

Đánh giá kết quả trung hạn phẫu thuật Partington mở rộng điều trị viêm tụy mạn

Mai Đại Ngà¹, Đoàn Tiến Mỹ¹, Phan Minh Trí^{1,2}, Lê Quang Chính¹, Dương Khắc Nhật¹, Lê Hữu Thành¹, Bùi Quý Đức², Thiềm Việt Phúc¹, Lê Công Trí¹, Vũ Thị Tuyết Nga¹, Võ Thị Ha¹, Đặng Thị Hồng Hoa¹, Trần Thị Trà Mi¹, Trần Thị Diệp¹, Nguyễn Quốc Vinh²

1. Bệnh viện Chợ Rẫy, 2. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ:

Mai Đại Ngà,
Bệnh viện Chợ Rẫy
201B Nguyễn Chí Thanh, 12,
Quận 5, Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0797 433 349
Email: maidainga@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/9/2024

Ngày chấp nhận đăng:

24/10/2024

Ngày xuất bản: 10/11/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật Partington mở rộng, trong đó đường xẻ ống tụy được mở rộng qua đầu- móc tụy giúp khắc phục hạn chế của phẫu thuật Partington cổ điển khi ống tụy không được giải áp toàn bộ và sót sỏi đầu tụy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu các trường hợp viêm tụy mạn có đau do giãn ống tụy được điều trị bằng phẫu thuật Partington mở rộng tại khoa Ngoại gan mật tụy, bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả: 45 trường hợp tham gia nghiên cứu với thời gian theo dõi trung vị là 18 tháng. Biến chứng sớm sau mổ 4%, không có tử vong trong 30 ngày hậu phẫu. Tỷ lệ giảm đau hiệu quả là 82,2%. Tỷ lệ giảm đau hoàn toàn là 53,3%. Điểm Izbicki giảm từ 51,9 trước mổ còn 8,8 sau mổ. Điểm SF-12 tăng từ 45,6 trước mổ thành 76,7 sau mổ. Triệu chứng tiêu phân mỡ, đại tháo đường không thay đổi nhiều so với trước mổ. Các triệu chứng buồn nôn- nôn, chán ăn, sụt cân cải thiện rõ so với trước mổ.

Kết luận: Phẫu thuật Partington mở rộng có thể được thực hiện an toàn, cho kết quả giảm đau và cải thiện chất lượng sống trung hạn xuất sắc. Phẫu thuật này nên được thay thế cho phẫu thuật Partington cổ điển vốn có nhiều hạn chế.

Từ khóa: viêm tụy mạn, giãn ống tụy, phẫu thuật Partington mở rộng

Results of median follow - up of extended Partington procedure for chronic pancreatitis

Mai Dai Nga¹, Doan Tien My¹, Phan Minh Tri^{1,2}, Le Quang Chinh¹, Duong Khắc Nhất¹, Le Huu Thanh¹, Bui Quy Duc², Thiem Viet Phuc¹, Le Cong Tri¹, Vu Thi Tuyet Nga¹, Vo Thi Ha¹, Dang Thi Hong Hoa¹, Tran Thi Tra Mi¹, Tran Thi Diep¹, Nguyen Quoc Vinh²

1. Cho Ray Hospital, 2. University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City

Abstract

Introduction: Extended Partington procedure could overcome the pitfalls of the original Partington procedure in which the duct unroofing is incomplete and the pancreatic head stones are missing.

Patients and Methods: A prospective cohort study including painful chronic pancreatitis patients with a dilated main pancreatic duct treated surgically by extended Partington procedure was conducted in the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Cho Ray Hospital.

Results: There were 45 participants with a median of follow-up of 18 months. Early complications rate was 4,4%. No 30-day in-hospital deaths occurred. Effective pain relief rate was 82,2%. Complete pain relief rate was 53,3%. Izbicki score decreased from 51,9 to 8,8 postoperatively. SF-12 score increased from 45,6 to 76,7 postoperatively. Steatorrhea, diabetes mellitus did not change significantly after follow-up. Nausea, anorexia, weight loss improved considerably after follow-up.

Conclusions: Extended Partington procedure could be performed safely, resulted in excellent pain relief and quality of life improvement. This procedure should replace the original Partington procedure which remains some limitations.

