

Rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2

Hoàng Nguyên Huân¹, Trần Thiện Trung², Võ Duy Long^{2,3}, Trần Quang Đạt³, Trần Anh Minh²

1. Bệnh viện Lê Văn Thịnh, 2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 3. Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ:

Trần Thiện Trung,
Đại học Y Dược Thành phố Hồ
Chí Minh
217 Hồng Bàng, Phường Chợ
Lớn, TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: 0903 645 659
Email: drtranthientrung@yahoo.
com

Ngày nhận bài: 23/12/2025

Ngày chấp nhận đăng:

10/02/2026

Ngày xuất bản: 30/3/2026

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày (UTDD) vẫn là một trong những loại ung thư phổ biến hiện nay. Phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2 là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho những người bệnh UTDD giai đoạn chưa di căn xa. Rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2 là một biến chứng ít gặp nhưng gây ra hậu quả nặng nề nếu không được chẩn đoán và xử trí đúng. Hướng dẫn của Nhóm nghiên cứu quốc tế về rò tụy (International Study Group for Pancretic Fistula-ISGPF) vào năm 2016 đã được sử dụng trong một số nghiên cứu trên thế giới nhằm xác định rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2 điều trị ung thư dạ dày. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng hướng dẫn trên để xác định tỷ lệ rò tụy và các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu đoàn hệ 87 người bệnh UTDD được phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2 tại Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2021 đến tháng 7/2024 với mục tiêu: Xác định tỷ lệ rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2 dựa vào định nghĩa ISGPF 2016 và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ.

Kết quả: Tỷ lệ rò tụy sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,8%, trong đó có 4 trường hợp rò tụy độ B và 1 trường hợp rò tụy độ C. Thừa cân (BMI>25) là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2

Kết luận: Rò tụy là biến chứng cần chú ý mặc dù tỷ lệ thấp sau phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2, đặc biệt ở những nhóm người bệnh thừa cân.

Từ khóa: Ung thư dạ dày; Phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2; Rò tụy; ISGPF; 2016.

Postoperative pancreatic fistula after gastrectomy with D2 lymphadenectomy

Hoang Nguyen Huan¹, Tran Thien Trung², Vo Duy Long^{2,3}, Tran Quang Dat³, Tran Anh Minh²

1. Le Van Thinh Hospital, 2. Ho Chi Minh University of Medicine and Pharmacy, 3. Ho Chi Minh City University Medical Center

Abstract

Introduction: Gastric cancer (GC) remains one of the most common types of cancer. Gastrectomy with D2 lymphadenectomy is the standard treatment for patients with non-distant metastasis. Postoperative pancreatic fistula (POPF) after gastrectomy with D2 lymphadenectomy is an uncommon complication but may result in severe consequences if not promptly diagnosed and appropriately managed. The 2016 guidelines of the International Study Group for Pancreatic Fistula (ISGPF) have been applied in several studies worldwide to define POPF following gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer. This study applied these guidelines to determine the incidence of POPF and risk factors.

Patients and Methods: A retrospective cohort study was conducted on 87 patients with GC who underwent gastrectomy with D2 lymphadenectomy at the Department of Digestive Surgery, University Medical Center Ho Chi Minh City, from Jan 2021 to July 2024 in order to determine the incidence of POPF following gastrectomy with D2 lymphadenectomy based on the 2016 ISGPF definition and to identify risk factors.

Results: The incidence of POPF in our study was 5.7%, with 4 cases classified as grade B and 1 case as grade C. Overweight (BMI > 25) was identified as a risk factor that increased the incidence of POPF following gastrectomy with D2 lymphadenectomy.

Conclusion: Pancreatic fistula is a complication that requires attention despite its low incidence after gastrectomy with D2 lymphadenectomy, especially in overweight patients.

Keywords: Gastric cancer; Gastrectomy, D2 lymphadenectomy; Pancreatic fistula; ISGPF; 2016.

Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những loại ung thư phổ biến và gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Đây là căn bệnh đứng hàng thứ 6 về số lượng người mắc và là nguyên nhân dẫn đến tử

vong cho 750.000 người mỗi năm trên toàn cầu [1]. Điều trị UTDD là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật vẫn đóng vai trò chủ yếu, dù ở giai đoạn sớm hay giai đoạn tiến triển của bệnh. Cắt dạ dày nạo hạch D2 được Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản

đề cập lần đầu tiên vào năm 1963 và được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới cho đến ngày nay. Mặc dù phương pháp này đã được thực hiện tại nhiều trung tâm phẫu thuật trên toàn thế giới và trong nước, tuy nhiên nó vẫn còn là một kỹ thuật phức tạp và có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng, trong đó có rò tụy.

Rò tụy sau phẫu thuật (postoperative pancreatic fistula) - hay có thể gọi tắt là rò tụy - là biến chứng bắt đầu được chú ý sau các phẫu thuật cắt tụy. Nó có khả năng gây ra các hệ quả nghiêm trọng như xuất huyết trong ổ bụng và nhiễm trùng. Xuất huyết trong ổ bụng xảy ra do vỡ các túi phình mạch, được tạo thành khi các mạch máu trong ổ bụng tiếp xúc với men tụy – là chất có khả năng phân hủy protein và làm yếu đi thành mạch. Nhiễm trùng là do dịch tụy là môi trường để vi khuẩn phát triển, thường diễn tiến âm thầm và nhiều trường hợp cần phải can thiệp dẫn lưu ra ngoài. Gần đây, biến chứng rò tụy sau phẫu thuật cũng đã được quan sát thấy sau phẫu thuật cắt dạ dày.

Thống nhất chung về chẩn đoán rò tụy trên toàn thế giới được đưa ra lần đầu tiên vào năm 2005 bởi Nhóm nghiên cứu quốc tế về rò tụy (ISGPF). Đến năm 2016, hướng dẫn này đã được cập nhật mới [2]. Chẩn đoán rò tụy được đề cập đến trong đó dựa vào yếu tố tăng nồng độ amylase dịch dẫn lưu ổ bụng cao gấp 3 lần giới hạn bình thường kể từ ngày hậu phẫu thứ 3 trở đi kết hợp với 8 tiêu chuẩn về lâm sàng, phân thành 2 độ B và C. Nếu người bệnh chỉ có tăng nồng độ amylase mà không có triệu chứng lâm sàng sẽ được phân loại rò tụy sinh hóa. Hướng dẫn này đã được sử dụng trong nhiều nghiên cứu trên thế giới [3–5].

Tại Việt Nam, một nghiên cứu về kết quả phẫu thuật điều trị UTDD đã đề cập đến biến chứng rò tụy sau phẫu thuật trước đó tuy nhiên nghiên cứu chưa đề cập đến tiêu chuẩn chẩn đoán và chưa xác định được các yếu tố nguy cơ [6]. Trong bối cảnh đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm ứng dụng

hướng dẫn của Nhóm nghiên cứu quốc tế về rò tụy (ISGPF) năm 2016 để xác định tỷ lệ rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2 điều trị ung thư dạ dày giai đoạn T4a tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, đồng thời phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm sinh học của người bệnh, đặc điểm bệnh học và yếu tố phẫu thuật với nguy cơ rò tụy sau mổ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu đoàn hệ, 146 người bệnh được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn cT4a được phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2 tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 01/2021 đến tháng 07/2024. Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận (chấp thuận số 346/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 22 tháng 02 năm 2024).

Tiêu chuẩn chọn bệnh gồm: (1) chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn T4a bằng giải phẫu bệnh; (2) được chỉ định làm xét nghiệm nồng độ amylase dịch dẫn lưu ổ bụng kể từ ngày thứ hậu phẫu thứ 3.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Không làm xét nghiệm nồng độ amylase dịch dẫn lưu ổ bụng hoặc làm trước ngày hậu phẫu thứ 3.

Các yếu tố thu thập bao gồm:

Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới tính.

