trong

điều trị bệnh lý tụy, CTBT được xem là lựa chọn đặc biệt, chỉ định chủ yếu cho các tình huống bệnh lý phức tạp như tổn thương lan tỏa/đa ổ (ví dụ IPMN lan tỏa toàn tụy, u thần kinh nội tiết đa ổ,...), các khối u ác tính lan rộng liên quan nhiều phân đoạn tụy, ung thư tái phát phần tụy còn lại sau cắt tụy một phần, hoặc một số trường hợp viêm tụy nặng có biến chứng đe dọa tính mạng [1, 2]. Sự tiến bộ của gây mê hồi sức, chăm sóc chu phẫu, dinh dưỡng ngoại khoa, cùng hiệu quả của các biện pháp điều trị thay thế chức năng tụy nội-ngoại tiết đã góp phần cải thiện kết cục sau CTBT, qua đó mở rộng khả năng áp dụng phẫu thuật này tại các trung tâm có kinh nghiệm [3].

Tuy nhiên, CTBT vẫn là phẫu thuật có gánh nặng sinh lý đáng kể và tiềm ẩn nhiều biến chứng. Người bệnh sau CTBT phải đối mặt với tình trạng mất hoàn toàn chức năng tụy, dẫn đến rối loạn đường huyết khó kiểm soát, suy dinh dưỡng, kém hấp thu và giảm chất lượng sống nếu không được tư vấn – giáo dục và theo dõi lâu dài [4]. Về mặt ngoại khoa, các biến chứng sau mổ như chảy máu, rò bạch huyết, huyết khối tĩnh mạch cửa hoặc các rối loạn chuyển hóa có thể làm tăng tỷ lệ can thiệp lại, kéo dài thời gian nằm viện và ảnh hưởng đến tử vong trong viện [1]. Đối với các trường hợp ác tính, yêu cầu triệt căn ung thư học (R0), chiến lược nạo vét hạch và cắt toàn bộ mạc treo tụy ngày càng được nhấn mạnh nhằm tối ưu kiểm soát tại chỗ [5]. Do đó, việc đánh giá có hệ thống vai trò, chỉ định và kết quả CTBT tại các trung tâm ngoại khoa tuyến cuối có ý nghĩa quan trọng trong chuẩn hóa thực hành, cải tiến kỹ thuật và hoàn thiện quy trình chăm sóc chu phẫu.

Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với tiêu đề “Vai trò và kết quả của cắt toàn bộ tụy trong bệnh lý

tụy phức tạp: nghiên cứu chùm bệnh tại Bệnh viện Bạch Mai”, nhằm mô tả đặc điểm người bệnh, phổ chỉ định, các kỹ thuật phẫu thuật được áp dụng và kết quả sớm sau mổ, từ đó cung cấp cơ sở dữ liệu phục vụ tối ưu hóa điều trị và định hướng nghiên cứu tiếp theo.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả chùm bệnh tiến cứu, theo dõi dọc.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm tất cả các bệnh nhân cắt toàn bộ tụy do tổn thương [6-8]

- U nhú nhày nội ống lan tỏa toàn bộ tụy (IPMN), hoặc ung thư tụy trên nền u nhú nhày nội ống lan tỏa (IPMC)
- U thần kinh nội tiết đa ổ
- Các khối u ác tính cả đầu thân và đuôi tụy
- Bệnh nhân diện cắt tụy còn dương tính sau khi thực hiện phẫu thuật cắt khối tá tụy hoặc cắt lách thân đuôi tụy, để đảm bảo phẫu thuật triệt căn đòi hỏi phải cắt nốt phần tụy còn lại.
- Ung thư tái phát phần tụy còn lại (tiền sử bệnh nhân có phẫu thuật cắt khối tá tụy cắt lách thân đuôi tụy)
- Các bệnh lý viêm tụy cấp hoại tử toàn bộ
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện (N=24).

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm: Trung tâm Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian thu nhận ca: từ tháng 10/2020 đến hết tháng 12/2024 (thu nhận liên tiếp cho đến khi đủ số ca trong giai đoạn).

