

mình trở thành trò cười hay gánh nặng của gia đình... dẫn tới người bệnh sẽ có thể rơi vào tình trạng căng thẳng, lo âu, trầm cảm.

#### KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ ở đối tượng nghiên cứu là 89%, trong đó 11% không có rối loạn ngôn ngữ, 31% rối loạn ngôn ngữ nhẹ, 32% rối loạn ngôn ngữ mức độ vừa và 26% rối loạn mức độ nặng. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn ngôn ngữ như trình độ văn hóa, thời gian nhập viện, bệnh lý kèm theo, căng thẳng, lo âu, trầm cảm....

#### KHUYẾN NGHỊ

Nhân viên y tế khác nhau, đặc biệt là điều dưỡng có thể sử dụng test ART sàng lọc dễ dàng, nhanh chóng và chính xác. Cần mở rộng việc sàng lọc và can thiệp ngôn ngữ ở tất cả các tuyến y tế chứ không chỉ đơn thuần tập trung vào phục hồi chức năng vận động và cảm giác nhằm phát hiện sớm và can thiệp kịp thời tránh để các hậu quả do rối loạn ngôn ngữ gây ra cho người bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Hình và Nhóm chuyên gia** (2008). Tai biến mạch máu não Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí, Nhà xuất bản Y học.
2. **Nguyễn Đạt Anh và Lê Đức Hình** (2006). The Lancet Tiếp cận xử trí trong Thần kinh học, Nhà xuất bản thể giới.
3. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ, chủ biên, Bộ Y tế.
4. **Hoàng Bích Thủy** (2020). Ứng dụng trắc nghiệm thất ngôn "Aphasia rapid test" Bản tiếng

Việt ngữ sàng lọc thất ngôn trên người bệnh nhồi máu não, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

5. **Thommessen, B. và Wyller, T. B** (2007). "Hospital-based rehabilitation after stroke]", Tidsskr Nor Laegeforen. 127(9), tr. 1224 - 7.
6. **Kempf, S. và các cộng sự** (2014). "Potential analysis of research on speech therapy-led communication training in aphasia following stroke]", Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 108 Suppl 1, tr. S45 - 52.
7. **Dalemans, R. J. và các cộng sự** (2010). "An investigation into the social participation of stroke survivors with aphasia", Disabil Rehabil. 32(20), tr. 1678 - 85.
8. **Kelly, H., Brady, M. C. và Enderby, P** (2010). "Speech and language therapy for aphasia following stroke", Cochrane Database Syst Rev(5), tr. Cd000425.
9. **Kertesz, A. và Sheppard, A** (1981), "The epidemiology of aphasic and cognitive impairment in stroke: age, sex, aphasia type and laterality differences", Brain. 104(Pt 1), tr. 117 - 28.
10. **Lee, H. và các cộng sự** (2015). "Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke", Yonsei Med J. 56(6), tr. 1694 - 702.
11. **Rosselli, M. và các cộng sự** (1990). "Normative data on the Boston Diagnostic Aphasia Examination in a Spanish-speaking population", J Clin Exp Neuropsychol. 12(2), tr. 313 - 22.
12. **Baker, C. và Worrall, L** (2018). "A systematic review of rehabilitation interventions to prevent and treat depression in post-stroke aphasia". 40(16), tr. 1870 - 1892.

## THÔNG BÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG CẮT KHỎI TÁ TỤY KÈM CẮT ĐOẠN TĨNH MẠCH CỦA ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHẦN THẤP ỐNG MẬT CHỦ

NGUYỄN HOÀNG<sup>1,2</sup>,  
NGUYỄN ĐĂNG HƯNG<sup>1,2</sup>, NGUYỄN AN KHANG<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội  
<sup>2</sup>Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Ung thư đường mật là một trong những loại khối u có tiên lượng xấu. Ung thư đường mật được phân chia theo giải phẫu thành 3 loại:

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hoàng  
Email: drhoangnt29@gmail.com  
Ngày nhận: 15/9/2021  
Ngày phản biện: 22/10/2021  
Ngày duyệt bài: 03/11/2021

trong gan, rốn gan và phần thấp ống mật chủ (OMC), trong đó ung thư phần thấp OMC được định nghĩa là các tổn thương từ chỗ đổ của ống cổ túi mật vào OMC tới bóng Vater và đứng hàng thứ 2 trong các loại ung thư đường mật. Điều trị ung thư phần thấp OMC là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật triệt căn (R0) đóng vai trò quan trọng nhất. Trong những trường hợp u phần thấp ống mật chủ có xâm lấn tĩnh mạch cửa, để đạt được phẫu thuật R0 đòi hỏi phải cắt đoạn tĩnh

mạch cửa kèm theo. Chúng tôi thông báo ca lâm sàng phẫu thuật cắt khối tá tụy kèm theo cắt đoạn tĩnh mạch cửa nhằm điếm lại y văn về chẩn đoán xâm lấn tĩnh mạch cửa cũng như các phương pháp phục hồi lưu thông sau cắt đoạn tĩnh mạch cửa và kết quả của phẫu thuật này.