Đặc điểm lâm sàng: chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử hút thuốc lá, tiền sử phẫu thuật bụng trước đó, các bệnh lý đi kèm (đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch, bệnh hô hấp, bệnh thận mạn, bệnh gan), hội chứng hẹp đường ra dạ dày (hẹp môn vị), tình trạng thiếu máu, tình trạng suy dinh dưỡng.

Đặc điểm của khối u: vị trí u, kích thước khối u, mức độ di căn hạch

Đặc điểm của phẫu thuật: phương pháp phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mở, lượng máu mất, số hạch nạo vét, thời gian mổ

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm STATA. Phép kiểm Chi bình phương được sử dụng khi biến độc lập là biến định tính. Phép kiểm Fisher được sử dụng thay thế khi có một giá trị kỳ vọng trong bảng Chi bình phương <5. Phép kiểm Mann-Whitney U test được sử dụng khi biến độc lập là biến liên tục. Những yếu tố tiên đoán cho rò tụy sau phẫu thuật được kiểm định bằng các phép kiểm đơn biến. Những yếu tố nguy cơ có $p < 0,1$ được đưa vào phân tích đa biến hồi quy logistic.

Kết quả nghiên cứu

Từ tháng 2 năm 2021 đến tháng 7 năm 2024 có tổng cộng 148 người bệnh được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn cT4a và được chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2. Trong số này, có 44 trường hợp không có xét nghiệm nồng độ dịch amylase dẫn lưu vào ngày hậu phẫu thứ 3 trở đi và 17 trường hợp không có đầy đủ các thông tin cần thu thập nên bị loại bỏ. Cuối cùng, 87 người bệnh được chọn đưa vào nghiên cứu.

Trong 87 người bệnh nghiên cứu: Tuổi trung bình là 61,7; nam chiếm 71,3% và 8% người bệnh có thừa cân (BMI>25 kg/m²). 24 người bệnh có hút thuốc lá trước đó và 10 người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng. Tăng huyết áp là bệnh kèm phổ biến nhất với tỷ lệ là 1/3 dân số nghiên cứu, tiếp theo

là đái tháo đường (12,6%). Một nửa người bệnh có ghi nhận thiếu máu theo định nghĩa WHO; và 1/3 trường hợp có ghi nhận hẹp môn vị. Kích thước khối u trung bình là 5,05 cm; 88,5% trường hợp u nằm ở vị trí 1/3 dưới. Có 47 trường hợp được phẫu thuật nội soi.

Tỷ lệ rò tụy

Trong tổng số 87 người bệnh được đưa vào nghiên cứu, có 32 trường hợp có nồng độ amylase trong dịch dẫn lưu cao gấp ba lần giới hạn trên của giá trị bình thường. Trong số này, 27 trường hợp được xác định là rò tụy sinh hóa do không có biểu hiện bất thường trên lâm sàng, chiếm 31%. Ngoài ra, có 4 trường hợp rò tụy độ B cần điều trị nội khoa tích cực, chiếm 4,6%, và 1 trường hợp rò tụy độ C do người bệnh tử vong, chiếm 1,1%. Như vậy, tỷ lệ rò tụy độ B–C (5,8%) thấp hơn đáng kể so với rò tụy sinh hóa (31%).

Các đặc điểm liên quan đến rò tụy

Các đặc điểm sinh học, đặc điểm bệnh học, đặc điểm của khối u, đặc điểm phẫu thuật là những yếu tố có khả năng ảnh hưởng đến rò tụy sau phẫu thuật nên được đưa vào phân tích. Thừa cân (BMI>25) là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2 duy nhất trong nghiên cứu của chúng tôi. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về rò tụy ở nhóm người bệnh có thừa cân và không thừa cân với $p=0,007$.

