

Kết quả sớm của phẫu thuật Partington-Rochelle điều trị viêm tụy mạn

Early results of Partington-Rochelle procedure for chronic pancreatitis

Lê Văn Thành, Vũ Văn Quang, Ngô Khánh Hoà

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật Partington-Rochelle điều trị viêm tụy mạn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 46 trường hợp viêm tụy mạn được phẫu thuật Partington-Rochelle, từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 7 năm 2021, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $52,7 \pm 12,9$ tuổi, 80,4% bệnh nhân là nam, chỉ số khối cơ thể (body mass index = BMI) trung bình trước phẫu thuật: $19,5 \pm 2,4\text{kg/m}^2$, đái tháo đường (34,8%), nghiện rượu (21,7%), viêm tụy cấp (15,2%), đau bụng (91,3%). Hình ảnh cắt lớp vi tính: Tụy to (10,9%), tụy teo (15,2%), đường kính ống tụy: $11,2 \pm 4,8\text{mm}$, sỏi tụy (93,5%), nang giả tụy (13,04%). Thời gian phẫu thuật: $145,43 \pm 25,92$ phút, lượng máu mất: $163,04 \pm 85,92\text{ml}$. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ, tỷ lệ biến chứng là 17,4%, bao gồm: Nhiễm khuẩn vết mổ (8,7%), xuất huyết tiêu hoá (2,2%), tắc ruột (4,3%), rò tụy (2,2%). Thời gian nằm viện trung bình là $9,1 \pm 1,8$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật Partington-Rochelle là phương pháp an toàn và hiệu quả được lựa chọn điều trị cho những trường hợp viêm tụy mạn có giãn ống tụy chính.

Từ khoá: Phẫu thuật Partington-Rochelle, viêm tụy mạn, nối tụy ruột.

Summary

Objective: To evaluate the results of the Partington-Rochelle procedure for chronic pancreatitis. **Subject and method:** A retrospective study of 46 cases of chronic pancreatitis who underwent Partington-Rochelle procedure from July 2017 to July 2021 at 108 Military Central Hospital. **Result:** The median age was 52.7 ± 12.9 years old, 80.4% of patients were male. The median pre-operative body mass index (BMI) was: $19.5 \pm 2.4\text{kg/m}^2$, diabetes (34.8%), alcoholism (21.7%), acute pancreatitis (15.2%), abdominal pain (91.3%). Computed tomography images: Enlarged pancreas (10.9%), pancreatic atrophy (15.2%), pancreatic duct diameter: $11.2 \pm 4.8\text{mm}$, pancreatic stone (93.5%), pseudocyst pancreas (13.04%). The operative time was 145.43 ± 25.92 minutes, intraoperative blood loss: $163.04 \pm 85.92\text{ml}$. There was no postoperative mortality, the morbidity rate was 17.4%, including: wound infection (8.7%), gastrointestinal bleeding (2.2%), intestinal obstruction (4.3%), pancreatic fistula (2.2%). The average hospital stay after surgery was 9.1 ± 1.8 days. **Conclusion:** Partington-Rochelle procedure was a safe and effective therapeutic option for chronic pancreatitis with dilated main pancreatic duct without inflammatory mass in the head of the pancreas.

Keywords: Partington-Rochelle procedure, chronic pancreatitis, pancreaticojejunostomy.

Ngày nhận bài: 6/02/2023, ngày chấp nhận đăng: 22/02/2023

Người phản hồi: Vũ Văn Quang, Email: quangptth108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Viêm tụy mạn là viêm dai dẳng dẫn đến tổn thương cấu trúc tụy với xơ hoá và chèn ép ống dẫn, tiếp theo là giảm chức năng ngoại tiết và nội tiết dẫn tới bệnh đái tháo đường và đau mạn tính. Uống rượu và hút thuốc là hai yếu tố nguy cơ chính của bệnh [1]. Các nghiên cứu chỉ ra rằng có từ 40-75% bệnh nhân viêm tụy mạn thất bại với điều trị nội khoa và can thiệp nội soi sau đó được xem xét để phẫu thuật, phổ biến nhất là do đau bụng.