**Từ khóa:** Ung thư đường mật, ung thư phần thấp ống mật chủ, ung thư tụy, tĩnh mạch cửa.

#### SUMMARY

#### PANCREATODUODENECTOMY WITH PORTAL VEIN RESECTION FOR DISTAL CHOLANGIOCARCINOMA- A CASE REPORT

Cholangiocarcinoma is one of the tumor types with a poor prognosis. Cholangiocarcinoma is anatomically divided into 3 types: intrahepatic, perihilar and distal cholangiocarcinoma, in which, distal cholangiocarcinoma is confined to the area between the origin of the cystic duct and ampulla of Vater and ranks 2nd in cholangiocarcinoma types. Treatment of distal cholangiocarcinoma is multidisciplinary and surgery with R0 resection is the most important thing. In cases of distal cholangiocarcinoma with portal vein invasion, achieving R0 surgery requires resection of the associated portal vein. We report a case of pancreaticoduodenectomy with portal vein resection in order to review the literature on the diagnosis of portal vein invasion as well as the methods of restoring circulation after portal vein resection and outcome of this surgery.

**Keywords:** Cholangiocarcinoma, distal cholangiocarcinoma, pancreatic cancer, portal vein.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật là một trong những loại khối u có tiên lượng xấu, chiếm khoảng dưới 1% các loại ung thư và khoảng 3% các khối u đường tiêu hóa<sup>[1]</sup>. Ung thư đường mật được phân chia theo giải phẫu thành 3 loại: trong gan, rốn gan và phần thấp ống mật chủ (OMC), trong đó ung thư phần thấp OMC theo AJCC (American Joint Committee on Cancer) được định nghĩa là các tổn thương từ chỗ đổ của ống cổ túi mật vào OMC tới bóng Vater và đứng hàng thứ 2 trong các loại ung thư đường mật, với nhiều trường hợp rất khó có thể chẩn đoán phân biệt ung thư phần thấp OMC với ung thư vùng đầu tụy<sup>[2,3]</sup>. Điều trị ung thư phần thấp OMC là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật triệt căn (R0) đóng vai trò quan trọng nhất<sup>[1]</sup>.

Gần đây, các khái niệm về các khối u tụy giáp biên có khả năng phẫu thuật triệt căn đã được công bố trong các hướng dẫn phân loại của các tác giả Nhật Bản<sup>[4]</sup>. Tuy nhiên, đối với ung thư phần thấp OMC, đặc biệt là các khối u tiến triển có xâm lấn mạch máu, các khái niệm

về u giáp biên có khả năng phẫu thuật triệt căn vẫn còn nhiều tranh cãi.

Chúng tôi thông báo ca lâm sàng phẫu thuật cắt khối tá tụy kèm cắt đoạn tĩnh mạch cửa do u phần thấp OMC xâm lấn tĩnh mạch cửa (TMC) nhằm điếm lại y văn về chẩn đoán và chỉ định cắt đoạn TMC, kỹ thuật phục hồi mạch máu trong phẫu thuật cắt khối tá tụy, các yếu tố nguy cơ, kết quả gần và xa của kỹ thuật.

#### TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 59 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không có bệnh lý cao huyết áp, đái tháo đường. Cách vào viện 15 ngày bệnh xuất hiện đau tức thượng vị âm ỉ tăng dần, tiểu vàng sậm, không sốt, không vàng da, khám lâm sàng bệnh nhân có thể trạng tốt, không phù, không xuất huyết dưới da, không có hội chứng nhiễm trùng, ấn tức hạ sườn phải, hội chứng hoàng đãm mức độ nhẹ, không thấy tuần hoàn bàng hệ, không có dịch ổ bụng. Bệnh nhân được làm xét nghiệm máu thấy có hội chứng tắc mật (billirubin toàn phần 50,9 umol/L, billirubin trực tiếp 49,0 umol/L), hội chứng huỷ hoại tế bào gan (GOT/GPT: 335/328 U/L, GGT: 3352 U/L), chất chỉ điếm khối u CA19-9 tăng ( 88,7 U/mL). Các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường (siêu âm tim, chức năng hô hấp). Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng thấy giãn đường mật trong và ngoài gan, túi mật giãn, thành dày 4mm, không thâm nhiễm mỡ, ống mật chủ thành dày, ngấm thuốc, nghi ngờ hẹp đoạn đổ vào tá tràng. Chụp cộng hưởng từ thấy đoạn thấp ống mật chủ giãn 11 mm, dày thành trên đoạn 30mm gây hẹp lòng, ranh giới không rõ với đầu tụy. Nhiều hạch quanh đầu tụy, hạch lớn nhất đường kính 11mm. Bệnh nhân được chụp mật tụy ngược dòng có đoạn thấp ống mật chủ hẹp gần hoàn toàn trên đoạn dài 5 cm.

Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 04/03/2020, trong ổ ổ bụng có ít dịch vàng, phúc mạc nhẵn. OMC giãn 1,5cm, túi mật căng to. Phần thấp OMC có khối u kích thước 2x3cm xâm lấn tổ chức xung quanh, khối này xâm lấn thành bên TMC phía trên ngã 3 hội lưu thân lách mạch treo tràng dưới 1cm và xâm lấn trên một đoạn dài 1,5cm, hạch nhóm 8, 12, 13 to và chắc. Bệnh nhân được tiến hành cắt khối tá tụy kèm cắt đoạn TMC, nạo vét các nhóm hạch 7, 8, 9, 12, 13 nối TMC tận-tận và nối tụy với dạ dày. Thời gian làm miệng nối TMC khoảng 15 phút. Kiểm tra sau đó miệng nối lưu thông bình thường, không thấy hẹp, ruột non hồng, nhu động bình thường. Dùng thuốc chống đông Heparin toàn thân liều duy nhất. Bệnh nhân hậu phẫu bệnh nhân ổn định. Ngày thứ 5 bắt đầu

trung tiện, ngày thứ 7 cho ăn. Xét nghiệm Amylase dịch dẫn lưu ngày thứ 3 (10UI/L). Hậu phẫu ngày thứ 10 xuất hiện dịch màu trắng đục qua dẫn lưu đặt mặt trước tụy khoảng 50ml/ngày nhưng lâm sàng không thấy bất thường. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính kiểm tra lại phát hiện ít dịch quanh tụy và ổ dịch nhỏ rốn lách đường kính khoảng 2cm, sau đó dẫn lưu ra ít dần và được ra viện ngày thứ 20 sau mổ. Giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô tuyến ống mật xâm lấn nhu mô tụy, xâm nhập bạch huyết, tổ chức ung thư xâm nhập đoạn TMC, di căn 1/22 hạch (pT3N1).

#### BÀN LUẬN

Chụp CLVT đa dãy rất có giá trị trong chẩn đoán xác định cũng như chẩn đoán giai đoạn trong ung thư phần thấp OMC đặc biệt là tổn thương xâm lấn mạch máu, từ đó giúp cho việc xác định khả năng cắt bỏ<sup>[5]</sup>. Một vài nghiên cứu cho thấy đối với phát hiện xâm lấn TMC, CLVT có độ chính xác tới 87%, đối với di căn hạch có độ nhạy 61% và độ đặc hiệu 88%<sup>[6]</sup>. Chụp CHT là phương pháp phổ biến có giá trị để chẩn đoán và đánh giá giai đoạn ung thư đường mật<sup>[5]</sup>. CHT đối với chẩn đoán xâm lấn TMC có độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 93%, xâm lấn động mạch có độ nhạy 58-73% và độ đặc hiệu là 93%, phát hiện các hạch di căn có độ chính xác 66%<sup>[7,8]</sup>.

