Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 322-326

EARLY OUTCOMES OF TOTAL PANCREATECTOMY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Pham Gia Anh*, Cao Manh Thau, Bui Trung Nghia, Phan Thanh Lam, Trinh Hong Son

Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 05/06/2026
Revised: 20/07/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical features and to evaluate the early outcomes of total pancreatectomy at the Department of Oncology and Radiation Therapy, Viet Duc University Hospital.

Methods: A retrospective descriptive study of 23 patients undergoing total pancreatectomy from May 2018 to August 2025.

Results: Mean age was 55.78 ± 20.14 years; male/female ratio ≈ 1.1/1. Abdominal pain occurred in 91.3% and malnutrition in 69.57%. The two leading pathologies were intraductal papillary mucinous neoplasm (30.43%) and pancreatic ductal adenocarcinoma (26.09%). Mean operative time was 478 ± 128 minutes with mean blood loss of 200 ± 80 ml. The R0 resection rate was 91.3%. Severe complication and perioperative mortality rate was 4.35%; mean hospital stay was 13 ± 2.5 days. At follow-up, 15/22 patients (68.18%) were alive, with a mean follow-up of 27.73 months.

Conclusions: Total pancreatectomy is a feasible and safe surgical approach, associated with a high rate of R0 resection and improved quality of life in selected patients.

Keywords: Total pancreatectomy, pancreatic cancer, early outcomes.

*Corresponding author
Email: phamgiaanh@gmail.com **Phone**: (+84) 975998989 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6283

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TỤY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Gia Anh*, Cao Mạnh Thấu, Bùi Trung Nghĩa, Phan Thanh Lâm, Trịnh Hồng Sơn

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, P. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 05/06/2026
Ngày sửa: 20/07/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ tụy tại Khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 23 bệnh nhân được cắt toàn bộ tụy từ tháng 5/2018 đến tháng 8/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình 55,78 ± 20,14; tỷ lệ nam/nữ ≈ 1,1/1. Đau bụng gặp ở 91,3%, suy dinh dưỡng 69,57%. Hai nhóm bệnh lý chính là u nhú nhày nội ống tụy (30,43%) và ung thư biểu mô tuyến tụy (26,09%). Thời gian mổ trung bình 478 ± 128 phút, mất máu 200 ± 80 ml. Tỷ lệ phẫu thuật triệt căn (R0) đạt 91,3%. Biến chứng nặng và tử vong chu phẫu 4,35%; thời gian nằm viện 13 ± 2,5 ngày. Tại thời điểm theo dõi, 15/22 bệnh nhân (68,18%) còn sống, thời gian theo dõi trung bình 27,73 tháng.

Kết luận: Cắt toàn bộ tụy là phẫu thuật khả thi, an toàn, đạt tỷ lệ triệt căn cao và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

Từ khóa: Cắt toàn bộ tụy, ung thư tụy, kết quả sớm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tụy, đặc biệt là các u tụy ác tính và các tổn thương tụy lan tỏa, vẫn là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng do thường được phát hiện muộn và có tiên lượng nặng. Phẫu thuật hiện vẫn là phương pháp điều trị triệt căn duy nhất có khả năng cải thiện tiên lượng cho người bệnh khi còn chỉ định cắt bỏ. Trong phần lớn các trường hợp, cắt tụy từng phần được ưu tiên nhằm bảo tồn chức năng tụy [1].

Tuy nhiên, trong những bệnh cảnh đặc biệt như tổn thương lan tỏa toàn bộ tuyến tụy, u đa ổ, ung thư tụy kèm giãn toàn bộ ống tụy, u nhú nhày nội ống lan rộng, viêm tụy mạn giai đoạn cuối hoặc tái phát sau phẫu thuật, cắt toàn bộ tụy là lựa chọn cần thiết để đạt được mục tiêu điều trị triệt căn [1-2]. Đây là phẫu thuật lớn, phức tạp, dẫn đến mất hoàn toàn chức năng nội tiết và ngoại tiết của tụy, gây đái tháo đường phụ thuộc insulin và suy tụy ngoại tiết suốt đời, đòi hỏi điều trị insulin và men tụy thay thế kéo dài, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống [2].

