

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG



ĐINH VĂN CHIẾN

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI
SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY VẾT HẠCH D2
TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HẢI PHÒNG – 2022

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG



ĐINH VĂN CHIẾN

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI
SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY VẾT HẠCH D2
TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY**

Chuyên ngành : Ngoại tiêu hóa

Mã số : 9720104

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học: 1. PGS.TS. Nguyễn Văn Hương

2. PGS.TS. Phạm Văn Duyệt

PGS.TS Phạm Văn Duyệt

HẢI PHÒNG – 2022 *TS Nguyễn Văn Hương*

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành được luận án này, tôi xin gửi lời cảm ơn tới:

Đảng ủy, Ban giám hiệu, phòng Đào tạo sau đại học, Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; Đảng ủy, Ban giám đốc Sở Y tế Nghệ An; Đảng ủy, Ban giám đốc Bệnh viện HNĐK Nghệ An; Đảng ủy, Ban giám đốc Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An; các khoa, phòng, trung tâm trong Bệnh viện HNĐK Nghệ An; Phòng KHTH, Khoa Nội 2, Khoa Nội 3 Bệnh viện Ung bướu Nghệ An đã cho phép, tạo điều kiện cho tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu. Các thầy, cô, các nhà khoa học trong các hội đồng từ xét tuyển sinh đến chấm luận án, đã đóng góp những ý kiến xác thực và quý báu, giúp cho tôi chỉnh sửa và hoàn thiện được luận án này.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới:

PGS.TS. Nguyễn Văn Hương. Thầy đã dìu dắt, dạy dỗ, cung cấp cho tôi những kiến thức, những kinh nghiệm, phương pháp lý luận khoa học trong suốt quá trình làm việc, học tập và nghiên cứu để hoàn thành được luận án.

PSG.TS. Phạm Văn Duyệt. Thầy đã tận tình chỉ bảo và hướng dẫn cho tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án.

GS.TS - NGND Hà Văn Quyết. Thầy luôn động viên, chỉ bảo và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

TS. Phạm Văn Thương. Thầy đã đồng hành, chỉ bảo cho tôi cùng với các nghiên cứu sinh trong quá trình học tập và nghiên cứu.

Xin gửi trọn những tình cảm yêu quý nhất tới vợ và các con đã động viên, chia sẻ những khó khăn, vất vả để tôi yên tâm học tập và nghiên cứu.

Cảm ơn gia đình, bạn bè, đồng nghiệp đã ủng hộ và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

**Nghiên cứu sinh
ĐINH VĂN CHIẾN**

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Đinh Văn Chiến, học viên Nghiên cứu sinh chuyên ngành Ngoại khoa Trường Đại học Y Dược Hải phòng, Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi. Các kết quả và số liệu nêu trong luận án này là trung thực và chưa từng được ai công bố trong bất kỳ một công trình nào khác.

Tác giả luận án

ĐINH VĂN CHIẾN

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AJCC	American Joint Commission of Cancer (Hội Ung thư Mỹ)
ASA	American Society of Anesthesiologist (Hội gây mê Mỹ)
BA	Bệnh án
BMI	Body Mass Index (Chỉ số khối cơ thể)
BN	Bệnh nhân
BCN	Bờ cong nhỏ
BCL	Bờ cong lớn
BSCK	Bác sĩ chuyên khoa
CLVT	Cắt lớp vi tính (Computed Tomography Scan)
CLS	Cận lâm sàng
DD	Dạ dày
D2:	Dissection of all the Group 1 and Group 2 nodes
ĐM	Động mạch
Hp	Helicobacter pylori
HNĐK	Hữu nghị Đa Khoa
JGCA	Japanese Gastric Cancer Association (Hội ung thư dạ dày Nhật Bản)
LS	Lâm sàng
MBA	Mã bệnh án
MBH	Mô bệnh học
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Chụp cộng hưởng từ)
NBI	Narrow-band imaging (Hình ảnh giải tần hẹp)
PGS-TS	Phó giáo sư-Tiến sĩ
PT	Phẫu thuật
PTNS	Phẫu thuật nội soi
PTV	Phẫu thuật viên
TBDD	Toàn bộ dạ dày
TM	Tĩnh mạch

TNM	Tumor Node Metasstasi
OBH	Ổ bụng hẹp
UICC	Union for International Cancer Control (Liên minh quốc tế chống ung thư)
UTBM	Ung thư biểu mô
UTBMDD	Ung thư biểu mô dạ dày
UTDD	Ung thư dạ dày
EUS	Endoscopic Ultrasound (Siêu âm nội soi)
VAS	Visual Alalog Scale (Thang điểm đánh giá mức độ đau)
VG	Virtual Gastroscopy (Nội soi dạ dày ảo)
VT	Vị trí
KT	Kích thước
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế Thế giới)
XHTH	Xuất huyết tiêu hóa