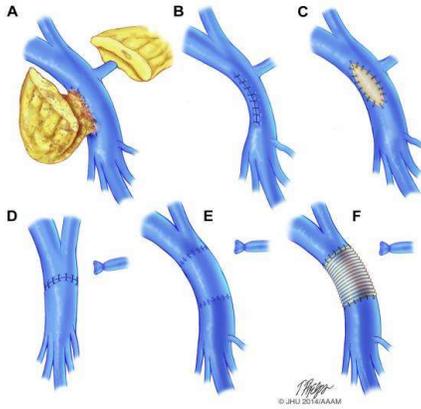
Siêu âm nội soi (SANS) và siêu âm nội soi trong lòng ống (Intraductal ultrasonography - IDUS) là 2 phương pháp hữu hiệu được dùng để đánh giá giai đoạn và sự xâm lấn mạch máu của các khối u ở phần thấp OMC với độ chính xác khá cao, theo K.Tamada và các cộng sự là 91% khi áp dụng SANS và 100% khi áp dụng IDUS đánh giá xâm lấn TMC<sup>[10]</sup>. Tuy nhiên, việc áp dụng 2 phương pháp này vào chẩn đoán khá khó khăn vì thiếu thốn phương tiện và đòi hỏi trình độ cao của người thực hiện. Như vậy, đối với mỗi phương pháp đều có độ nhạy và độ đặc hiệu cũng như độ chính xác khác nhau phụ thuộc khá nhiều vào trình độ của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cũng như tình trạng của khối u. Đối với bệnh nhân của chúng tôi đã được tiến hành chụp CLVT và CHT, hội chẩn cùng các chuyên gia về chẩn đoán hình ảnh nhưng trước mổ không phát hiện có xâm lấn TMC. Điều này phù hợp với trong phẫu thuật vì tổn thương chỉ là một đoạn TMC mật độ hơi cứng hơn bình thường, mất đi sự mềm mại của thành mạch máu, dày thành hơn bình thường rất ít, khó có thể phát hiện trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Có thể thấy rằng, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nêu trên sẽ rất hiệu quả trong đánh giá khả năng không thể phẫu thuật triệt căn của các khối u

xâm lấn nhiều mạch máu. Đối với việc đánh giá có hay không có xâm lấn mạch máu vẫn còn một số hạn chế nhất là trong các giai đoạn sớm, nhưng để tối ưu hóa hiệu quả chẩn đoán, chúng tôi đề nghị nên chụp CLVT kết hợp CHT để chẩn đoán nếu có nghi ngờ.

Về chỉ định phẫu thuật đối với ung thư phần thấp OMC không phải lúc nào cũng dễ dàng đặc biệt với các trường hợp nghi ngờ có xâm lấn mạch máu và cần phối hợp nhiều phương tiện chẩn đoán trước mổ để giảm thấp nhất tỉ lệ bệnh nhân phải mổ thăm dò hoặc phẫu thuật không triệt căn. Ranh giới khả năng phẫu thuật triệt căn của các khối u tụy được định nghĩa cơ bản dựa trên sự liên quan với các mạch máu chính như TMC, TM MTTT, ĐM MTTT, ĐM thân tạng, ĐM gan. Bởi vì sự liên quan gần gũi về mặt phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật tiêu chuẩn (phẫu thuật Whipple) nên khả năng phẫu thuật triệt căn của ung thư phần thấp OMC cũng được đánh giá như vậy. Tỉ lệ cắt đoạn TMC kèm theo trong điều trị ung thư phần thấp OMC trong các nghiên cứu trước đây rất thay đổi, có thể dao động từ 2,4% tới 17,5%<sup>[11]</sup>, có thể nói là khá thấp so với các loại ung thư khác như ung thư tụy (21,5% - 64,1%). Về mặt giải phẫu, TMC hay TM MTTT được bao quanh trực tiếp bởi nhu mô tụy do vậy tỉ lệ xâm lấn TMC trong ung thư phần thấp OMC thấp hơn. Vì thế, dữ liệu các nghiên cứu về sự xâm lấn TMC của nó khá khiêm tốn.

Chiều và cộng sự lần đầu tiên thông báo trường hợp cắt TMC 2 thì kèm theo cắt khối tá tụy để làm tăng khả năng cắt bỏ và tính triệt căn trong phẫu thuật ung thư OMC<sup>[15]</sup>: thì đầu tiên sẽ phẫu tích và thắt TMC để tuần hoàn bàng hệ cửa chủ phát triển, thì hai sẽ cắt khối tá tụy kèm cắt TMC mà không cần khôi phục dòng chảy TMC<sup>[15]</sup>. Tuy nhiên, phương pháp này có nhiều nhược điểm. Tiếp đó, McDermotte báo cáo phương pháp cắt khối tá tụy và TMC 1 thì sử dụng miệng nối hệ TMC và tĩnh mạch chủ, và phương pháp này cũng có nhiều nhược điểm. Vì vậy, việc tái lập lưu thông TMC là cần thiết với nhiều phương pháp được công bố như sử dụng đoạn mạch nhân tạo, tự thân (*homo- or autograft vessel transplantation*), miệng nối tận tận của TMC, tạo hình TMC, sử dụng miếng vá tự thân hoặc nhân tạo. Trong nghiên cứu của Natalia O. Glebova, nghiên cứu với 128 bệnh nhân có cắt TMC và phục hồi lưu thông cho rằng thời gian phẫu thuật kéo dài và sử dụng mảnh ghép nhân tạo là các yếu tố nguy cơ của huyết khối TMC sau phẫu thuật<sup>[16]</sup>. Về vấn đề huyết khối cho các bệnh nhân sau tái lập lưu thông, kinh nghiệm của Natalia O. Glebova và cộng sự cho rằng có 2 nguyên nhân