Trong thời gian dài, phẫu thuật này bị hạn chế chỉ định do tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Những năm gần đây, nhờ tiến bộ của gây mê hồi sức, kỹ thuật phẫu thuật cũng như các biện pháp kiểm soát đường huyết và bổ sung men tụy, kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tụy trên thế giới đã được cải thiện rõ rệt, cho phép mở rộng chỉ định ở những bệnh nhân được lựa chọn phù hợp [1-2].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá có hệ thống về kết quả phẫu thuật này vẫn còn hạn chế, chủ yếu ở dạng báo cáo trường hợp lâm sàng, đặc biệt là tại từng cơ sở điều trị cụ thể. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong giai đoạn từ năm 2018 đến nay, chúng tôi đã thực hiện cắt toàn bộ tụy cho nhiều nhóm chỉ định bệnh lý khác nhau. Việc đánh giá kết quả phẫu thuật, biến chứng sau mổ và khả năng kiểm soát suy tụy nội tiết, ngoại tiết ở nhóm bệnh nhân này là cần thiết nhằm nâng cao hiệu quả điều trị tại cơ sở. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt toàn bộ tụy tại Khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tụy tại Khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ 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 tụy đa ổ, không thể cắt khu trú; các khối u ác tính lan tỏa cả đầu, thân và đuôi tụy.

+ Bệnh nhân còn diện cắt dương tính sau cắt khối tá tụy hoặc cắt thân đuôi tụy - cắt lách, đòi hỏi cắt nốt phần tụy còn lại để bảo đảm triệt căn.

+ Ung thư tái phát phần tụy còn lại sau phẫu thuật cắt tụy trước đó.

+ Di căn tụy từ ung thư thận.

+ Một số chỉ định cân nhắc khác: chấn thương tụy toàn bộ không thể bảo tồn, hoặc biến chứng nặng trong điều trị (rò tụy, chảy máu, viêm tụy hoại tử...) mà cắt toàn bộ tụy có thể cứu sống người bệnh.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không đầy đủ, không thu thập được số liệu nghiên cứu; khối u di căn xa, di căn phúc mạc mà cắt toàn bộ tụy không mang lại lợi ích về thời gian sống và làm giảm chất lượng sống sau mổ; bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng (tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu) không cho phép phẫu thuật lớn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Ung bướu và Xạ trị,

*Tác giả liên hệ
Email: phamgiaanh@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 975998989 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6283

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 1/2024 đến tháng 8/2025; thời gian thu thập hồ sơ bệnh án từ tháng 5/2018 đến tháng 8/2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp theo dõi dọc. Bệnh nhân được thu thập thông tin trước mổ, đối chiếu phim cắt lớp vi tính trên hệ thống PACS của bệnh viện, theo dõi kết quả sau mổ, đánh giá dinh dưỡng trong 3 tháng sau mổ và theo dõi thời gian sống.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 23 bệnh nhân được đưa vào phân tích.

2.5. Thu thập và xử lý số liệu

Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Thông tin bệnh nhân được mã hóa và bảo mật, chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật (n = 23)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 45 tuổi	3	13,04
	45-70 tuổi	18	78,26
	> 70 tuổi	2	8,70
Giới	Nam	12	52,17
	Nữ	11	47,83
Tiền sử	Tăng huyết áp	3	13,04
	Đái tháo đường	4	17,39
	Viêm tụy mạn, sỏi tụy	4	17,39
	Dẫn lưu mật trước mổ	7	30,43
	Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	4	17,39
	Hóa chất trước mổ	7	30,43
Triệu chứng lâm sàng trước mổ	Đau bụng	21	91,30
	Vàng mắt, vàng da	7	30,43
	Sụt cân	16	69,57
	Rối loạn tiêu hóa	16	69,57
	Nhiễm trùng đường mật	3	13,04
	Thiếu máu	2	8,70

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 55,78 ± 20,14 tuổi (thấp nhất 26, cao nhất 78), trong đó nhóm 45-70 tuổi chiếm ưu thế với 78,26%. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,1/1. Có 7 bệnh nhân (30,43%) đã được điều trị hóa chất trước mổ và 30,43% được dẫn lưu mật, phản ánh nhóm bệnh nhân có tổn thương tiến triển và cần chuẩn bị tiền phẫu tích cực. 4 bệnh nhân (17,39%) có tiền sử viêm tụy mạn, sỏi tụy; và 4 bệnh nhân đã được phẫu thuật ổ bụng trước đó. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (91,3%), kế đến là sụt cân và rối loạn tiêu hóa (đều chiếm 69,57%); có 7 bệnh nhân (30,43%) vàng da phải dẫn lưu mật trước mổ.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính trước mổ (n = 23)