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Nhân khẩu học: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, BMI.
- Tính chất phẫu thuật: chương trình/cấp cứu.
- Thông số trong mổ: thời gian mổ, lượng máu mất, truyền máu (nếu có).
- Mức độ nạo vét hạch: tiêu chuẩn/mở rộng/không nạo (theo mã hóa nghiên cứu).
- Kỹ thuật kèm theo: cắt mạc treo tụy, xử trí/cắt-tái tạo tĩnh mạch (nếu có), bảo tồn tĩnh mạch vị trái.
- Đối với nhóm nội soi: ghi nhận đặc điểm kỹ thuật theo quy trình của trung tâm (nếu có).
- Biến chứng sau mổ: phân loại theo Clavien–Dindo, đồng thời thống kê các biến chứng cụ thể (rò bạch huyết, chảy máu sau

mổ, huyết khối tĩnh mạch cửa, suy gan cấp, tiêu chảy...).

- Hướng xử trí biến chứng: không can thiệp, điều trị nội khoa, can thiệp nội mạch, mổ lại (và loại can thiệp).
- Thời gian nằm viện sau mổ.
- Kết cục ra viện: ra viện/tử vong trong viện.
- Kết quả giải phẫu bệnh đại thể: vị trí tổn thương, kích thước, xâm lấn.
- Kết quả giải phẫu bệnh vi thể: giai đoạn TNM bệnh lý, độ biệt hóa, số hạch nạo vét và hạch di căn, di căn hạch nhóm 14, xâm lấn/di căn mạc treo tụy; một số thông số định lượng mạc treo tụy theo bệnh phẩm (nếu được ghi nhận).

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Thống kê và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Quy trình thu thập và phân tích số liệu đã được Bệnh viện phê duyệt và nghiên cứu được thực hiện theo các khuyến nghị của STROBE dành cho các nghiên cứu quan sát [9].

3. KẾT QUẢ

Bảng 1: Thông tin chung của người bệnh

Đặc điểm		N = 24
Giới tính (n, %)	Nam giới	19 (79,2%)
	Nữ giới	5 (20,8%)
Tuổi (trung bình ± SD, tối thiểu-tối đa)		59,92 ± 13,48 (31-76)
Nhóm tuổi	< 40	3 (12,5%)
	40 – 60	6 (25%)
	> 60	15 (62,5%)
Chiều cao (trung bình ± SD, cm)		159,90 ± 8,22
Cân nặng (trung bình ± SD, kg)		53,64 ± 9,06
BMI (trung bình ± SD, tối thiểu-tối đa, kg/m ²)		20,84 ± 2,41 (14,22 – 26,06)

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $59,92 \pm 13,48$, trong đó 62,5% bệnh nhân trên 60 tuổi. Tỷ lệ nam giới là 79,2%. BMI trung bình của bệnh nhân là $20,84 \pm 2,41$.

Bảng 2. Chẩn đoán/chỉ định CTBT và đặc điểm phẫu thuật (N=24)

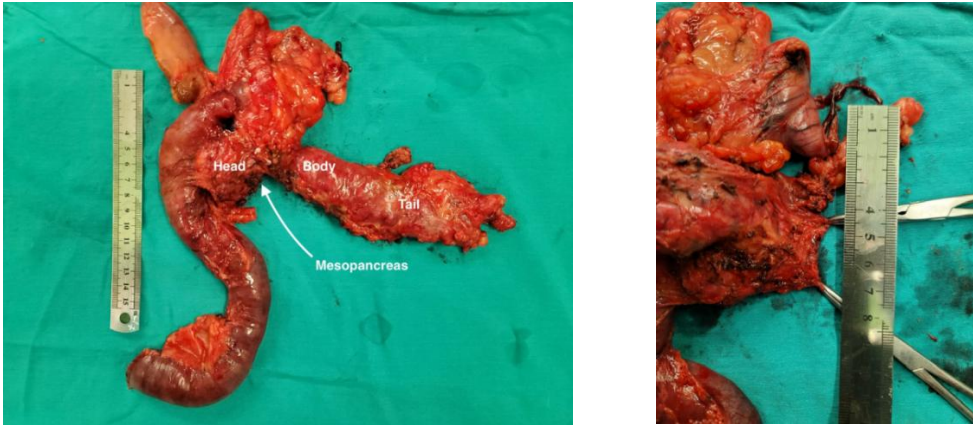
Nhóm chẩn đoán/chỉ định (theo hồ sơ)	n (%)
Ung thư tụy	12 (50.0%)
Viêm tụy/biến chứng viêm tụy	6 (25.0%)
IPMC/ IPMN	4 (16.7%)
U thần kinh nội tiết tụy (NET)	2 (8.3%)
Tổng	24 (100%)
Tính chất phẫu thuật	n (%)
Mổ chương trình	21 (87.5%)
Mổ cấp cứu	3 (12.5%)
Tổng	24 (100%)
Phương pháp tiếp cận	n (%)
Mổ mở	22 (91.7%)
Nội soi	2 (8.3%)
Tổng	24 (100%)