Bảng 1: Phân độ rò tụy theo ISGPF 2016

	Số người bệnh	Tỷ lệ %
Rò tụy sinh hóa	27	31
Rò tụy độ B	4	4,6
Rò tụy độ C	1	1,2
Không rò tụy	55	63,2
Tổng cộng	87	100

Bảng 2: Đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm lâm sàng

Biến số	Tổng số (N=87)	Rò tụy (N=5)	Không rò tụy (N=82)	P value
Tuổi	61,7 ± 9,8	69 ± 8,3	61,2 ± 9,7	0,104+
Nam giới	62 (71,3%)	5 (100%)	57 (69,5%)	0,144*
Thừa cân	7 (8%)	2 (40%)	5 (6,1%)	0,007*
Tiền sử phẫu thuật bụng	10 (11,5%)	0 (0%)	10 (12,2%)	0,407*
Hút thuốc lá	24 (27,6%)	0 (0%)	24 (29,3%)	0,316*
Đái tháo đường	11 (12,6%)	2 (40%)	9 (11%)	0,118*
Tiền sử bệnh tim mạch	8 (9,2%)	0 (0%)	8 (9,8%)	0,464*
Tiền sử bệnh hô hấp	10 (11,5%)	1 (20%)	9 (10,9%)	0,539*
Tiền sử bệnh gan mạn tính	8 (9,2%)	0 (0%)	8 (9,2%)	0,464*
Tăng huyết áp	27 (31,0%)	3 (60%)	24 (29,3%)	0,171*
Thiếu máu	44 (50,51%)	4 (80%)	40 (48,8%)	0,36*
Thiếu albumin	14 (16,1%)	0 (0%)	14 (17,1%)	0,588*
Thiếu protein	18 (20,7%)	0 (0%)	18 (22%)	0,779*
Hep môn vị	29 (33,3%)	2 (40%)	27(32,9%)	1*

Số liệu được trình bày trong bảng dưới dạng: trung bình +/- độ lệch chuẩn và số (tỉ lệ)
 *Phép kiểm Fisher
 +Phép kiểm Mann-Whitney

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật và khối u

Biến số	Tổng số (N=87)	Rò tụy (N=5)	Không rò tụy (N=82)	P value
Phẫu thuật nội soi	47	3 (60%)	44 (55%)	0,782*
Thời gian mổ (phút)	156,7 ± 45	164 ± 40,8	156,27 ± 45,4	0,722+
Lượng máu mất (ml)	93,3 ± 79,8	135 ± 90,5	90,8 ± 79,1	0,195+
Số hạch nạo vét	33,77 ± 13,01	34,4 ± 9,71	33,73 ± 13,23	0,736+
Kích thước khối u	5,05 ± 1,81	5,1 ± 2,61	5,05 ± 1,76	1+
Vị trí u				
1/3 giữa	10 (11,5%)	0 (0%)	10 (12,2%)	0,407*
1/3 dưới	77 (88,5%)	5 (100%)	72 (87,8%)	
Mức độ di căn hạch				
N0	22 (25,3%)	1 (20%)	21 (25,6%)	0,675*
N1	17 (19,5%)	0 (0%)	17 (20,7%)	
N2	19 (21,8%)	1 (20%)	18 (21,9%)	
N3a	21 (24,1%)	2 (40%)	19 (23,2%)	
N3b	8 (8%)	1 (20%)	7 (8,6%)	

Số liệu được trình bày trong bảng dưới dạng: trung bình +/- độ lệch chuẩn và số (tỉ lệ)
 *Phép kiểm Fisher
 +Phép kiểm Mann-Whitney

Bàn luận

Rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2

Hiện nay, phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2 đã được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới và biến chứng rò tụy sau kỹ thuật này đang được chú ý đến trong thời gian gần đây. Hướng dẫn của ISGPF 2016 đã được dùng ở một số nghiên cứu lớn trên thế giới, tuy nhiên chưa được sử dụng rộng rãi ở Việt Nam. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng hướng dẫn trên và nhận thấy rằng: tỷ lệ rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2 trên nhóm người bệnh ung thư dạ dày giai đoạn T4a là 5,8% (5/87 người bệnh) và thừa cân là yếu tố nguy cơ dẫn đến biến chứng rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2.