Đặc điểm	n	%
Hình ảnh tạo khối trên phim	23	100
Nhu mô tụy tăng kích thước, lan tỏa	7	30,43
Giãn ống tụy thể ống chính (IPMN)	9	39,13
U xâm lấn tạng khác	1	4,35
U xâm lấn mạch máu	8	34,78
Giãn đường mật do u chèn ép	10	43,49
Khả năng phẫu thuật triệt căn	21	91,30

Toàn bộ bệnh nhân có hình ảnh tạo khối trên cắt lớp vi tính; xâm lấn mạch máu gặp ở 34,78% và giãn đường mật do u vùng đầu và eo tụy chiếm 43,49%. Khả năng phẫu thuật triệt căn được đánh giá ở 91,3%; chỉ có 2 trường hợp khó xác định (u xơ cơ di căn phúc mạc và u thần kinh nội tiết di căn hạch nhóm 16), cho thấy cắt lớp vi tính có giá trị cao nhưng vẫn còn hạn chế trong đánh giá tổn thương di căn vi thể hoặc các thể u hiếm.

3.3. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Thời gian phẫu thuật trung bình là 478 ± 128 phút (300-600 phút). 100% bệnh nhân được đặt dẫn lưu ổ bụng, không có tai biến trong mổ. Lượng máu mất trong mổ trung bình là 200 ± 80 ml. Có 3 bệnh nhân cần truyền máu trong mổ với lượng máu trung bình 250 ml. Sau mổ, có 1 bệnh nhân (4,35%) chảy máu sau mổ cần truyền máu và mổ lại.

Bảng 3. Các hình thái phẫu thuật cắt toàn bộ tụy (n = 23)

Hình thái phẫu thuật	n	%
Cắt toàn bộ tụy bảo tồn lách	5	21,74
Cắt toàn bộ tụy kèm cắt lách đơn thuần bảo tồn tĩnh mạch của dạ dày	8	34,78
Cắt toàn bộ tụy kèm cắt lách và cắt kèm theo dạ dày do thiếu máu	5	21,74
Cắt toàn bộ tụy kèm cắt lách và tạo hình mạch máu	6	26,09
Cắt toàn bộ tụy kèm cắt lách, cắt u gan	1	4,35
Cắt khối tá tụy ở bệnh nhân đã cắt lách và thân đuôi tụy	1	4,35

Nghiên cứu thực hiện nhiều loại hình phức tạp, phẫu thuật cắt toàn bộ tụy bảo tồn lách thực hiện trong 5/23 trường hợp (21,74%). Cắt toàn bộ tụy kèm cắt lách đơn thuần, bảo tồn được tĩnh mạch của dạ dày ghi nhận ở 34,78% (8/23 bệnh nhân); cắt toàn bộ tụy kèm cắt lách và cắt dạ dày do thiếu máu gặp 5/23 bệnh nhân, trong đó có 2 bệnh nhân phải cắt toàn bộ dạ dày. Cắt toàn bộ tụy kèm cắt lách và tạo hình mạch máu chúng tôi ghi nhận ở 26,09% (6/23 bệnh nhân), trong đó tạo hình động mạch gan 1 trường hợp, còn lại là cắt đoạn tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tạo hình lại mạch máu dạ dày.

Bảng 4. Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ (n = 23)

Đặc điểm		n	%
Diện cắt	R0	21	91,30
	R1	2	8,70
Số lượng hạch nạo vét trên giải phẫu bệnh	< 15 hạch	1	4,35
	15-30 hạch	9	39,13
	> 30 hạch	13	56,52
Tổn thương giải phẫu bệnh	Ung thư biểu mô tuyến của tụy	6	26,09
	U nhú nhày nội ống của tụy	7	30,43
	Ung thư biểu mô ống tụy trên nền bệnh lý u nhú nhày nội ống (IPMC)	2	8,70
	Ung thư thần kinh nội tiết của tụy	4	17,39
	Ung thư tụy trên nền viêm tụy mạn, sỏi tụy	2	8,70
	Di căn tụy đa ổ từ u xơ cơ	1	4,35
	Khối u đầu tụy, viêm tụy mạn, sỏi tụy	1	4,35

Phẫu thuật triệt căn ở 91,3% (21/23 bệnh nhân); 2 bệnh nhân (8,7%) phẫu thuật R1, trong đó 1 trường hợp bệnh lý u xơ cơ di căn phúc mạc và 1 trương hợp u thần kinh nội tiết di căn. Số lượng hạch nạo vét ≥ 15 hạch chiếm 95,65%; chỉ có 1 trường hợp (4,35%) số lượng hạch nạo vét < 15 hạch do bệnh lý u xơ cơ di căn tại tụy và rốn gan. Chủ yếu 2 nhóm bệnh lý hay gặp là u nhú nhày nội ống tụy chiếm 30,43% (7/23 bệnh nhân), ung thư biểu mô tuyến của tụy gặp ở 26,09% (6/23 bệnh nhân). Còn lại các bệnh lý: ung thư thần kinh nội tiết của tụy (17,39%) và ung thư biểu mô ống tụy trên nền u nhú nhày nội ống (8,7%).