Keywords: chronic pancreatitis, dilated pancreatic duct, extended Partington procedure

Đặt vấn đề

Viêm tụy mạn là bệnh viêm tiến triển ở tụy, trong đó nhu mô tụy bình thường dần bị thay thế

bởi mô xơ hóa và sỏi. Quá trình viêm và tạo sỏi thường xảy ra đầu tiên ở đầu tụy. Hai hình thái tổn thương gây đau chủ yếu của viêm tụy mạn là khối

viêm đầu tụy và giãn ống tụy chính. Phương pháp điều trị tương ứng với hai hình thái này là phẫu thuật cắt bỏ khối viêm và phẫu thuật dẫn lưu ống tụy. Tại Việt Nam và các nước châu Á, khối viêm đầu tụy hiếm gặp, do đó, phẫu thuật dẫn lưu ống tụy được sử dụng nhiều để điều trị đau do viêm tụy mạn.

Phẫu thuật dẫn lưu cổ điển được mô tả bởi Partington và Rochelle, chỉ dẫn lưu đến cổ tụy và để lại đầu tụy nguyên vẹn.¹ Có đến 50% người bệnh sau phẫu thuật tái phát đau, nhiều người bệnh phải trải qua cuộc mổ lần hai để dẫn lưu lại ống tụy.² O'Neil và Aranha³ đã cải biên phẫu thuật Partington, bằng việc thêm vào đường xẻ ống tụy mở rộng đến đầu và móc tụy để đảm bảo làm sạch ống tụy và lấy sỏi hoàn toàn, phẫu thuật này gọi là phẫu thuật Partington mở rộng. Việc sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng đã được khuyến cáo trong điều trị viêm tụy mạn có kích thước đầu tụy bình thường.⁴ Tuy vậy, các nghiên cứu gốc về phẫu thuật Partington mở rộng được tìm thấy khá ít.⁵⁻⁸ Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá kết quả trung- dài hạn của phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn còn ít.⁹⁻¹¹ Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả trung hạn của phẫu thuật Partington mở rộng, qua đó cung cấp thêm chứng cứ cho phẫu thuật này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng và thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả loạt ca trên các người bệnh viêm tụy mạn có đau, có giãn ống tụy chính và có kích thước đầu tụy bình thường, được điều trị

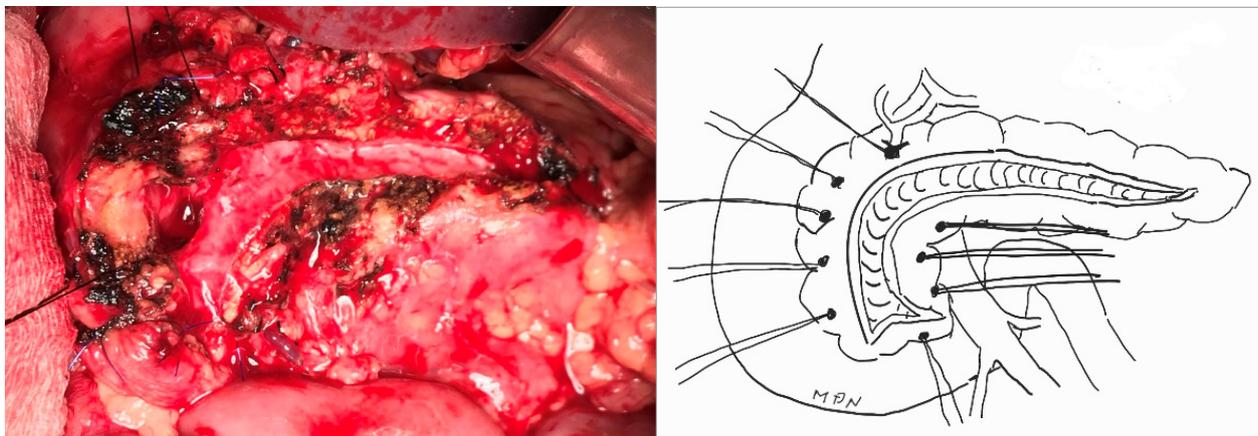
bằng phẫu thuật Partington mở rộng. Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, mã số 2186/ĐHYD, vào ngày 03/02/2021. Tất cả người bệnh đều đọc, hiểu rõ và kí vào giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn vào và loại ra