là do kĩ thuật và do tái phát của khối u trong TMC<sup>[16]</sup>. Để hạn chế, người cho khuyến cáo rằng nên tránh sử dụng các mảnh ghép nhân tạo, các đoạn tĩnh mạch tự thân nên được sử dụng, tránh căng cho miệng nối bằng các kĩ thuật hỗ trợ như di động tốt các cấu trúc liên quan. Về kết quả xa, không có sự khác biệt về thời gian sống sau phẫu thuật giữa các phương pháp tái lập lưu thông TMC<sup>[16]</sup>.



**Hình 1: Các phương pháp tái tạo TMC [16]**

- A. Khối u xâm lấn TMC.
- B. Khâu tạo hình TMC.
- C. Sử dụng miếng vá nhân tạo.
- D. Nối TMC trực tiếp với miệng nối tận - tận.
- E. Sử dụng đoạn mạch tự thân.
- F. Sử dụng đoạn mạch nhân tạo.

Trong nghiên cứu của T. Maeta và cộng sự không thấy có sự khác biệt về tỉ lệ tai biến và tử vong sau mổ giữa các bệnh nhân có cắt đoạn TMC và không cắt đoạn TMC. Tuy nhiên, tỉ lệ sống sau mổ 5 năm chỉ khoảng 15%<sup>[11]</sup>. Trong các nghiên cứu trước đó đều thể hiện các kết quả không khả quan về tỉ lệ sống sau phẫu thuật có cắt đoạn TMC kèm theo. Kurosaki thực hiện nghiên cứu với 7,4% bệnh nhân có cắt đoạn TMC, tất cả các bệnh nhân trên đều tử vong do tái phát trong vòng 14 tháng sau phẫu thuật và ông kết luận rằng cắt TMC không được khuyến cáo cho các ung thư phần thấp OMC tiến triển<sup>[12]</sup>. Miura và cộng sự cũng có báo cáo tương tự với tỉ lệ chết do tái phát trong vòng 40 tháng sau mổ<sup>[13]</sup>. Bahra cho rằng thời gian sống sau mổ trung bình của bệnh nhân có cắt đoạn TMC chỉ 11,2 tháng<sup>[14]</sup>. Các phân tích đa biến đã chỉ ra rằng các yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng xấu cho các bệnh nhân ung thư phần thấp OMC có phẫu thuật bao gồm xâm lấn xung quanh, xâm lấn tụy, di căn hạch và phẫu thuật R1/R2. Tỉ lệ các yếu tố trên lại hay gặp ở các bệnh nhân có cắt đoạn TMC cao hơn có ý nghĩa thống kê ở so với các

bệnh nhân khác. Vì vậy, các bệnh nhân có cắt đoạn TMC có tiên lượng xấu hơn, tỉ lệ bệnh nhân sống 5 năm sau mổ thấp.

Về kết quả xa, để đạt được hiệu quả tối ưu luôn cần kết hợp với điều trị đa mô thức. Tuy nhiên, chỉ có phẫu thuật với diện cắt R0 là phương pháp điều trị quan trọng nhất trong đó chẩn đoán có xâm lấn mạch máu hay không và khả năng cắt bỏ đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện kết quả và tỉ lệ sống lâu dài sau phẫu thuật. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (CHT) ảnh hưởng lớn đến cả chẩn đoán và lựa chọn phương pháp phục hồi lưu thông mạch máu.