3.4. Kết quả sớm sau mổ

Thời gian rút ống nội khí quản trung bình 12 giờ, rút sonde dạ dày sau 2,2 ± 1,5 ngày và bắt đầu ăn đường miệng sau 2,2 ± 1,4 ngày. Ngay sau khi lấy bệnh phẩm tụy, 100% bệnh nhân cần insulin để kiểm soát đường huyết với liều trung bình ≈ 0,4 UI/kg/ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 13 ± 2,5 ngày.

Bảng 5. Biến chứng sớm sau mổ (n = 23)

Biến chứng	n	%
Tràn dịch màng phổi (độ I)	2	8,70
Nhiễm trùng vết mổ	4	17,39
Áp xe tồn dư, viêm phổi, viêm đường mật, nhiễm khuẩn huyết, chảy máu sau mổ, tử vong	1	4,35

Không gặp trường hợp nào chậm lưu thông tiêu hóa. Biến chứng nhẹ thường gặp là nhiễm trùng vết mổ (17,39%) và tràn dịch màng phổi độ I (8,7%). Có 1 trường hợp (4,35%) diễn biến nặng: sốt ngày thứ 8, ổ tụ dịch dưới gan, nhiễm khuẩn huyết và viêm phổi, sau đó chảy máu ngày thứ 10 phải mổ lại nhưng tình trạng nặng, gia đình xin ngừng điều trị - đây cũng là trường hợp tử vong chu phẫu duy nhất.

3.5. Kết quả theo dõi trung hạn

Trong 22 bệnh nhân còn lại sau giai đoạn chu phẫu, 7 trường hợp tử vong do bệnh lý tái phát (1 trường hợp tử vong do xuất huyết dạ dày tái diễn), thời gian sống trung bình 20,17 tháng (3-54 tháng). Tại thời điểm đánh giá, 15/22 bệnh nhân (68,18%) còn sống với thời gian theo dõi trung bình 27,73 tháng (6-60 tháng).

Bảng 6. Một số tiêu chí theo dõi ở 15 bệnh nhân còn sống (n = 15)

Tiêu chí		n	%
Cải thiện đau bụng		15	100
Cải thiện chất lượng phân		13	86,67
Hạ đường huyết nguy hiểm		1	6,67
Sụt cân	Cân nặng ổn định	9	60,00
	Sụt cân 10-20% trong 6 tháng	5	33,33
	Sụt cân > 20% trong 6 tháng	1	6,67
Nhu cầu men tụy	Mức độ nhẹ ≤ 25.000 UI	3	20,00
	Mức độ trung bình 25.000-50.000 UI	11	73,33
	Mức độ nặng ≥ 50.000 UI	1	6,67
Nhu cầu insulin	Mức độ nhẹ < 0,4 UI/kg/ngày	1	6,67
	Mức độ trung bình 0,4-0,6 UI/kg/ngày	12	80,00
	Mức độ nặng: > 0,6 UI/kg/ngày	2	13,33

Ở nhóm còn sống, 100% bệnh nhân cải thiện đau bụng và 86,67% cải thiện chất lượng phân so với giai đoạn ngay sau mổ. Hạ đường huyết nguy hiểm chỉ gặp ở 1 bệnh nhân (6,67%). Nhu cầu insulin và men tụy chủ yếu ở mức trung bình (80% và 73,33%), cân nặng được duy trì ổn định hoặc sụt < 20% ở 93,33% bệnh nhân.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,78 ± 20,14 tuổi, với nhóm 45-70 tuổi chiếm 78,26%, phù hợp với các báo cáo quốc tế cho thấy cắt toàn bộ tụy thường được chỉ định ở nhóm trung niên và cao tuổi do phần lớn liên quan đến bệnh lý ác tính như ung thư biểu mô tuyến tụy, IPMN lan tỏa hoặc u thần kinh nội tiết [2-3]. Tỷ lệ nam/nữ ≈ 1,1/1 tương tự nhiều loạt nghiên cứu trên thế giới [3-4]. Đáng chú ý, 17,39% bệnh nhân có tiền sử viêm tụy mạn hoặc sỏi tụy và 30,43% được dẫn lưu mật trước mổ. 4 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tụy trước đó (cắt thân đuôi tụy, phẫu thuật Frey...), cho thấy cắt toàn bộ tụy trong một số trường hợp là phẫu thuật bổ sung hoặc cứu vãn khi phẫu thuật trước không đạt diện cắt an toàn, tương tự nhận định của Hartwig W và cộng sự với 54% cắt toàn bộ tụy mở rộng trong loạt 434 bệnh nhân tại Heidelberg [5]. 7 bệnh nhân (30,43%) được hóa trị trước mổ, phù hợp với xu hướng điều trị tân bổ trợ trước phẫu thuật tụy lớn đang gia tăng tại các trung tâm