Nhóm chẩn đoán/chỉ định thường gặp nhất là “Ung thư tụy” với 12 trường hợp (50.0%). Các nhóm còn lại được phân bố như Bảng 2. Phẫu thuật mổ mở vẫn chiếm ưu thế (22/24, 91.7%), trong khi phẫu thuật nội soi được thực hiện ở 2 trường hợp (8.3%).

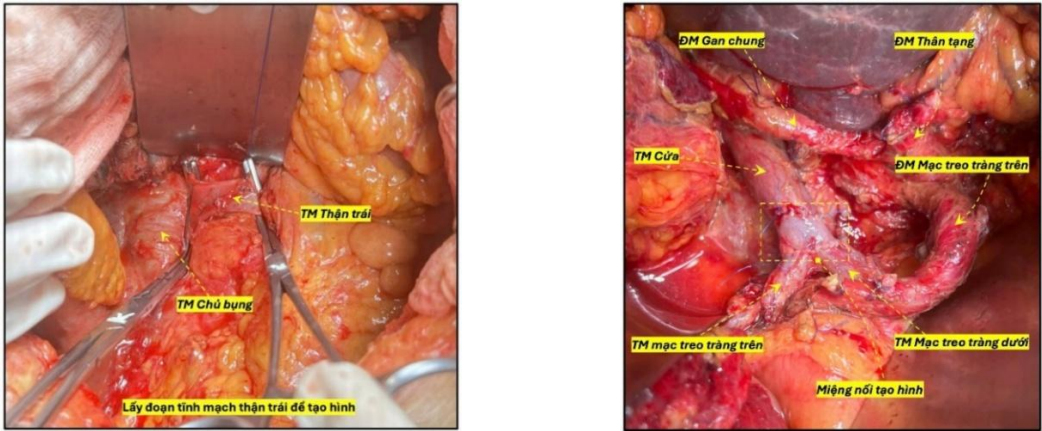
Bảng 3. Thông số trong mổ, nạo vét hạch và kỹ thuật kèm theo

Chỉ số trong mổ	Giá trị
Thời gian mổ (phút), TB $\pm$ SD; min-max	322.1 ± 83.6 (240-581) (n=22)
Lượng máu mất (ml), TB $\pm$ SD; min-max	177.7 ± 113.7 (50-500) (n=22)
Số hạch nạo vét, TB $\pm$ SD; min-max	32.9 ± 17.0 (12-74) (n=19)
Số hạch di căn, TB $\pm$ SD; min-max	2.7 ± 3.2 (0-9) (n=19)
Loại nạo vét hạch (theo phân loại nghiên cứu)	n = 24 (%)
Mở rộng	12 (50%)
Tiêu chuẩn	9 (37.5%)
Không nạo vét	3 (12.5%)
Can thiệp/kỹ thuật	n = 24 (%)
Cắt mạc treo tụy (mạc treo tụy)	21 (87.5%)
Cắt/ xử trí tĩnh mạch	8 (33.3%)
Bảo tồn TM vị trái	15 (62.5%)

Thời gian mổ trung bình là 322.1 ± 83.6 phút; lượng máu mất trung bình 177.7 ± 113.7 ml. Số hạch nạo vét trung bình 32.9 ± 17.0 hạch. Về chiến lược nạo vét hạch Trong 24 trường hợp phẫu thuật cắt toàn bộ tụy, nạo vét hạch mở rộng được thực hiện ở 12 bệnh nhân (50,0%), nạo vét hạch tiêu chuẩn ở 9 bệnh nhân (37,5%) và không nạo vét hạch ở 3 bệnh nhân mổ cấp cứu do viêm tụy hoại tử (12,5%).