Mục tiêu của phẫu thuật là giảm đau hiệu quả, giảm thiểu tỷ lệ biến chứng sớm và lâu dài, bảo tồn nhu mô tụy và chức năng tuyến tụy [1], [2]. Có nhiều phương pháp phẫu thuật đã được mô tả: Phẫu thuật cắt khối tá tụy Kausch-Whipple, cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị, phẫu thuật Beger, phẫu thuật Izbicki, phẫu thuật Frey... [3].

Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật được xác định bởi mức độ giãn ống tụy chính và hình thái của tuyến tụy. Năm 1958, Puestow và Gillesby giới thiệu nối tụy ruột bên bên theo chiều dọc, bao gồm đường rạch dọc theo ống tụy và cấy đuôi tụy vào quai chữ Y sau khi cắt lách và phần xa của tụy. Mặc dù phẫu thuật này giảm áp ống tụy dài hơn và hữu ích trong những bệnh nhân hẹp ở ống tụy chính, nhưng không thoả mãn giảm áp lực ống tụy ở đầu tụy và mỏm móc. Năm 1963, Partington-Rochelle sửa đổi phẫu thuật của Puestow-Gillesby bởi tạo một miệng nối dọc theo mặt trước của tụy và ống từ đầu tới đuôi với đường rạch dọc ở quai Y [4].

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật Partington-Rochelle trong điều trị viêm tụy mạn, sỏi tụy [5]. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả kỹ thuật này; vì vậy, mục tiêu nghiên cứu là đánh giá kết quả của phẫu thuật Partington-Rochelle cho bệnh nhân viêm tụy mạn.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân phẫu thuật Partington-Rochelle điều trị viêm tụy mạn, từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 7 năm 2021 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Phẫu thuật Partington-Rochelle được chỉ định ở những bệnh nhân viêm tụy mạn có đường kính ống tụy giãn trên 7mm, không có khối viêm khu trú.

Tiêu chuẩn loại trừ là ống tụy không giãn và nghi ngờ bệnh ác tính cao.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu hồi cứu.

2.2.1. Kỹ thuật

Mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn. Mở mạc nối lớn để vào hậu cung mạc nối. Bộc lộ mặt trước từ đầu tụy đến đuôi tụy. Xác định ống tụy giãn bằng siêu âm hoặc chọc kim nhỏ. Ống tụy chính được rạch từ mặt trước và được mở hoàn toàn từ đầu đến đuôi tụy. Sỏi tụy được lấy bỏ càng nhiều càng tốt. Giảm áp hoàn toàn các ống tụy ở đầu tụy và dẫn lưu toàn bộ chiều dài của ống tụy chính để ngăn ngừa sự tái phát của viêm tụy. Hồng tràng được cắt cách góc Treitz 40cm, đưa quai đi qua mặt sau mạc treo đại tràng nối với tụy theo kiểu bên bên bằng PDS 4/0; nối quai đến vào quai đi theo kiểu bên bên cách miệng nối tụy ruột 40-60cm. Một dẫn lưu ổ bụng được đặt ngay vị trí miệng nối tụy ruột.

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, các yếu tố dịch tể (uống rượu, viêm tụy cấp), các triệu chứng (đau bụng, ăn kém khó tiêu, gầy sút cân), BMI, đái tháo đường; các chỉ tiêu cắt lách vi tính: Nhu mô tụy to hay teo, đường kính ống tụy, sỏi tụy, nang giả tụy; kết quả phẫu thuật: Tai biến trong mổ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tỷ lệ biến chứng và tử vong, số ngày nằm viện sau phẫu thuật.

Các chỉ tiêu được thu thập từ dữ liệu trong hồ sơ bệnh án. Cường độ đau được ước tính với thang điểm tương tự cơn đau. Thang điểm đánh giá mức độ đau VAS (Visual Analog Scale) được sử dụng, trong đó 0 biểu thị không đau và 10 biểu thị đau liên tục, không thể chịu đựng được.

2.3. Xử lý số liệu

Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm.