Người bệnh được chẩn đoán viêm tụy mạn theo tiêu chuẩn chắc chắn của M-ANNHEIM.¹² Trên hình ảnh học (X quang cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ mật tụy) có sự hiện diện giãn ống tụy (đường kính ống tụy chính $\geq 5\text{mm}$). Người bệnh đau ít nhất 3 tháng trong đó thời gian sử dụng á phiện nhẹ (tramadol hoặc codein) ít nhất 2 tuần, hoặc đau liên tục trong 1 tháng mà không giảm với á phiện nhẹ. Các người bệnh thỏa tất cả tiêu chuẩn nêu trên được xét tham gia nghiên cứu. Các người bệnh có khối viêm đầu tụy (đường kính đầu tụy $\geq 40\text{mm}$), có chống chỉ định phẫu thuật (ASA từ độ IV, tăng áp lực tĩnh mạch cửa nặng), chẩn đoán xác định ung thư tụy, thời gian theo dõi dưới 3 tháng được loại ra khỏi nghiên cứu.

Kỹ thuật mổ

Ống tụy chính được xẻ từ đuôi tụy đến cổ tụy. Khác với phẫu thuật cổ điển, một đường xẻ ống tụy mở rộng từ cổ tụy đến đầu- móc tụy sát bờ trong tá tràng được thực hiện. Cung mạch tá tụy trước phải được khâu thắt ở bờ trên và dưới đường xẻ ống tụy. Sỏi trong lòng ống tụy và ở các nhánh bên được lấy sạch nhất có thể. Sau khi xẻ mở rộng ống tụy và lấy sạch sỏi, miệng nối tụy- hỗng tràng bên bên kiểu Roux en Y được thực hiện. (Hình 1)



Hình 1. Phẫu thuật Partington mở rộng. Hình trong mổ (trái) và hình vẽ minh họa (phải). Đường xẻ ống tụy được thực hiện từ đuôi tụy qua cổ tụy đến đầu- móc tụy sát bờ trong tá tràng.

Nguồn: Nhóm tác giả bệnh viện Chợ Rẫy.

Đánh giá các kết cục

Đau được đánh giá bằng điểm Izbicki (Bảng 1). Giảm đau hiệu quả được định nghĩa là điểm Izbicki sau mổ giảm trên 50% so với điểm Izbicki trước mổ.⁵ Giảm đau hoàn toàn được định nghĩa là điểm Izbicki ≤ 10.⁵ Chất lượng sống được đánh giá bằng thang điểm SF-12, gồm phương diện thể chất và tinh thần. Các triệu chứng khác như đái tháo đường, tiêu phân mỡ, buồn nôn- nôn, chán ăn, sụt cân, tiêu chảy, cân nặng, BMI cũng được ghi nhận.

Bảng 1. Thang điểm Izbicki

Thành tố	Điểm
Tần số cơn đau	
Hàng ngày	100
Hàng tuần	75
Hàng tháng	50
Vài lần một năm	25
Không đau	0

VAS					
Không đau	Nhẹ	Vừa	Nặng	Rất nặng	Quá mức
0	20	40	60	80	100
Sử dụng thuốc giảm đau					
Morphine			100		
Buprenorphine			80		
Pethidine			20		
Tramadol			15		
Metamizole			3		
Acetyl salicylate			1		
Thời gian mất khả năng làm việc liên quan đến bệnh					
Mất hẳn công ăn việc làm			100		
Phải nghỉ việc, ≤ 1 năm			75		
Phải nghỉ việc, ≤ 1 tháng			50		
Phải nghỉ việc, ≤ 1 tuần			25		
Vẫn đi làm như bình thường			0		
Điểm Izbicki = (Tổng điểm của 4 thành tố) / 4					