Thực tế, một số nghiên cứu đã sử dụng định nghĩa ISGPF 2016 trong việc xác định rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch với tỷ lệ dao động từ 1-6%. Tỷ lệ rò tụy trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,8%; tương đương với một kết quả nghiên cứu tại Rumani trên 358 người bệnh [3] và cao hơn so với các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn và tại các nước Trung Quốc, Nhật Bản - cụ thể lần lượt là 1,1%, 1,6% [4,5]. Ngoài ra, chúng tôi còn quan sát thấy 27 trường hợp chỉ có nồng độ amylase của dịch dẫn lưu tăng gấp 3 lần giới hạn trên sau mổ mà không có bất kỳ dấu hiệu lâm sàng, nên được phân loại rò tụy sinh hóa.

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có những nguyên nhân sau đây giải thích cho việc báo cáo rò tụy chưa được thực hiện nhiều trong nước. Nguyên nhân thứ nhất có thể là việc hạn chế đặt ống dẫn lưu ổ bụng sau phẫu thuật khi không cần thiết theo khuyến cáo của chương trình tăng cường hồi phục sau mổ ERAS (Enhanced Recovery after Surgery). Với những trường hợp này, các người bệnh không có xét nghiệm nồng độ amylase dịch dẫn lưu ổ bụng sau mổ nên chẩn đoán rò tụy không được đặt ra và có thể trùng lặp trong chẩn đoán nhiễm trùng ổ bụng hoặc áp xe tồn lưu. Nguyên nhân thứ hai là cơ chế gây ra rò tụy chưa được phổ biến rộng rãi. Tác giả Nakanishi [7] và cộng sự đã tổng hợp từ nhiều nghiên cứu thực nghiệm và kết luận rằng tổn thương nhiệt và đè nén tụy là 2 nguyên nhân chính.

Trong 5 ca rò tụy của nghiên cứu chúng tôi, có 4 trường hợp được phân độ B và 1 trường hợp phân độ C. Trên lâm sàng, người bệnh rò tụy đều có một trong các đặc điểm cơ năng sau: đau bụng, trướng hơi, sốt. Về cận lâm sàng, nồng độ amylase dịch dẫn lưu tăng cao gấp 3 lần; có 1 trường hợp rò tụy độ C tăng cao kéo dài đến 14 ngày sau mổ. Tất cả 5 người bệnh đều được ghi nhận: tăng cao bạch cầu, CRP (C Reactive Protein), Procalcitonin. Siêu âm ổ bụng hoặc chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ghi nhận các ổ tụ dịch quanh tụy. Các trường hợp rò tụy đều được điều trị theo phác đồ: nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh tĩnh mạch, kháng tiết octreotide. 4 người bệnh rò tụy độ B đều xuất viện sau 6 đến 8 ngày sau mổ mà không can thiệp gì thêm. Trường hợp rò tụy độ C là một người bệnh nam, 78 tuổi, có khối u dạ dày kích thước 4 cm ở 1/3 dưới dạ dày, được phẫu thuật nội soi. Sau phẫu thuật, người bệnh có tình trạng nhiễm trùng, nồng độ amylase trong dịch dẫn lưu tăng cao và được điều trị nội khoa gồm nhịn ăn, kháng sinh và thuốc kháng tiết. Tuy nhiên, tình trạng nhiễm trùng không cải thiện, người bệnh được can thiệp dẫn lưu dịch dưới hướng dẫn siêu âm với lượng dịch khoảng 1000ml ở ngày hậu phẫu thứ 14. Người bệnh sau đó rơi vào tình trạng sốc và tử vong.

Sau khi nghiên cứu các trường hợp rò tụy sau mổ, chúng tôi gợi ý thực hành chẩn đoán rò tụy dựa trên ba tiêu chuẩn sau: (1) nồng độ amylase dịch dẫn lưu ổ bụng tăng gấp 3 lần giới hạn trên của mức tham chiếu; (2) Trên lâm sàng ghi nhận: đau bụng, sốt, các xét nghiệm gợi ý nhiễm trùng; (3) Hình ảnh học (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính) có ổ tụ dịch trong ổ bụng. Nếu người bệnh đáp ứng với điều trị nội khoa (nhịn ăn, kháng sinh, kháng tiết) thì phân độ B. Trong trường hợp người bệnh cần can thiệp (dẫn lưu, can thiệp mạch, mổ lại) thì phân độ C.