Hình 1. Bệnh phẩm cắt toàn bộ tụy tiêu chuẩn, mạc treo tụy và hệ thống hạch



Hình 2. Cắt đoạn tĩnh mạch cửa, tạo hình bằng tĩnh mạch thận trái

Bảng 4. Biến chứng sau mổ, xử trí và kết quả ra viện (N=24)

Mức độ biến chứng (Clavien-Dindo)	n (%)
I	12 (50%)
II	6 (25.0%)
IIIa	2 (8.3%)
IIIb	3 (12.5%)
V	1 (4.2%)
Loại biến chứng cụ thể	Số lần*
Rò bạch huyết	5
Chảy máu sau mổ	3
Suy gan cấp	1

Tiêu chảy	1
Tắc tĩnh mạch lách/tăng tiểu cầu	1
Tắc/huyết khối tĩnh mạch cửa	1
Hướng xử trí biến chứng	n (%)
Nội khoa	6 (25.0%)
Mổ lại Khâu cầm máu	2 (8.3%)
Can thiệp nút mạch Bạch huyết	2 (8.3%)
Mổ lại Khâu cầm máu, làm lại miệng nối mật ruột	1 (4.2%)
Gạn tiểu cầu	1 (4.2%)

Có 22 bệnh nhân ghi nhận biến chứng sau mổ (theo Clavien-Dindo) độ II trở lên. Các biến chứng hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là rò bạch huyết (5 lần ghi nhận) và chảy máu sau mổ (3 lần ghi nhận). Các biến chứng ít gặp khác bao gồm huyết khối tĩnh mạch cửa, suy gan cấp, tiêu chảy và tắc tĩnh mạch lách/tăng tiểu cầu. Tử vong/ nặng về trong thời gian nằm viện ghi nhận 1 trường hợp. Đa số biến chứng được điều trị nội khoa; một số trường hợp cần can thiệp mạch hoặc mổ lại tùy mức độ và nguyên nhân.

Bảng 5. Đường máu sau mổ và phác đồ insulin (CTBT)

Chỉ số	Giá trị
Đường máu thấp nhất (mmol/L), TB $\pm$ SD; min-max	3.92 $\pm$ 0.97; 2.5–6.5
Đường máu cao nhất (mmol/L), TB $\pm$ SD; min-max	17.33 $\pm$ 2.86; 11.9–22.4
Hạ đường huyết (<3,9 mmol/L), n (%)	12 (50%)
Hạ đường huyết nặng (<3,0 mmol/L), n (%)	1 (4.2%)
Tăng đường huyết (>14 mmol/L), n (%)	20 (83.3%)
Số trường hợp có ghi nhận phác đồ insulin	20
Phác đồ Basal-bolus (R+L), n (%)	15 (75%)
Phác đồ Basal only (L), n (%)	3 (15%)
Phác đồ Premix (M), n (%)	2 (10%)
Tổng liều insulin/ngày, TB $\pm$ SD; trung vị (IQR); min-max	29.5 $\pm$ 13.4; 28.0 (22.0–42.0); 7.0–46.0

100% số ca sử dụng men tụy ngoại tiết thay thế (PERT) sau CTBT. Đường máu sau CTBT dao động rộng, trong đó tăng đường huyết là chủ yếu (đa số có ít nhất một lần >14 mmol/L) nhưng hạ đường huyết vẫn gặp ở tỷ lệ đáng kể. Phác đồ insulin ghi nhận chủ yếu theo kiểu basal-bolus.