“Nguồn: Bloechle, 1995”¹³

Thu thập dữ liệu và theo dõi người bệnh

Trước mổ, các người bệnh trả lời phiếu trắc nghiệm về các triệu chứng lâm sàng, đau và chất lượng sống. Sau mổ, người bệnh được điều trị hậu phẫu theo một quy trình chung, được theo dõi phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng nếu có. Sau xuất viện, người bệnh được hẹn tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, 1 năm và tại thời điểm kết thúc nghiên cứu. Tất cả người bệnh đều được điều trị bổ sung men tụy ngoại tiết, kiểm soát đường huyết, và xử trí đau tái phát cũng như các biến chứng muộn khác theo một quy trình chung. Mỗi lần tái khám, người bệnh được thực hiện các xét nghiệm cơ bản và trả lời phiếu trắc nghiệm sau mổ về triệu chứng lâm sàng, đau và chất lượng sống.

Kết quả

Đặc điểm trước mổ của người bệnh

Từ tháng 11/2021 đến tháng 11/2023, có 45 người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không thuộc tiêu chuẩn loại ra, tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 43. Nam chiếm 77,8%, nữ chiếm 22,2%. Thời gian trung vị từ khi có cơn đau đầu tiên đến khi được phẫu thuật là 48 tháng (1-192 tháng). Nguyên nhân do rượu là chủ yếu, chiếm 60%, còn lại là vô căn (28,9%) và thuốc lá (11,1%). Tắc mật chiếm 6,7% (3 trường hợp). Nang giả chiếm 11,1% (5 trường hợp). Đường kính ống tụy chính trung vị là 10 mm (5-20 mm). Bảng 2 thể hiện đặc điểm trước mổ về đau, chất lượng sống và các triệu chứng lâm sàng khác.

Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm sau mổ

Các người bệnh tắc mật được xử trí bằng nối ống mật chủ- hồng tràng trên cùng quai Roux nối tụy ruột. Các người bệnh có nang giả được xử trí bằng lồng nang vào đường xả ống tụy. Mất máu trung vị

Bảng 2. Đặc điểm trước mổ về đau, chất lượng sống và các triệu chứng lâm sàng khác

Biến số	Kết quả (n=45)
Điểm Izbicki	48,8 (31,3-78,8)
Tần số đau	50 (25-100)
Sử dụng thuốc	15 (3-15)
VAS	80 (50-100)
Mất khả năng làm việc	50 (0-100)
Điểm SF-12 chung	43,8 (11,7-89,6)
Thể chất	41,7 (4,2-95,8)
Tinh thần	51,7 (14,2-100)
Tiêu phân mỡ	33,3% (15)
Đái tháo đường	37,8% (17)
Cân nặng	52,2 ± 8 (kg)
BMI	19,9 ± 2,3(kg/m ²)
Sụt cân	73,3% (33)
Buồn nôn - nôn	37,8% (17)
Chán ăn	44,4% (20)
Tiêu chảy	22,2% (10)

là 100ml (50 - 200ml). Thời gian phẫu thuật trung vị là 210 phút (140 - 370 phút). Không có tai biến và truyền máu trong mổ. Sau mổ, có một người bệnh bán tắc ruột do dính điều trị nội thành công. Một người bệnh khác chảy máu tiêu hóa sau mổ thất bại với các phương pháp bảo tồn, được mổ lại để cầm máu và ổn định sau đó. Tỷ lệ biến chứng sớm là 4,4%. Thời gian nằm hậu phẫu trung vị là 6 ngày (4 - 8 ngày). Không có tử vong trong 30 ngày nằm viện.

Theo dõi trung hạn

Các người bệnh được theo dõi với thời gian trung vị là 18 tháng (3 - 24 tháng). Có hai người bệnh (4,4%) tử vong sau theo dõi trung hạn, với các

nguyên nhân không liên quan đến cuộc mổ, bao gồm tai biến mạch máu não tại tháng thứ 5 và thủng tạng rỗng tại tháng thứ 11. Có một người bệnh đau tái phát sau mổ, không giảm với cả morphine, được phẫu thuật cắt thần kinh tạng ngả nội soi lồng ngực tại tháng thứ 4 để kiểm soát đau. Có hai người bệnh mất theo dõi tại tháng thứ 6 sau mổ. Các trường hợp này được xem là thất bại điều trị, chiếm 11,1%. Có một người bệnh xuất hiện biến chứng muộn là thoát vị vết mổ tại tháng thứ 2, được điều trị phẫu thuật phục hồi thành bụng.