3. Kết quả

Từ tháng 7 năm 2017 đến tháng 7 năm 2021, có 46 bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp của Partington-Rochelle điều trị viêm tụy mạn, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Kết quả
Tuổi trung bình (năm)	52,7 ± 12,9
Nam/nữ, n (%)	37 (80,4)
Uống rượu, n (%)	10 (21,7)
Viêm tụy cấp, n (%)	7 (15,2)
Đau bụng, n (%)	42 (91,3)
VAS trung bình, (điểm)	2,1 ± 0,4
Ăn kém khó tiêu, n (%)	6 (13,4)
Gầy sút cân, n (%)	4 (8,7)
BMI (kg/m ²)	19,5 ± 2,4
Đái tháo đường, n (%)	16 (34,8)

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình 52,7 ± 12,9 tuổi, nam chiếm đa số (80,4%), BMI trung bình trước phẫu thuật 19,5 ± 2,4kg/m², nghiện rượu (21,7%), viêm tụy cấp (15,2%). Các triệu chứng: Đau bụng (91,3%), ăn kém khó tiêu (13,04%), gầy sút cân (8,7%).

3.2. Hình ảnh cắt lớp vi tính tụy

Bảng 2. Hình ảnh cắt lớp vi tính tụy

Hình ảnh cắt lớp vi tính tụy	Kết quả
Tụy to, n (%)	5 (10,9)
Tụy teo, n (%)	7 (15,2)
Đường kính ống tụy (mm)	11,2 ± 4,8
Sỏi tụy, n (%)	43 (93,5)
Nang giả tụy, n (%)	6 (13,04)

Nhận xét: Hình ảnh cắt lớp vi tính trước phẫu thuật cho thấy: Tụy to: 10,9%, tụy teo: 15,2%, đường kính ống tụy: 11,2 ± 4,8mm, sỏi tụy: 93,5%, hình ảnh nang giả tụy 13,04%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	145,43 ± 25,92 (95-205)
Lượng máu mất trong mổ (ml)	163,04 ± 85,92 (50-450)
Biến chứng sau mổ, n (%):	8 (17,4)
Xuất huyết tiêu hoá, n (%)	1 (2,2)
Nhiễm khuẩn vết mổ, n (%)	4 (8,7)
Tắc ruột, n (%)	2 (4,3)
Rò tụy, n (%)	1 (2,2)
Tử vong, n (%)	0 (0)
Giảm đau sau mổ, n (%)	46 (100)
Ngày nằm viện trung bình sau mổ (ngày)	9,1 ± 1,8

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy biến chứng sau mổ gặp ở 8 (17,4%) bệnh nhân, bao gồm: nhiễm khuẩn vết mổ: 4 (8,7%) bệnh nhân, xuất huyết tiêu hoá: 01 (2,2%) bệnh nhân, tắc ruột: 2 (4,3%) bệnh nhân, rò tụy: 1 (2,2%) bệnh nhân. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ, thời gian nằm viện trung bình: 9,1 ± 1,8 ngày.

4. Bàn luận

Viêm tụy mạn do rượu là nguyên nhân phổ biến ở Việt Nam. Phẫu thuật được chỉ định khi điều trị bảo tồn không thể kiểm soát cơn đau dai dẳng. Hai phương pháp can thiệp phẫu thuật chính hiện được thực hiện cho bệnh nhân viêm tụy mạn với mục đích cải thiện dẫn lưu của ống tụy: Phẫu thuật dẫn lưu và cắt bỏ tụy [2], [3], [4].

Hai năm sau khi Puestow và Gillesby đưa ra phẫu thuật Puestow-Gillesby, Partington và Rochelle thay cải tiến kỹ thuật này, toàn bộ ống tụy dọc theo chiều dài được mở ra và nối với hồng tràng bằng miệng nối bên bên, đuôi tụy và lách được bảo tồn. Có nhiều loại phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn, tuy nhiên theo tác giả Ni và cộng sự (2015): Tỷ lệ giảm đau sau mổ, tỷ lệ tái phát, tỷ lệ tử vong, chất lượng cuộc sống và sự thay đổi chức năng nội tiết ngoại tiết là những vấn đề cần được các phẫu thuật viên quan tâm [4].

Phẫu thuật nối tụy ruột bên bên theo kiểu Partington-Rochelle bảo tồn tối đa nhu mô tụy và chỉ định phù hợp cho các bệnh nhân có giãn ống tụy đơn độc (> 7mm) [1], [2], [6].