Bảng 6. Kết quả giải phẫu bệnh

Vị trí	SL	Tỷ lệ (%)
Đầu tụy	12	66,7
Thân/đuôi tụy	2	11,1
Lan tỏa toàn tụy (đa ổ/lan tỏa)	4	22,2
Kích thước	SL	Tỷ lệ (%)
> 3 cm	10	55,6
≤ 3 cm	8	44,4
Hạch (trường hợp có nạo vét hạch; n=19)		
Số hạch nạo vét (TB $\pm$ SD; min-max)		32,9 $\pm$ 17,0 (12–74)
Số hạch di căn (TB $\pm$ SD; min-max)		2,7 $\pm$ 3,2 (0–9)
Di căn hạch nhóm 14 (n, %)		5 (26,3%)
Di căn/xâm lấn mạc treo tụy (n, %)		6 (31,6%)
Giai đoạn TNM bệnh lý (ung thư biểu mô tuyến tụy; n=12):		
Giai đoạn I		2 (16,7%)
Giai đoạn II		8 (66,7%)
Giai đoạn III		2 (16,7%)
Độ biệt hóa		
G1 (biệt hóa cao)		2 (16,7%)
G2 (biệt hóa trung bình)		8 (66,7%)
G3 (kém biệt hóa)		2 (16,7%)

Số ngày nằm viện sau mổ trung bình là 17.0 ± 7.7 ngày. Tỷ lệ ra viện là 23/24 (95.9%). Trong nhóm có tổn thương tân sinh ($n=18$), tổn thương tập trung chủ yếu ở vùng đầu tụy và có tỷ lệ đáng kể kích thước $u > 3$ cm. Ở nhóm ác tính có đánh giá xâm lấn rõ, ghi nhận xâm lấn mạch máu và/hoặc tạng lân cận ở một số trường hợp. Trong nhóm ung thư biểu mô tuyến tụy, giai đoạn bệnh lý chủ yếu thuộc nhóm trung gian, độ biệt hóa thường gặp là mức trung bình. Đáng chú ý, có tỷ lệ nhất định di căn hạch nhóm 14 và xâm lấn/di căn mạc treo tụy.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả loạt ca CTBT tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy CTBT đang được áp dụng cho một phổ bệnh lý tụy phức tạp, với tỷ trọng lớn thuộc nhóm ác tính và phần còn lại gồm các bệnh lý lan tỏa/đa ổ hoặc biến chứng nặng của viêm tụy. Điều này phù hợp với xu hướng thực hành hiện đại: CTBT không chỉ là “phẫu thuật cực đoạn” mà ngày càng trở thành lựa chọn có cân nhắc trong các tình huống cần kiểm soát bệnh toàn bộ tuyến tụy hoặc khi cắt tụy một phần không đạt mục tiêu triệt căn/không còn khả thi về kỹ thuật [1, 10].

Về tiếp cận phẫu thuật, mổ mở (91.7%) vẫn chiếm ưu thế và CTBT nội soi chỉ triển khai chọn lọc. Đây là thực tế hợp lý do CTBT đòi hỏi phẫu tích rộng, kiểm soát mạch máu và đôi khi cần phối hợp xử trí tĩnh mạch. Việc có các trường hợp nội soi trong loạt ca cho thấy Trung tâm đã bắt đầu mở rộng ứng dụng xâm lấn tối thiểu trong CTBT [11]; tuy nhiên, với số lượng ca nội soi còn hạn chế, mục tiêu hợp lý ở giai đoạn này là chứng minh tính khả thi/an toàn trong chọn ca, hơn là so sánh ưu thế với mổ mở [12].