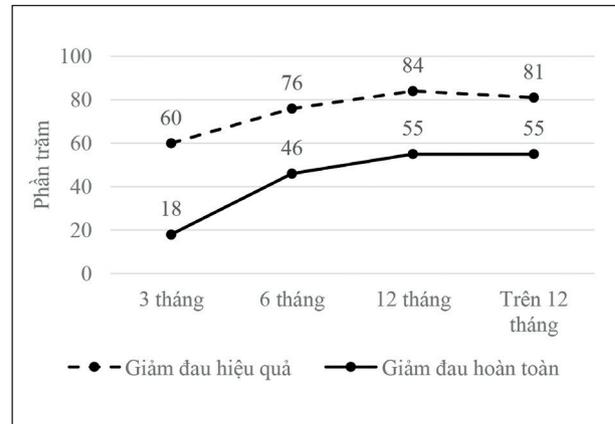
Kết quả giảm đau và chất lượng sống

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, tỉ lệ giảm đau hiệu quả là 82,2% (37 người bệnh), tỉ lệ giảm đau hoàn toàn là 53,3% (24 người bệnh). Điểm Izbicki chi tiết, điểm SF-12 chi tiết được liệt kê trong bảng 3. Điểm Izbicki và các thành tố của nó giảm rõ rệt so với trước mổ, với $p < 0,001$ cho tất cả các biến số, phép kiểm Mann-Whitney. Điểm SF-12 và hai phương diện của nó tăng rõ rệt so với trước mổ, với $p < 0,001$ cho tất cả các biến số, phép kiểm Mann-Whitney.

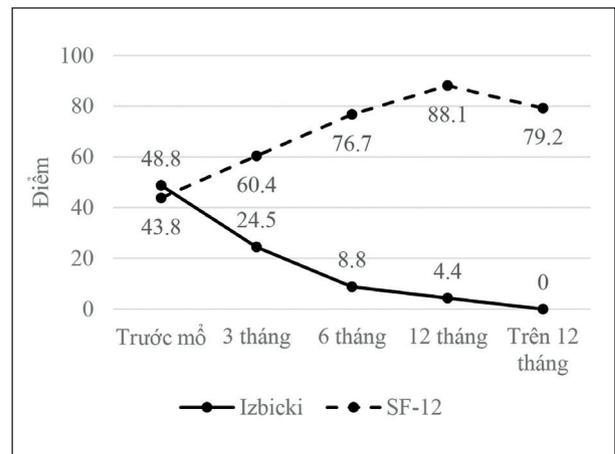
Bảng 3. Điểm đau và chất lượng sống sau mổ

Biến số	Kết quả (n=45)
Điểm Izbicki	8,8 (0-78,8)
Tần số đau	25 (0-100)
Sử dụng thuốc giảm đau	0 (0-15)
VAS	10 (0-100)
Mất khả năng làm việc	0 (0-100)
Điểm SF-12 chung	76,7 (15,8-100)
Điểm SF-12 thể chất	75 (8,3-100)
Điểm SF-12 tinh thần	76,7 (16,7-100)

Về xu hướng của tỉ lệ giảm đau, giảm đau đạt được chậm trong 3 tháng đầu, nhất là giảm đau hoàn toàn. Sau 6 tháng, tỉ lệ giảm đau mới đạt được cao và ổn định sau đó (Biểu đồ 1). Điểm Izbicki giảm nhanh trong 6 tháng đầu, sau đó giảm nhẹ. Điểm SF-12 tăng đều cho đến tháng thứ 12, sau đó giảm nhẹ (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 1. Diễn tiến của tỉ lệ giảm đau theo thời gian.



Biểu đồ 2. Diễn tiến của điểm Izbicki và SF-12 theo thời gian.

Kết quả các triệu chứng khác

Kết quả các triệu chứng khác được thể hiện qua bảng 4. Tỉ lệ tiêu phân mỡ và đái tháo đường không có sự khác biệt có ý nghĩa so với trước mổ. Các triệu

chứng buồn nôn- nôn, chán ăn và sụt cân giảm rõ so với trước mổ (phép kiểm chi bình phương và phép kiểm Fisher).