chuyên sâu, đặc biệt ghi nhận ở nhóm ung thư biểu mô tuyến [3], [5].

Nhóm nghiên cứu bao gồm nhiều trường hợp bệnh lý tụy phức tạp, đòi hỏi các hình thức cắt toàn bộ tụy đa dạng và mở rộng. Cắt toàn bộ tụy bảo tồn lách được thực hiện ở 21,74% trường hợp, chủ yếu khi tổn thương không xâm lấn cuống lách. Ngược lại, cắt toàn bộ tụy kèm cắt lách chiếm 78,26%, phản ánh tỷ lệ cao các tổn thương lan rộng vùng thân-đuôi tụy hoặc xâm lấn rốn lách. Đáng chú ý, cắt lách kết hợp cắt tĩnh mạch vị trái làm tăng nguy cơ ứ máu dạ dày; trong 7 trường hợp cắt tĩnh mạch vị trái, có 5 bệnh nhân phải cắt dạ dày do sung huyết nặng. Ngược lại, các trường hợp được tạo hình tĩnh mạch dạ dày (tĩnh mạch vị trái hoặc tĩnh mạch vị-mạc nối phải) đều duy trì dẫn lưu tĩnh mạch tốt và không cần cắt dạ dày. Ngoài ra, 26,09% bệnh nhân được cắt toàn bộ tụy kèm tái tạo mạch máu lớn, bao gồm động mạch gan, tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch mạc treo tràng trên, cho thấy khả năng triển khai các phẫu thuật tụy-mạch máu phức tạp tại cơ sở nghiên cứu. Kết quả này tương đồng với dữ liệu đa quốc gia cho thấy tạo hình mạch máu trong cắt toàn bộ tụy là yếu tố tiên lượng quan trọng về biến chứng và tử vong [6].

Thời gian mổ trung bình 478 ± 128 phút và lượng máu mất trung bình 200 ± 80 ml. Nghiên cứu của Hartwig W và cộng sự ghi nhận thời gian mổ trung bình 380 phút với lượng máu mất trung bình 1000 ml trên loạt 434 bệnh nhân [5]. Tỷ lệ mất máu thấp trong nghiên cứu chúng tôi cho thấy kiểm soát chảy máu hiệu quả. Trong quần thể bệnh nhân nghiên cứu, không có bệnh nhân nào gặp tai biến trong mổ, tỷ lệ phẫu thuật triệt căn R0 đạt 91,3%, tương đương hoặc cao hơn nhiều báo cáo quốc tế dao động từ 80-92% [5], [7]. Số lượng hạch nạo vét ≥ 15 hạch ở 95,66% bệnh nhân, đáp ứng tiêu chuẩn đánh giá giai đoạn bệnh theo khuyến cáo quốc tế (≥ 29 hạch trong nghiên cứu benchmark [7]).

Về biến chứng, tỷ lệ biến chứng nặng và tử vong chu phẫu 4,35% trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nhiều báo cáo quốc tế: Zakaria H.M và cộng sự ghi nhận 32% biến chứng nặng và tử vong 90 ngày 6,8% tại Mayo Clinic [4], trong khi Latenstein A.E.J và cộng sự báo cáo tử vong dao động từ 1,8-10,8% trong nghiên cứu tại 4 quốc gia [6]. Biến chứng nhẹ thường gặp là nhiễm trùng vết mổ (17,39%) và tràn dịch màng phổi độ I (8,7%), phù hợp với các mô tả trong y văn. Thời gian nằm viện trung bình 13 ± 2,5 ngày, tương đương các báo cáo quốc tế dao động trong khoảng 10-16 ngày [8-9].