Trong các nghiên cứu gần đây đều cho thấy thời gian sống trung bình của bệnh nhân cắt TMC đều ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với các bệnh nhân không cắt TMC. Miura và cộng sự đã nghiên cứu với 129 bệnh nhân ung thư phần thấp OMC trong đó có 8 bệnh nhân có cắt TMC thì thời gian sống trung bình là 3 tháng so với 39 tháng của các bệnh nhân không có cắt TMC với  $P < 0,001$ <sup>[13]</sup>. Tashiro báo cáo 2 bệnh nhân có cắt TMC tử vong sau 3 và 25 tháng sau phẫu thuật<sup>[17]</sup>. Kurosaki báo cáo 68 trường hợp ung thư phần thấp OMC trong đó có 5 trường hợp phẫu thuật có kèm cắt TMC tử vong trong vòng 14 tháng sau phẫu thuật do khối u tái phát<sup>[12]</sup>. Barbara cũng báo cáo thời gian sống trung bình của 9 bệnh nhân phẫu thuật có cắt TMC là 11,2 tháng và kết luận xâm lấn TMC là một yếu tố tiên lượng xấu, độc lập với thời gian sống sau mổ trong phân tích đa biến<sup>[14]</sup>. Ta có thể thấy rằng không chỉ số lượng các báo cáo về phẫu thuật ung thư phần thấp OMC có kèm cắt đoạn TMC ít mà số lượng bệnh nhân cũng rất hạn chế, thiếu đi những phân tích chuyên sâu của các bệnh nhân có xâm lấn TMC. Do đó, nguyên nhân của tiên lượng sống sau mổ khá xấu của các bệnh nhân ung thư phần thấp OMC có xâm lấn TMC cần được xem xét lại. Các bệnh nhân ung thư phần thấp OMC xâm lấn TMC xu hướng có nhiều yếu tố tiên lượng thời gian sống còn xấu hơn các bệnh nhân khác không có xâm lấn TMC như di căn hạch, mức độ ác tính, xâm lấn tại chỗ và xung quanh, xâm lấn tụy và mô bệnh học diện cắt là các yếu tố tiên lượng phụ thuộc lẫn nhau trên phân tích đa biến về thời gian sống sau mổ. Theo Miura, nguyên nhân ung thư phần thấp OMC xâm lấn TMC là yếu tố tiên lượng xấu đối với thời gian sống sau mổ là do sự xâm lấn rộng rãi vào dây chằng gan tá tràng (cuồng gan) hơn là do các yếu tố sinh bệnh học hoặc sự chậm trễ trong chẩn đoán<sup>[13]</sup>.

Tỷ lệ biến chứng do phẫu thuật cắt khối tá tụy kèm cắt đoạn TMC vẫn ở mức cao, trong khi đó tỉ lệ tử vong đã giảm đi. Siriwardana đã hồi cứu lại kết quả của 52 báo cáo với 1646 bệnh nhân đã thấy rằng tỉ lệ biến chứng trung bình của phẫu thuật là 42% (từ khoảng 9% tới 78%), có 73 bệnh nhân tử vong (5,9%) trên 1235 bệnh nhân trong 39 nghiên cứu (trong khoảng từ 0% tới 26%). Trong khi trước đó, tỉ lệ tử vong của phẫu thuật này là hơn 20% khi mới bắt đầu thực hiện cách đây 30 năm và trong những năm gần đây tỉ lệ này giảm xuống < 5%<sup>[18]</sup>. Nguyên nhân đem lại những kết quả như vậy vì những tiến bộ trong chẩn đoán chính xác giai đoạn u trước mổ, kỹ năng phẫu thuật và các phương pháp điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật. Theo Amikasa, phẫu thuật phức tạp và nhiều biến chứng này nên được phẫu thuật ở các trung tâm lớn thực hiện > 40 ca / năm có tỉ lệ tử vong thấp hơn đáng kể so với các trung tâm thực hiện < 40 ca/năm (4% so với 12,3%) và cùng với các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm thực hiện > 4 ca/năm sẽ giảm tỉ lệ biến chứng do phẫu thuật<sup>[19]</sup>. Bệnh nhân của chúng tôi không có biến chứng sau mổ, kiểm tra 3 tháng sau mổ không thấy có dấu hiệu tái phát tại chỗ và di căn xa.

Trong vòng 30 năm qua, tỉ lệ phẫu thuật cắt khối tá tụy kèm cắt đoạn TMC đã tăng lên, tuy nhiên tỉ lệ sống sau 5 năm vẫn còn thấp vì phần lớn các bệnh nhân trong trường hợp này là các khối u trong giai đoạn tiên triển tại chỗ, tỉ lệ diện cắt dương tính vẫn còn cao. Điều đó cho thấy rằng điều kiện đạt diện cắt âm tính (R0) là chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy có cắt đoạn TMC.