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,7 \pm 12,9$ tuổi. Tỷ lệ nam giới gấp 4 lần nữ giới vì nam giới thường sử dụng rượu bia, thuốc lá, đây là 2 nguyên nhân chính của bệnh viêm tụy mạn.

Nghiên cứu của Phạm Hữu Thiện Chí và cộng sự (2018) về kết quả sớm phẫu thuật Partington-rochelle trong điều trị sỏi tụy, tuổi trung bình: 48,68 tuổi, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi và lớn tuổi nhất là 76 tuổi. Lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 40 đến 60 tuổi với 29 trường hợp, chiếm tỷ lệ 54,75% [5]. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân đau bụng gập 91,3%, đây chính là than phiền hay gặp nhất của bệnh nhân viêm tụy mạn và cũng là một chỉ định của phẫu thuật khi điều trị bảo tồn không kiểm soát được cơn đau. BMI trung bình là $19,5 \pm 2,4$ kg/m², 21,7% bệnh nhân nghiện rượu và 15,2% bệnh nhân có viêm tụy cấp trước đó; 34,8% đái tháo đường, đây là một biến chứng hay gặp của viêm tụy mạn.

Nghiên cứu của tác giả Sudo và cộng sự (2014): khi thực hiện phẫu thuật nối tụy ruột cho 64 bệnh nhân viêm tụy mạn thấy rằng: Đau bụng dai dẳng hàng ngày xuất hiện ở 24 bệnh nhân chiếm 38%, cần sử dụng thuốc giảm đau thường xuyên, đau bụng dữ dội do đợt cấp xuất hiện ở 51 bệnh nhân chiếm 80%; nghiện rượu 69% và đái tháo đường: 34% [6]. Sở dĩ có sự khác nhau giữa tỷ lệ nghiện rượu giữa các trung tâm là do nhiều bệnh nhân khai báo không trung thực.

4.2. Hình ảnh cắt lớp vi tính

Cắt lớp vi tính là một phương tiện chẩn đoán hiện đại, chính xác với tạng ở sâu như tụy. Các hình ảnh chính của viêm tụy mạn là: Nhu mô tụy teo hoặc to, hình ảnh sỏi tụy, ống tụy giãn, đôi khi có thể gặp các hình ảnh biến chứng của viêm tụy mạn như tắc mật, nang giả tụy, u tụy... Tác giả Singh (2019) cho

rằng: Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang là xét nghiệm chẩn đoán ban đầu và nên được thực hiện cho tất cả bệnh nhân nghi ngờ viêm tụy mạn, độ nhạy là 75% (95% CI: 66-83%) [1].

Tác giả Kamat (2019): Hình ảnh của viêm tụy mạn, vôi hoá (sỏi tụy) xuất hiện ở giai đoạn muộn của viêm tụy mạn, do đó phát hiện được viêm tụy mạn ở giai đoạn sớm bằng cắt lớp vi tính thường khó khăn. Độ nhạy của cắt lớp vi tính phát hiện viêm tụy mạn giai đoạn muộn là 60-95%. Viêm tụy mạn do rượu và di truyền xuất hiện vôi hóa ở tụy sớm hơn so với các nguyên nhân khác như viêm tụy mạn do tắc nghẽn hoặc nang xơ tụy. Ống tụy giãn có thể trơn nhẵn, không đều hoặc hình chuỗi tràng hạt. Ống tụy chính có thể có những hình gián đoạn hẹp và giãn với sỏi trong ống tụy nhiều hình thái [7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Hình ảnh tụy to (10,9%), tụy teo (15,2%), đường kính ống tụy trung bình: $11,2 \pm 4,8$ mm, sỏi tụy chiếm 93,5% và hình ảnh nang giả tụy là 13,04%.

Nghiên cứu của tác giả Phạm Hữu Thiện Chí và cộng sự (2018): Trong số 53 trường hợp, hình ảnh tụy to (11,7%), tụy teo (28,3%), nang giả tụy: 13,7%, sỏi tụy: 92,2%, đường kính ống tụy nhỏ nhất là 4mm, lớn nhất là 18mm, trung bình là 10,4mm [5]. Kết quả này tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Tác giả Sudo và cộng sự (2014), thực hiện nối tụy ruột cho 64 trường hợp tại một trung tâm ở Nhật Bản thì thấy rằng: Hình ảnh sỏi tụy 92%, nang giả tụy: 23% [6].