Một điểm nhấn quan trọng là tỷ lệ ca thực hiện cắt mạc treo tụy (87.5%) và tỷ lệ

đáng kể nạo vét hạch mở rộng (50%). Về mặt ung thư học, vùng mạc treo tụy được xem là khu vực nguy cơ cao cho di căn dương tính vi thể và tái phát tại chỗ, đặc biệt trong ung thư vùng đầu tụy/móc tụy. Do đó, chiến lược tiếp cận mạch máu sớm, cắt toàn bộ mạc treo tụy và nạo vét hạch phù hợp là hợp lý, nhất là khi các kết quả giải phẫu bệnh của loạt ca ghi nhận tỷ lệ nhất định xâm lấn/di căn mạc treo tụy (31.6%) và di căn hạch nhóm 14 (26.3%). Mặt khác, số hạch nạo vét trung bình cao (32.9 ± 17.0) có thể phản ánh cả “độ rộng” phẫu tích lẫn quy trình xử lý bệnh phẩm; đây là điểm mạnh về chất lượng dữ liệu, nhưng cần chuẩn hóa thêm để phục vụ các phân tích kết cục ung thư học về sau (R0, tái phát, sống còn) [5].

Về kết cục sớm, phần lớn biến chứng ở mức nhẹ-trung bình theo Clavien–Dindo, nhưng vẫn có biến chứng nặng và tử vong trong viện. Mô hình biến chứng nổi bật gồm rò bạch huyết và chảy máu sau mổ, tương thích với đặc thù CTBT có phẫu tích rộng và nạo vét/triệt căn vùng sau tụy. Rò bạch huyết có thể liên quan phẫu tích vùng rốn gan, nền mạc treo và quanh mạch; trong thực hành, biến chứng này thường kéo dài điều trị và cần phác đồ chuẩn hóa về dinh dưỡng, dẫn lưu và chỉ định can thiệp khi thất bại điều trị bảo tồn [1, 13]. Chảy máu sau mổ là biến chứng nặng, cần có chiến lược theo dõi sớm, phối hợp chẩn đoán hình ảnh và can thiệp nội mạch/mổ lại theo chỉ định. Kết quả xử trí biến chứng trong loạt ca cho thấy đa số có thể điều trị bảo tồn/nội khoa, nhưng vẫn cần sẵn sàng điều trị tích cực ở các ca nặng.

Kiểm soát đường máu sau CTBT: đặc thù “đái tháo đường hậu cắt toàn bộ tụy”

Dữ liệu của chúng tôi cho thấy bức tranh rất điển hình của giai đoạn sớm sau mổ:

đường máu cao nhất trung bình $17,33 \pm 2,86$ mmol/L và 83.3% bệnh nhân có đợt tăng đường huyết >14 mmol/L, phản ánh tình trạng tăng đường huyết stress sau mổ, đáp ứng viêm, dinh dưỡng (nuôi ăn đường tĩnh mạch/nuôi ăn sớm), và liều insulin ban đầu chưa tối ưu. Ngược lại, 50% ghi nhận hạ đường huyết $<3,9$ mmol/L (trong đó có 01 ca hạ nặng $<3,0$ mmol/L), cho thấy ngay cả khi tăng đường huyết phổ biến, nguy cơ “tụt đường” vẫn hiện hữu và cần chiến lược giám sát – hiệu chỉnh sát sao. Các nghiên cứu gần đây nhấn mạnh rằng kiểm soát đường huyết sau CTBT đạt được tốt hơn khi có protocol insulin chuẩn hóa, theo dõi đường huyết dày (hoặc CGM), phối hợp nội tiết–dinh dưỡng, và điều chỉnh liều dựa trên chế độ nuôi ăn [14]. Trong loạt ca của chúng tôi, phác đồ insulin được ghi nhận ở 20 trường hợp; đa số là basal–bolus (R+L), phù hợp với khuyến nghị thực hành rằng chế độ basal–bolus thường linh hoạt hơn để thích nghi với dinh dưỡng sau mổ và biến thiên đường huyết. Tuy nhiên, việc vẫn gặp tỷ lệ cao tăng đường huyết >14 mmol/L và tỷ lệ hạ đường huyết đáng kể gợi ý một số điểm cần tối ưu hóa theo “đường đi” chăm sóc sau CTBT: (i) chuẩn hóa mục tiêu đường huyết theo giai đoạn hậu phẫu, (ii) đồng bộ giữa thời điểm/dạng nuôi ăn và thời điểm dùng insulin, (iii) tăng cường theo dõi đường huyết qua đêm, và (iv) cân nhắc CGM hoặc bơm insulin cho nhóm nguy cơ cao, đặc biệt trong giai đoạn chuyển từ dinh dưỡng tĩnh mạch sang đường tiêu hóa.