Bảng 4. Kết quả các triệu chứng khác sau mổ

Biến số	Kết quả (n=45)
Tiêu phân mỡ	53,3% (24)
Đái tháo đường	35,6% (16)
Cân nặng	52,2 ± 8,9 (kg)
BMIT	19,7 ± 2,5(kg/m ²)
Buồn nôn - nôn	15,6% (7)
Chán ăn	20% (9)
Sụt cân	4,4% (2)

Bàn luận

Hạn chế của phẫu thuật Partington cổ điển đã được chỉ ra trong y văn. Prinz và cs.¹⁴ báo cáo 14 trường hợp phải mổ dẫn lưu lại ống tụy do đau tái phát sau phẫu thuật Partington do không dẫn lưu đầy đủ ống tụy. Trong mổ xác nhận các đoạn ống tụy vùng đầu tụy đã không được dẫn lưu đầy đủ. Kết quả có 71% đạt giảm đau sau khi mổ dẫn lưu lại ống tụy. Paye và cs.⁷ nhận thấy nhóm mổ thông hoàn toàn ống Wirsung có tỉ lệ giảm đau tốt hơn nhóm không đạt mổ thông hoàn toàn (86% so với 50%, p=0,04). Isaji² cho rằng phẫu thuật Partington chỉ nên áp dụng cho các trường hợp quá trình viêm diễn ra ở thân đuôi tụy, một tình trạng hiếm gặp trong viêm tụy mạn. Một đồng thuận quốc tế đã đạt được trong việc khuyến cáo sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng trong điều trị viêm tụy mạn có kích thước đầu tụy bình thường, tuy nhiên, mức độ chứng cứ còn thấp.⁴

Các bài báo gốc về phẫu thuật Partington mở rộng được tìm thấy khá ít. Vùng đầu và móc tụy dễ dàng bị bỏ qua do viêm dính nhiều và lo ngại chảy máu từ các mạch máu tá tụy, như Prinz và cs.¹⁴ đã nêu ra. Theo hiểu biết của chúng tôi, chỉ có các tác giả Cahen và cs.,⁵ Delcore và cs.,⁶ Paye và cs.⁷ và Kempeneers và cs.⁸ có mô tả chi tiết kỹ thuật xẻ mở rộng ống tụy sang vùng đầu-móc tụy. Cahen và cs.⁵ mô tả đường xẻ ống tụy đến sát cách tá tràng 1-2cm, thậm chí có thể cắt vát nhu mô tụy dọc đường xẻ nếu sỏi khó lấy. Delcore và cs.,⁶ Kempeneers và cs.⁸ nêu rõ cung mạch tá tụy trước phải được thắt ở trên và dưới ống tụy để đường xẻ ống tụy có thể cắt ngang cung mạch này và đạt chiều dài tối đa. Paye và cs.⁷ mô tả kỹ thuật đưa ống thông luôn từ ống Wirsung để xuyên qua được cơ vòng Oddi vào lòng tá tràng, tuy nhiên chúng tôi thấy kỹ thuật này không cần thiết, khi mà ống tụy đã được xẻ tối đa đến sát tá tràng. Kempeneers và cs.⁸ còn chỉ ra rằng có thể nhiều tác giả 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 kỹ thuật dẫn lưu ống tụy được sử dụng.

Tính an toàn của phẫu thuật Partington mở rộng có thể bị đặt nghi vấn, do phẫu thuật này có mức độ xâm lấn hơn so với phẫu thuật cổ điển. Trong nghiên cứu hiện tại, lượng máu mất là không đáng kể, không có tai biến trong mổ nào xảy ra, tỉ lệ biến chứng sớm sau mổ là 4,4%, không có tử vong trong 30 ngày hậu phẫu. Các tác giả Cahen và cs.,⁵ Delcore và cs.,⁶ Paye và cs.⁷ và Kempeneers và cs.⁸ báo cáo tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật Partington mở rộng lần lượt là 35%, 18%, 16% và 8,6%. Các tỉ lệ này không khác biệt nhiều với các nghiên cứu về phẫu thuật Partington cổ điển, có tỉ lệ từ 6-30%.^{15,16}

Điều này cho thấy phẫu thuật Partington mở rộng có thể được thực hiện an toàn.