#### KẾT LUẬN

Ung thư phần thấp OMC là một tổn thương hiếm gặp với phương pháp điều trị tiêu chuẩn là cắt khối tá tụy. Với những khối u tiên triển tại chỗ xâm lấn mạch máu (TMC, TM MTTT) thì phẫu thuật cắt khối tá tụy cùng với cắt đoạn TMC, tái lập lưu thông mạch máu, nhằm đảm bảo phẫu thuật R0 được chỉ định ngày càng rộng rãi và thực hiện an toàn với tỉ lệ biến chứng và tử vong sau mổ không khác biệt với nhóm các bệnh nhân được cắt khối tá tụy đơn thuần. Tuy nhiên, tỉ lệ sống 5 năm sau mổ của 2 nhóm lại có sự khác nhau vì sự khác biệt về giai đoạn khối u. Các phương pháp điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật (hóa chất,...) chỉ có tác dụng hạn chế với các bệnh nhân có khả năng dung nạp điều trị. Vì vậy, phẫu thuật cắt khối tá tụy với diện cắt R0 là yếu tố quyết định tiên lượng của bệnh nhân ung thư phần thấp OMC.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Waseem D, Tushar P.** Intrahepatic,

perihilar and distal cholangiocarcinoma: Management and outcomes. *Annals of Hepatology.* 2017;16(1):133 - 139.

2. **Edge, SB, Byrd, DR, Carducci, MA., et al.,** editors. *AJCC Cancer Staging Manual.* 7. New York, NY: Springer; 2009.

3. **Razumilava N, Gores GJ.** Cholangiocarcinoma. *Lancet.* 2014 ;383 (9935) :2168 - 79.

4. **Shuji Isaji, Yasuhiro Murata, and Masashi Kishiwada.** *New Japanese Classification of Pancreatic Cancer.* Pancreatic Cancer. 2018.

5. **Kelly Fábrega-Foster, Mounes Aliyari Ghasabeh, Timothy M. Pawlik, and Ihab R. Kamel.** Multimodality imaging of intrahepatic cholangiocarcinoma. *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2017 Apr; 6(2): 67 - 78.

6. **So Yeon Kim.** Preoperative Radiologic Evaluation of Cholangiocarcinoma. *Korean J Gastroenterol.* 2017 Mar;69(3):159-163. English.

7. **Masselli G, Manfredi R, Vecchioli A, Galdi G.** MR imaging and MR cholangiopancreatography in the preoperative evaluation of hilar cholangiocarcinoma: correlation with surgical and pathologic findings. *Eur Radiol* 2008;18:2213 - 2221.

8. **Hänninen EL, Pech M, Jonas S, et al.** Magnetic resonance imaging including magnetic resonance cholangiopancreatography for tumor localization and therapy planning in malignant hilar obstructions. *Acta Radiol* 2005;46:462-470.

9. **Jhaveri, K. S., & Hosseini-Nik, H.** (2014). MRI of cholangiocarcinoma. *Journal of Magnetic Resonance Imaging,* 42(5), 1165 - 1179.

10. **Tamada K, Ido K, Ueno N, Ichiyama M, Tomiyama T, Nishizono T, Wada S, Noda T, Tano S, Aizawa T, et al.** Assessment of portal vein invasion by bile duct cancer using intraductal ultrasonography. *Endoscopy.* 1995 Oct; 27(8) : 573 - 8.

11. **Maeta, T., Ebata, T., Hayashi, E., Kawahara, T., Mizuno, S., ... Matsumoto, N.** (2017). Pancreatoduodenectomy with portal vein resection for distal cholangiocarcinoma. *British Journal of Surgery,* 104(11), 1549 - 1557.

12. **Kurosaki I, Hatakeyama K, Minagawa M, Sato D.** Portal vein resection in surgery for cancer of biliary tract and pancreas: special reference to the relationship between the surgical outcome and site of primary tumor. *J Gastrointest Surg* 2008; 12: 907 - 918.

13. **Miura F, Sano K, Amano H, Toyota N, Wada K, Yoshida M, et al.** Evaluation of portal vein invasion of distal cholangiocarcinoma as borderline resectability. *Journal of Hepato-BiliaryPancreatic Sciences.* 2015;22(4):294 - 300.

14. **Bahra M, Jacob D, Langrehr JM, Neumann UP, Neuhaus. P.** Carcinoma of the distal and middle bile duct: surgical results, prognostic factors, and long-term follow-up. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2008; 15: 501 - 507.

15. Child, C.G., 3rd.; Holswade, G.R.; McClure, R.D., Jr.; Gore, A.L.; O'Neill, E.A. Pancreaticoduodenectomy with Resection of the Portal Vein in the Macaca mulatta Monkey and in Man. Surg. Gynecol. Obstet. 1952, 94, 31 - 45.