Thời gian nằm viện sau mổ ở mức tương đối dài (17.0 ± 7.7 ngày) là đặc trưng của CTBT và phản ánh nhu cầu ổn định chu phẫu, điều chỉnh dịch–điện giải, kiểm soát đường huyết và tối ưu dinh dưỡng. Do nghiên cứu tập trung kết cục trong viện, các vấn đề dài hạn sau CTBT (kiểm soát đái tháo

đường, kém hấp thu, chất lượng sống, tái nhập viện) chưa được đánh giá; đây là hướng rất quan trọng cho các nghiên cứu tiếp theo và cũng là nội dung cần nhấn mạnh trong chương trình theo dõi sau mổ của Trung tâm [4].

Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế mô tả đơn trung tâm, cỡ mẫu nhỏ, thiếu dữ liệu ở một số biến số và chưa có theo dõi dài hạn. Tuy nhiên, nghiên cứu cung cấp dữ liệu nền có giá trị về phổ chỉ định, chiến lược kỹ thuật và mô hình biến chứng sớm của CTBT tại một trung tâm tuyến cuối, làm cơ sở cho chuẩn hóa quy trình điều trị và thiết kế các nghiên cứu tiếp theo có nhóm so sánh và đánh giá kết cục dài hạn.

5. KẾT LUẬN

Cắt toàn bộ tụy là lựa chọn khả thi trong bệnh lý tụy phức tạp khi được chỉ định chặt chẽ và thực hiện tại trung tâm có kinh nghiệm. Kết quả sớm chấp nhận được nhưng vẫn có nguy cơ biến chứng nặng, đòi hỏi theo dõi sát và xử trí kịp thời. Chuẩn hóa chỉ định, kỹ thuật và chăm sóc hậu phẫu là yếu tố then chốt để tối ưu hóa kết cục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Latenstein AEJ, Scholten L, Al-Saffar HA, Björnsson B, Butturini G, Capretti G, Chatzizacharias NA, Dervenis C, Frigerio I, Gallagher TK et al: Clinical Outcomes After Total Pancreatectomy: A Prospective Multicenter Pan-European Snapshot Study. *Ann Surg* 2022, 276(5):e536-e543.
2. Schmidt CM, Glant J, Winter JM, Kennard J, Dixon J, Zhao Q, Howard TJ, Madura JA, Nakeeb A, Pitt HA et al: Total pancreatectomy (R0 resection) improves survival over subtotal pancreatectomy in isolated neck margin positive pancreatic adenocarcinoma. *Surgery* 2007, 142(4):572-578; discussion 578-580.