Trong nghiên cứu của Abhishek và cộng sự (2013), khi tiến hành phẫu thuật cho 45 bệnh nhân viêm tụy mạn, đường kính ống tụy đều giãn từ 6mm trở lên tất cả bệnh nhân được nối tụy ruột theo kiểu bên bên [8].

4.3. Kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu, tai biến trong mổ không gặp và không có trường hợp phải truyền máu. Thời gian phẫu thuật: $145,43 \pm 25,92$ phút, ngắn nhất là 95 phút, dài nhất là 205 phút; lượng máu mất: $163,04 \pm 85,92$ ml.

Nghiên cứu của Phạm Hữu Thiện Chí và cộng sự (2018): Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 350 phút, trung bình là 192,6 phút. Thời

gian phẫu thuật trung bình ở bệnh nhân viêm quanh tụy dính là 224,2 phút dài hơn so với thời gian phẫu thuật trung bình không dính là 164,4 phút [5]. Tác giả Sudo và cộng sự (2014): Thời gian phẫu thuật trung bình 227 phút (129-345), lượng máu mất trung bình: 298ml (40-2700) [5].

Các báo cáo gần đây mô tả tỷ lệ tử vong dưới 1%, tỷ lệ biến chứng từ 4% đến 40% (trung bình 20%). Một biến chứng ít gặp của phẫu thuật nối tụy-hỗng tràng là xuất huyết tiêu hóa do chảy máu động mạch muộn từ mặt cắt của nhu mô tụy, dao động từ 1,0% đến 4,5%. Tỷ lệ rò tụy gặp khoảng từ 1% đến 12% [1], [6], [8].

Biến chứng sau phẫu thuật gặp 8 (17,4%) trường hợp, bao gồm: 4 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ; 1 trường hợp xuất huyết tiêu hóa do chảy máu tại miệng nối tụy ruột, bệnh nhân đã được phẫu thuật lại khâu cầm máu, vị trí chảy máu nằm ở nhu mô tụy; 1 trường hợp rò tụy được điều trị bảo tồn thành công và 2 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ, trong đó 1 trường hợp điều trị bảo tồn thành công và 1 bệnh nhân phải mổ lại, nguyên nhân tắc ruột do xoắn quai đi tại vị trí hồng tràng đưa qua mạc treo đại tràng ngang.

Nghiên cứu của Phạm Hữu Thiện Chí và cộng sự (2018): 5 trường hợp chảy máu động mạch vị tá tràng trong quá trình phẫu thuật chiếm tỷ lệ 9,4%; 01 trường hợp tắc mật và 1 trường hợp rò tụy sau phẫu thuật [5].

Kết quả nghiên cứu của tác giả Sudo và cộng sự (2014), cho thấy: Không có trường hợp nào tử vong, tỷ lệ biến chứng gặp 33% bao gồm: Rò tụy chiếm 17%, xuất huyết tiêu hóa: 5 trường hợp chiếm 8%, rò mật: 1 trường hợp chiếm 2%, áp xe lách: 2 trường hợp chiếm 3%, tắc ruột 3 trường hợp chiếm 5%. Không có bệnh nhân nào phải mổ lại để giải quyết các biến chứng sau mổ. Xuất huyết tiêu hóa xảy ra ở 5 trường hợp và có liên quan đến rò tụy ở một bệnh nhân. Ba trong số năm bệnh nhân này được điều trị bảo tồn thành công. Hai trường hợp bị xuất huyết động mạch muộn cần can thiệp mạch gây tắc mạch vị trí chảy máu. Không có bệnh nhân nào phải mổ lại để giải quyết các biến chứng sau mổ [6].

Tác giả Vallejo và cộng sự (2016), báo cáo 14 bệnh nhân phẫu thuật nối tụy ruột có 3 trường hợp áp xe trong ổ bụng, 2 trường hợp xuất huyết đường tiêu hóa [9].