Yếu tố nguy cơ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thừa cân là một yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2. Kết quả này cũng được chứng minh ở một số nghiên cứu trước đây

[8]. Trong kỹ thuật cắt dạ dày nạo hạch D2, phẫu thuật viên có thể làm tổn thương bề mặt của tụy trong thì nạo các nhóm hạch trên tụy. Ở những người bệnh thừa cân, mỡ nội tạng có khối lượng lớn hơn so với người bình thường. Điều này gây khó khăn trong việc bộc lộ phẫu trường trong lúc nạo hạch và dẫn đến các tổn thương dạng đè nén lên bề mặt tụy.

Một nghiên cứu đa trung tâm tại Nhật Bản chỉ ra rằng tỷ lệ rò tụy sau phẫu thuật nội soi cắt dạ dày cao hơn so với phẫu thuật mổ mở ($p=0,04$) [4]. Trong 5 ca rò tụy trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 ca mổ nội soi và 2 ca mổ mở, trường hợp rò tụy độ C duy nhất trong nghiên cứu là sau phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,782$).

Hạn chế của nghiên cứu

Hạn chế của nghiên cứu chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu và cỡ mẫu nghiên cứu không quá lớn để đánh giá đầy đủ các yếu tố liên quan. Đồng thời, nghiên cứu chưa phân tích ảnh hưởng của rò tụy đến kết quả sớm của phẫu thuật như thời gian nằm viện sau phẫu thuật, các biến chứng tắc ruột, liệt ruột sau mổ.

Kết luận

Rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2 tuy ít gặp nhưng khi xảy ra lại gây ra các hậu quả nghiêm trọng. Định nghĩa của ISGPF 2016 trong chẩn đoán rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày đã được áp dụng tại nhiều trung tâm phẫu thuật trên toàn thế giới, nên việc ứng dụng vào các nghiên cứu trong nước là cần thiết. Việc xét nghiệm amylase dịch dẫn lưu ổ bụng sau phẫu thuật có thể giúp tầm soát sớm các trường hợp rò tụy. Cần lưu ý, thừa cân là một yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ rò tụy sau phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch D2.

Cam đoan

Nghiên cứu này là do chính bản thân tôi thực hiện, không do người khác làm thay. Kết quả trình bày trong bài báo được hoàn thành dựa trên các kết quả nghiên cứu của tôi và các kết quả này chưa được dùng cho bất cứ nghiên cứu nào khác.

Tài liệu tham khảo

1. Cancer today. Accessed July 7, 2023. <http://geo.iarc.fr/today/home>
2. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPF) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery*. 2017;584-591.
3. Martiniuc A, Dumitraşcu T, Ionescu M, et al. Pancreatic Fistula after D1+/D2 Radical Gastrectomy according to the Updated International Study Group of Pancreatic Surgery Criteria: Risk Factors and Clinical Consequences. Experience of Surgeons with High Caseloads in a Single Surgical Center in Eastern Europe. *Journal of Gastric Cancer*. 2021;16-29.
4. Hiki N, Honda M, Etoh T, et al. Higher incidence of pancreatic fistula in laparoscopic gastrectomy. Real-world evidence from a nationwide prospective cohort study. *Gastric Cancer*. 2018;162-170.
5. Wu J, Tang Z, Zhao G, et al. Incidence and risk factors for postoperative pancreatic fistula in 2089 patients treated by radical gastrectomy: A prospective multicenter cohort study in China. *International journal of surgery*. 2022;106219.
6. Anh Nguyễn Vũ Tuấn. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày. Luận án tiến sĩ y học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2023.
7. Nakanishi K, Kanda M, Sakamoto J, Kodera Y. Is the measurement of drain amylase content useful for predicting pancreas-related complications after gastrectomy with systematic lymphadenectomy? *World Journal of Gastroenterology*. 2020;1594-1600.
8. Kamiya S, Hiki N, Kumagai K, et al. Two-point measurement of amylase in drainage fluid predicts severe postoperative pancreatic fistula after gastric cancer surgery. *Gastric Cancer*. 2018;871-878.