3. Yang DJ, Xiong JJ, Liu XT, Li J, Dhanushka Layanthi Siriwardena KM, Hu WM: Total pancreatectomy compared with pancreaticoduodenectomy: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Manag Res* 2019, 11:3899-3908.
4. Scholten L, Latenstein AEJ, van Eijck C, Erdmann J, van der Harst E, Mieog JSD, Molenaar IQ, van Santvoort HC, DeVries JH, Besselink MG et al: Outcome and long-term quality of life after total pancreatectomy (PANORAMA): a nationwide cohort study. *Surgery* 2019, 166(6):1017-1026.
5. Nguyen TK, Nguyen HH, Luong TH, Dang KK, Le VD, Tran DD, Do VM, Pham HQ, Pham HM, Tran TL et al: Pancreaticoduodenectomy with superior mesenteric artery first-approach combined total meso-pancreas excision for periampullary malignancies: A high-volume single-center experience with short-term outcomes. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg* 2024, 28(1):59-69.
6. Falconi M, Eriksson B, Kaltsas G, Bartsch DK, Capdevila J, Caplin M, Kos-Kudla B, Kwekkeboom D, Rindi G, Klöppel G et al: ENETS Consensus Guidelines Update for the Management of Patients with Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors and Non-Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors. *Neuroendocrinology* 2016, 103(2):153-171.
7. Hartwig W, Gluth A, Hinz U, Bergmann F, Spronk PE, Hackert T, Werner J, Büchler MW: Total pancreatectomy for primary pancreatic neoplasms: renaissance of an unpopular operation. *Ann Surg* 2015, 261(3):537-546.
8. Ohtsuka T, Fernandez-Del Castillo C, Furukawa T, Hijioka S, Jang JY, Lennon AM, Miyasaka Y, Ohno E, Salvia R, Wolfgang CL et al: International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. *Pancreatol* 2024, 24(2):255-270.
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP: The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* 2008, 61(4):344-349.
10. Oppat KM, Bennett FJ, Maithel SK: A Review of the Indications, Outcomes, and Postoperative Management After Total and Completion Pancreatectomy for Pancreatic Cancer: More Is Not Necessarily Better. *Surg Clin North Am* 2024, 104(5):1049-1064.
11. Nguyen TK, Nguyen HH, Luong TH, Lai TT, Le VD, Chanthap P: Laparoscopic total pancreatectomy with total mesopancreas dissection using counterclockwise technique and tail-first approach. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg* 2025, 29(1):79-82.
12. Chen L, Xia N, Wang Z, Junjie X, Tian B: Minimally invasive versus open total pancreatectomy: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery* 2023, 109(7).
13. Nguyen TK, Luong TH, Nguyen NC, Nguyen HH, Le VK, Trinh HS, Do HD, Le VD, Nguyen NH: Hepatic lymphorrhea following pancreaticoduodenectomy: Preliminary diagnosis and treatment experience from case series of four patients. *Annals of Medicine and Surgery* 2021, 68.
14. Zhao T, Fu Y, Zhang T, Guo J, Liao Q, Song S, Duo Y, Gao Y, Yuan T, Zhao W: Diabetes management in patients undergoing total pancreatectomy: A single center cohort study. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2023, 14:1097139.

ABSTRACT

ROLE AND PERIOPERATIVE OUTCOMES OF TOTAL PANCREATECTOMY FOR COMPLEX PANCREATIC DISEASES: A CASE SERIES FROM BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate patient characteristics, indications, surgical techniques, and perioperative outcomes of total pancreatectomy (TP) at the Center of Digestive Surgery, Bach Mai Hospital.

Participants and Methods: A prospective descriptive case series with longitudinal follow-up. All patients undergoing TP from October 2020 to December 2024 were consecutively included if complete medical records were available and informed consent was obtained.

Results: Twenty-four patients were included; 79.2% were male. Mean age was 59.92 ± 13.48 years (31–76) and mean BMI was 20.84 ± 2.41 kg/m². Indications were pancreatic cancer (50.0%), pancreatitis/complications (25.0%), IPMC/IPMN (16.7%), and NET (8.3%). Most procedures were scheduled (87.5%); open approach was used in 91.7% and laparoscopy in 8.3%. Mean operative time was 322.1 ± 83.6 minutes (n=22) with blood loss 177.7 ± 113.7 mL (n=22). Extended lymphadenectomy was performed in 50.0% and standard in 37.5%; total mesopancreas excision in 87.5%. Venous management was required in 33.3% and left gastric vein preservation achieved in 62.5%. Complications were mainly Clavien–Dindo I–II (75.0%); IIIa 8.3%, IIIb 12.5%, with in-hospital mortality 4.2%. Common events were lymphatic leak (5 cases) and postoperative bleeding (3 cases). Postoperative length of stay was 17.0 ± 7.7 days; 95.9% were discharged. In neoplasms (n=18), 66.7% involved the pancreatic head and 55.6% were >3 cm. Among pancreatic ductal adenocarcinoma (n=12), stage II and grade G2 each accounted for 66.7%; nodal metastasis (station 14) was 26.3% and mesopancreas invasion/metastasis 31.6% (n=19).

Conclusion: TP at Bach Mai was predominantly elective and open, with frequent use of radical techniques. Perioperative outcomes were acceptable, though in-hospital mortality underscores the need for optimized preoperative preparation and rigorous complication control.

Keywords: *Total pancreatectomy, Lymphadenectomy; Total mesopancreas excision*