Phẫu thuật Partington mở rộng hứa hẹn mang lại kết quả giảm đau tốt hơn so với phẫu thuật cổ điển. Paye và cs.⁷ chia người bệnh của họ thành hai nhóm: nhóm đạt được thông suốt Oddi vào lòng tá tràng (tương đương Partington mở rộng) và nhóm không thông suốt Oddi (tương đương Partington cổ điển). Kết quả giảm đau ở nhóm mở rộng cao hơn nhóm cổ điển (86% so với 50%). Cahen và cs.⁵ báo cáo kết quả giảm đau ở nhóm phẫu thuật Partington mở rộng là 75%, cao hơn hẳn nhóm nội soi mật tụy lấy sỏi (32%). Tác giả này lập luận rằng việc mở bao tụy và xả vào nhu mô tụy giúp giải áp áp lực mô kẽ, do đó việc xả nhu mô tụy có thể quan trọng hơn việc chỉ dẫn lưu ống tụy đơn thuần. Delcore và cs.,⁶ Kempeneers và cs.⁸ báo cáo kết quả giảm đau của phẫu thuật Partington mở rộng lần lượt là 86% và 62,2%. Trong các nghiên cứu, chỉ có Cahen và cs.⁵ sử dụng phương pháp tiến cứu và định nghĩa giảm đau dựa trên một thang điểm cụ thể (Izbicki), các nghiên cứu còn lại là hồi cứu và định nghĩa giảm đau dựa vào cảm nhận cá nhân của người bệnh nên kết quả giảm đau thực tế có thể thấp hơn báo cáo. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp đánh giá tương tự như của Cahen, cho kết quả giảm đau hiệu quả rất tốt là 82,2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Izbicki chỉ giảm xuống ngưỡng gần như thấp nhất tại tháng thứ 6, sau đó tiếp tục ổn định, điều này chứng tỏ những tháng đầu sau mổ kết quả giảm đau đạt được khá chậm, có thể là do tác động của cuộc mổ.

Đối với các người bệnh tái phát đau sau mổ, đầu tiên chúng tôi sẽ dựa trên hình ảnh học để đánh giá xem người bệnh có còn khối viêm khu trú hoặc sỏi gây tắc nghẽn ống tụy hay không. Nếu có, người bệnh

sẽ được xem xét mổ lại sớm nếu đau không cải thiện. Nếu không có các hình thái này, người bệnh sẽ được điều trị theo phác đồ giảm đau bậc thang tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới: paracetamol/NSAID trong 2 tuần, tramadol/codein trong tiếp 2 tuần, morphine ± thuốc hướng thần trong tiếp 2 tuần. Nếu sau 6 tuần theo phác đồ này, người bệnh vẫn không đạt giảm đau thỏa đáng (VAS>4), cần phải xem xét phẫu thuật cắt thần kinh tạng hoặc cắt toàn bộ tụy. Trong các người bệnh của nghiên cứu, có 1 người bệnh đau tái phát, không có hình ảnh khối viêm khu trú hoặc sỏi gây tắc nghẽn ống tụy, không đáp ứng với phác đồ giảm đau bậc thang tiêu chuẩn, đã được phẫu thuật cắt thần kinh tạng ngả lòng ngược để giảm đau. Nguyên nhân gây đau có thể do thần kinh: thâm nhiễm các dây thần kinh quanh tụy hoặc làm tăng đáp ứng các thụ thể thần kinh trung ương tại tụy.