So với phẫu thuật Puestow-Gillesby, phẫu thuật Partington-Rochelle đơn giản hơn do đuôi tụy và lách được bảo tồn, do đó tỷ lệ tai biến, biến chứng trong và sau mổ cũng thấp hơn, kết quả điều trị sau mổ cũng tốt hơn. Phẫu thuật bảo tồn tối đa mô tụy và hạn chế thấp nhất ảnh hưởng tới chức năng nội tiết và ngoại tiết của tụy, chính vì vậy đây là kỹ thuật được ứng dụng rộng rãi trên lâm sàng [2], [6].

Trong nghiên cứu, thời gian nằm viện trung bình là $9,1 \pm 1,8$ ngày, ngắn hơn so với nghiên cứu của Phạm Hữu Thiện Chí khi đa số bệnh nhân nằm điều trị tại bệnh viện hơn 14 ngày với 29 trường hợp chiếm tỷ lệ 54,7%, thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 34 ngày, trung bình là 16 ngày [5]. Thống kê của tác giả Kudo (2014): Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 16 ngày [6].

Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân đều giảm đau sau phẫu thuật. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Hữu Thiện Chí (2018) [5]. Tác giả Abhishek và cộng sự (2013) thấy: 100% bệnh nhân giảm đau ngay sau phẫu thuật, nghiên cứu cũng kết luận giảm áp lực ống tụy chính là chìa khoá của phẫu thuật, giảm đau gần hoàn toàn ở trong năm đầu tiên, tuy nhiên đau tái phát sau vài năm vì tiến triển của bệnh [8]. Nghiên cứu của Isaji (2010), sau phẫu thuật Partington điều trị viêm tụy mạn giảm đau ở 66-91% bệnh nhân với thời gian theo dõi từ 3,5 năm đến 9,1 năm [10].

5. Kết luận

Nghiên cứu qua 46 trường hợp viêm tụy mạn được phẫu thuật nối tụy ruột bên bên theo kiểu Partington-Rochelle cho thấy: Thời gian phẫu thuật trung bình: $145,43 \pm 25,92$ phút, lượng máu mất trung bình: $163,04 \pm 85,92$ ml, tỷ lệ biến chứng là 17,4%, không có trường hợp nào tử vong, thời gian nằm viện trung bình: $9,1 \pm 1,8$ ngày.

Phẫu thuật Partington-Rochelle là một lựa chọn điều trị an toàn và hiệu quả cho những bệnh nhân

viêm tụy mạn có giãn ống tụy chính, bảo tồn chức năng tụy nội tiết và ngoại tiết.

Tài liệu tham khảo

1. Singh VK, Yadav D, and Garg K (2019) *Diagnosis and management of chronic pancreatitis: A review*. JAMA - J Am Med Assoc 322(24): 2422-2434.
2. Sharma S, Schwartzman A, Gruessner RW (2018) *Surgery for chronic pancreatitis: What is the future?*. Clinics in Surgery 3: 1-3.
3. Perwaiz A, Singh A, and Chaudhary (2012) *Surgery for chronic pancreatitis*. Indian J Surg 74(1): 47-54.
4. Ni Q, Yun L, Roy M, Shang D (2015) *Advances in surgical treatment of chronic pancreatitis*. World Journal of Surgical Oncology 13: 34. doi: 10.1186/s12957-014-0430-4.
5. Phạm Hữu Thiện Chí và cộng sự (2018) *Kết quả sớm phẫu thuật Partington-Rochelle trong điều trị sỏi tụy*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 22(5), tr. 209-213.
6. Sudo T, Murakami Y, Uemura K, Hashimoto Y, Kondo N, Nakagawa N, Sueda T (2014) *Short- and long-term results of lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis: A retrospective Japanese single-center study*. J Hepatobiliary Pancreat Sci 21: 426-432.
7. Kamat R, Gupta P, and Rana S (2019) *Imaging in chronic pancreatitis: State of the art review*. Indian Journal of Radiology and Imaging 29: 201-210.
8. Abhishek SJ, Pankaj MR, and Garima GB (2013) *Post-operative outcome in Patients who Have undergone lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis*. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences 12(5): 49-55.
9. Vallejo C, Oliver JR, Del Campo M, Gimenez-Maurel T, Serrablo A (2016) *Partington-rochelle pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis: Results and follow up*. HPB 18.
10. Isaji S (2010) *Has the Partington procedure for chronic pancreatitis become a thing of the past? A review of the evidence*. J Hepatobiliary Pancreat Sci 17: 763-769.