16. Natalia O. Glebova, MD, PhD, Caitlin W. Hicks, MD, MS, Kristen M. Piazza, MSPAS, PA-C, Christopher J. Abularrage, MD, Andrew M. Cameron, MD, PhD, Richard D. Schulick, MD, MBA, Christopher L. Wolfgang, MD, PhD, and James H. Black III, MD, Aurora, Colo; and Baltimore, MD. Technical risk factors for portal vein reconstruction thrombosis in pancreatic

resection.. JOURNAL OF VASCULAR SURGERY. Volume 62, Number 2, 8/2015

17. Tashiro S et al. Surgical indication and significance of portal vein resection in biliary and pancreatic cancer. Surgery. 1991;109:481 - 7.

18. Siriwardana, H.P.; Siriwardana, A.K. Systematic Review of Outcome of Synchronous Portalsuperior Mesenteric Vein Resection During Pancreatectomy for Cancer. Br. J. Surg. 2006, 93, 662 - 673.

19. Akimasa Nakao. Selection and Outcome of Portal Vein Resection in Pancreatic Cancer. Cancers 2010, 2, 1990 - 2000.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG CỦA VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO VI KHUẨN HEAMOPHILUS INFLUENZAE Ở TRẺ EM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

ĐOÀN THỊ MAI THANH, BÙI SONG HƯƠNG  
*Bệnh viện Nhi Trung ương*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện nhằm tìm ra một số đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn *Heamophilus influenzae* ở trẻ em điều trị tại Khoa Điều trị Tự nguyện A, Bệnh viện Nhi Trung ương (BVNTU) từ 1/10/2017 đến 30/09/2018.

**Đối tượng nghiên cứu:** 50 bệnh nhi viêm phổi cộng đồng do vi khuẩn *Heamophilus influenzae* theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) lứa tuổi từ 1 tháng đến 15 tuổi nhập viện điều trị có xác định được vi khuẩn gây bệnh *Heamophilus influenzae* bằng bệnh phẩm dịch tỵ hầu.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả một loạt trường hợp bệnh.

**Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy có 34 bệnh nhân là trẻ trai chiếm tỷ lệ 68%, tuổi hay gặp nhất là dưới 1 tuổi (42%). 30% bệnh nhi ở lứa tuổi dưới 12 tháng đến 5 tuổi và 28% trên 5 tuổi, tỷ lệ nam: nữ = 2,1:1 và 76% trẻ sống ở vùng thành thị. 100% trẻ nhập viện vì ho và 66,7% do sốt. Đa số bệnh nhân nghiên cứu được sử dụng kháng sinh trước vào viện (67,9%). Biểu hiện lâm sàng chủ yếu của viêm phổi do vi khuẩn là ho (100%), sốt (74%), khò khè (82%), rứt lõm lồng ngực (34%) và nghe có ran ẩm ở phổi (68%). Ngoài ra còn có các biểu hiện rối

loạn tiêu hóa, thiếu máu và nhịp tim nhanh. Bạch cầu tăng trong máu ngoại vi gặp ở 78% bệnh nhi, CRP tăng chiếm 54% và tổn thương dạng nốt, đám mờ nhỏ rải rác hai bên phổi trên X-quang là 80%.

**Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng: community pneumonia, Dịch tễ: epidemiological, Trẻ em: children.

### SUMMARY

SOME CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COMMUNITY PNEUMONIA DUE TO BACTERIAL IN CHILDREN TREATED AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

**Objective:** A case series study was conducted to find out some of the epidemiological characteristics of patients with Bacterial Pneumonia in children treated at the General A Department, National Hospital of Paediatrics (NHP) from 1/10/2017 đến 30/09/2018.

**Study subjects:** 50 pediatric patients according to criteria of World Health Organization (WHO) aged from 1 month to 15 years hospitalized.

**Research methodology:** A case series study.

**Results:** The study found that 34 patients were young men accounted for 68%, the age of which was less than 1 year old (42% of pediatric patients aged less than 12 months, 1-5 years 30%. And > 5 years (28%). male to female ratio = 2,1:1 and 76% of children living in the urban area. 100% of children hospitalized for cough and 74 % Fever. The majority of patients who study are used pre-admission antibiotics (67.9%). The principal clinical manifestations of bacterial

Chịu trách nhiệm: Đoàn Thị Mai Thanh

Email: maithanhnhp@gmail.com

Ngày nhận: 28/9/2021

Ngày phản biện: 25/10/2021

Ngày duyệt bài: 11/11/2021