Cải thiện chất lượng sống là một tiêu chí quan trọng khác trong đánh giá kết quả của một phương pháp phẫu thuật viêm tụy mạn. Pothula Rajendra và cs.¹⁷ sử dụng thang điểm SF-36, báo cáo chất lượng sống từ 26,7 trước mổ tăng thành 78,5 sau mổ. Cahen và cs.⁵ sử dụng thang điểm SF-36 cho kết quả cải thiện chất lượng sống sau mổ khá khiêm tốn, từ 35 lên 47, và từ 37 lên 45 lần lượt cho phương diện thể chất và tinh thần. Chúng tôi đánh giá chất lượng sống bằng SF-12, một công cụ ngắn gọn đã được chứng minh tương đương với SF-36.¹⁸ Kết quả chất lượng sống trong nghiên cứu của chúng tôi từ 45,6 trước mổ lên 76,7 sau mổ, khá tương đồng với Pothula Rajendra và cs.,¹⁷ khác biệt so với Cahen và cs.⁵ có thể do tình trạng kinh tế xã hội khác nhau ở từng vùng địa lý.

Phẫu thuật dẫn lưu được kì vọng bảo tồn chức năng tụy. Không giống phẫu thuật Frey hay các phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng, phẫu thuật

Partington mở rộng lấy đi rất ít nhu mô tụy. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tiêu phân mỡ sau mổ có cao hơn nhưng không đáng kể so với trước mổ (53,3% so với 33,3%), trong khi tỉ lệ sỏi đường không đổi thậm chí vài trường hợp cải thiện sau mổ (35,6% so với 37,8%). Buồn nôn- nôn, chán ăn, sụt cân cải thiện rõ sau mổ, có thể là do giảm đau hiệu quả. Boerma và cs.¹⁵ báo cáo tỉ lệ suy tụy ngoại tiết tăng rõ rệt so với trước mổ (83% so với 36%). Tỉ lệ suy tụy nội tiết không thay đổi so với trước mổ trong các báo cáo của Cahen và cs.,⁵ Boerma và cs.,¹⁵ Sielezneff và cs.,¹⁶ và Pothula Rajendra và cs.¹⁷ Các kết quả trên cho thấy phẫu thuật Partington mở rộng không ảnh hưởng nhiều đến chức năng tụy sau mổ.

Kết luận

Phẫu thuật Partington mở rộng giúp khắc phục hạn chế của phẫu thuật cổ điển, là việc bỏ sót các ống tụy tắc nghẽn và chứa sỏi ở vùng đầu- móc tụy. Các chứng cứ y học cho thấy phẫu thuật này có thể thực hiện an toàn, cho kết quả giảm đau và cải thiện chất lượng sống xuất sắc. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi đã củng cố cho luận điểm trên và cung cấp thêm chứng cứ cho phẫu thuật Partington mở rộng. Qua đó, chúng tôi kiến nghị sử dụng phẫu thuật Partington mở rộng trong điều trị đau do viêm tụy mạn có giãn ống tụy và có kích thước đầu tụy bình thường, thay thế cho phẫu thuật Partington cổ điển. Nghiên cứu này có thời gian theo dõi còn khá ngắn, một nghiên cứu dài hạn hơn nên được thực hiện để đánh giá đầy đủ hiệu quả của phương pháp phẫu thuật này.

Tài liệu tham khảo

1. Partington PF, Rochelle RE. Modified Puestow procedure for retrograde drainage of the pancreatic duct. *Ann Surg.* 1960;152:1037-1043. doi:10.1097/0000658-

196012000-00015

2. 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
3. ONeil SJ, Aranha GV. Lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis. *World J Surg.* 2003;27(11):1196-1202. doi:10.1007/s00268-003-7238-7
4. 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
5. 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
6. Delcore R, Rodriguez FJ, Thomas JH, Forster J, Hermreck AS. The role of pancreaticojejunostomy 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
7. Paye F, Nicoluzzi E, Calicis B, Ballardur P, Turet 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.
8. 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/znab473
9. 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 mạn có giãn ống tụy tại khoa Ngoại tổng hợp tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2022;514(1). doi:10.51298/vmj.v514i1.2501
10. Lê Cẩm Linh, Nguyễn Hồng Trang, Nguyễn Thị Hiển, Đỗ Sỹ Long, Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang. Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm tụy mạn sau phẫu thuật nối tụy ruột. *J 108 - Clin Med Pharmacy.*

- Published online December 6, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i7.902
11. 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
 12. 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
 13. 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
 14. 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
 15. 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
 16. 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
 17. Pothula Rajendra VK, Sivanpillay Mahadevan S, Parvathareddy SR, et al. Freys pancreaticojejunostomy 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
 18. 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