Tại thời điểm kết thúc theo dõi, 68,18% bệnh nhân còn sống với thời gian theo dõi trung bình 27,73 tháng, phù hợp với các báo cáo quốc tế về tiên lượng sau cắt toàn bộ tụy trong bệnh lý ác tính [3]. Ở nhóm còn sống, chất lượng sống cải thiện rõ rệt: 100% giảm hoặc hết đau bụng, 86,67% cải thiện chức năng tiêu hóa, hạ đường huyết nặng chỉ gặp ở 6,67% và 93,33% duy trì cân nặng ổn định hoặc sụt < 20%. Toàn bộ bệnh nhân cần insulin và men tụy thay thế nhưng nhu cầu chủ yếu ở mức nhẹ đến trung bình và kiểm soát tốt với các phác đồ hiện hành; kết quả này phù hợp với nhận định của Casadei R và cộng sự [9] và benchmark quốc tế của Muller và cộng sự [7] (biến chứng nặng ≤ 37%, tử vong 90 ngày < 6%). Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên của Balzano G và cộng sự [10] cũng cho thấy cắt toàn bộ tụy kết hợp cấy ghép đảo tụy tự thân giúp duy trì kiểm soát đường huyết tốt, khẳng định vai trò phẫu thuật này trong cải thiện chất lượng sống khi có sự phối hợp chặt chẽ giữa ngoại khoa, nội tiết và dinh dưỡng.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt toàn bộ tụy là phương pháp điều trị hiệu quả trong những chỉ định chọn lọc, không chỉ góp phần kéo dài thời gian sống mà còn cải thiện đáng kể chất lượng sống của người bệnh. Việc quản lý lâu dài sau mổ cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa ngoại khoa, nội tiết và dinh dưỡng nhằm tối ưu hóa kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Crippa S, Tamburrino D, Partelli S et al. Total pancreatectomy: indications, different timing, and perioperative and long-term outcomes. Surgery, 2011, 149 (1): 79-86. doi: 10.1016/j.surg.2010.04.007

[2] Casadei R, Ricci C, Ingaldi C, Alberici L, Minni F. Contemporary indications for upfront total pancreatectomy. Updates Surg, 2021, 73 (5): 1205-1217. doi: 10.1007/s13304-021-01145-w

[3] Gudmundsdottir H, Adjei Antwi S.K, Thiels C.A et al. Evolution of the indications and outcomes of total pancreatectomy. J Am Coll Surg, 2026, 242 (3): 59-270. doi: 10.1097/XCS.0000000000001642

[4] Zakaria H.M, Stauffer J.A, Raimondo M, Woodward T.A, Wallace M.B, Asbun H.J. Total pancreatectomy: short- and long-term outcomes at a high-volume pancreas center. World J Gastrointest Surg, 2016, 8 (9): 634-642. doi: 10.4240/wjgs.v8.i9.634

[5] Hartwig W, Gluth A, Hinz U et al. Total pancreatectomy for primary pancreatic neoplasms: renaissance of an unpopular operation. Ann Surg, 2015, 261 (3): 537-546. doi: 10.1097/SLA.0000000000000791

[6] Latenstein A.E.J, Mackay T.M, Beane J.D et al. The use and clinical outcome of total pancreatectomy in the United States, Germany, the Netherlands, and Sweden. Surgery, 2021, 170 (2): 563-570. doi: 10.1016/j.surg.2021.02.001

[7] Müller P.C, Berchtold C, Kuemmerli C et al. International reference values for surgical outcomes of total pancreatectomy. JAMA Surg, 2026, 161 (1): 50-57. doi: 10.1001/jamasurg.2025.4941

[8] Müller M.W, Friess H, Kleeff J et al. Is there still a role for total pancreatectomy? Ann Surg, 2007, 246 (6): 966-975. doi: 10.1097/SLA.0b013e31815c2ca3

[9] Casadei R, Monari F, Buscemi S et al. Total pancreatectomy: indications, operative technique, and results. A single centre experience and review of literature. Updates Surg, 2010, 62 (1): 41-46. doi: 10.1007/s13304-010-0005-z

[10] Balzano G, Zerbi A, Aleotti F et al. Total pancreatectomy with islet autotransplantation as an alternative to high-risk pancreatojejunostomy after pancreaticoduodenectomy: a prospective randomized trial. Ann Surg, 2023, 277 (6): 894-903. doi: 10.1097/SLA.0000000000005673