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU, SINH LÝ DẠ DÀY VÀ ỨNG DỤNG	3
1.1.1. Hình thể ngoài của dạ dày.....	3
1.1.2. Liên quan của dạ dày	4
1.1.3. Mạch máu và thần kinh chi phối dạ dày	7
1.1.4. Hệ thống bạch huyết dạ dày.....	9
1.1.5. Sinh lý dạ dày và ứng dụng trong phẫu thuật điều trị UTBMDD.....	11
1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật PTNS cắt TBDD vết hạch D2 điều trị UTBMDD	13
1.2.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư biểu mô dạ dày ...	13
1.2.2. Kỹ thuật PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD	29
1.2.3. Điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật UTBMDD	40
1.3. Kết quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày.....	41
1.3.1. Kết quả mổ mở cắt dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày.....	41
1.3.2. Kết quả PTNS cắt toàn bộ dạ dày vết hạch D2 điều trị UTBMDD	42
1.3.3. Kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ sau mổ ung thư biểu mô dạ dày .	45
1.3.4. Kết quả điều trị đích sau mổ ung thư biểu mô dạ dày	45
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	46
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	46
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.....	46
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ	46
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	47
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	47
2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu	48
2.2.3. Quy trình PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD ...	50
2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu	61
2.2.5. Thu thập và xử lý số liệu.....	68
2.2.6. Đạo đức nghiên cứu của đề tài.....	69

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	70
3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỔN THƯƠNG VÀ KỸ THUẬT PTNS CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2.....	70
3.1.1. Đặc điểm chung của người bệnh UTBMDD trong nghiên cứu....	70
3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của UTBMDD.....	73
3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng của UTBMDD	74
3.1.4. Đặc điểm tổn thương UTBMDD trong và sau mổ	77
3.1.5. Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh UTBMDD.....	79
3.1.6. Ứng dụng kỹ thuật PTNS cắt toàn bộ dạ dày nao vết hạch D2	81
3.1.7. So sánh một số yếu tố với đặc điểm bệnh lý và kỹ thuật PTNS...	83
3.2. KẾT QUẢ PTNS CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2...	86
3.2.1. Kết quả PTNS cắt toàn bộ dạ dày nao vết hạch D2.....	86
3.2.2. Kết quả điều trị sau mổ	90
Chương 4: BÀN LUẬN.....	103
4.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỔN THƯƠNG VÀ KỸ THUẬT PTNS CẮT TBDD NẠO VẾT HẠCH D2.....	103
4.1.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân.....	103
4.1.2. Đặc điểm lâm sàng của UTBMDD.....	108
4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng UTBMDD.....	110
4.1.4. Đặc điểm tổn thương UTBMDD trong và sau mổ	113
4.1.5. Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh UTBMDD.....	116
4.1.6. Ứng dụng kỹ thuật PTNS cắt toàn bộ dạ dày nao vết hạch D2 ..	121
4.1.7. So sánh một số yếu tố với đặc điểm LS, CLS và kỹ thuật PTNS ...	128
4.2. KẾT QUẢ PTNS CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2 ..	130
4.2.1. Kết quả PTNS cắt toàn bộ dạ dày nao vết hạch D2.....	130
4.2.2. Kết quả điều trị sau mổ	135
KẾT LUẬN	149
KIẾN NGHỊ.....	151
DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ	
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1: Phân nhóm chặng hạch theo vị trí khối u dạ dày	11
Bảng 1.2: Phân loại của WHO năm 2000	26
Bảng 1.3: Phân giai đoạn bệnh ung thư biểu mô dạ dày theo TNM.....	28
Bảng 1.4: Số hạch nạo vét được của các tác giả trong và ngoài nước.....	42
Bảng 2.1: Đánh giá sức khỏe sau mổ theo thang điểm Spitzer	67
Bảng 3.1: Phân bố theo nhóm tuổi.....	70
Bảng 3.2: Tiền sử bệnh lý ngoại khoa	71
Bảng 3.3: Tiền sử bệnh lý kết hợp.....	72
Bảng 3.4: Phân loại theo chỉ số khối cơ thể.....	73
Bảng 3.5: Đặc điểm các triệu chứng cơ năng	73
Bảng 3.6: Thời gian từ khi đau bụng đến lúc vào viện.....	74
Bảng 3.7: Đặc điểm vị trí nội soi tổn thương UTBMDD	75
Bảng 3.8: Đặc điểm hình ảnh nội soi tổn thương đại thể UTBMDD.....	75
Bảng 3.9: Đặc điểm CLVT tổn thương UTBMDD	75
Bảng 3.10: Đặc điểm CLVT mức độ xâm lấn u (T).....	76
Bảng 3.11: Đặc điểm CLVT giai đoạn UTBMDD theo TNM.....	77
Bảng 3.12: Đặc điểm tổn thương thanh mạc UTBMDD.....	77
Bảng 3.13: Vị trí tổn thương UTBMDD.....	77
Bảng 3.14: Kích thước tổn thương UTBMDD	78
Bảng 3.15: Khoảng cách từ bờ trên tổn thương UTBMDD đến tâm vị	78
Bảng 3.16: Khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến diện cắt trên.....	78
Bảng 3.17: Phân loại type UTBMDD theo WHO	79
Bảng 3.18: Độ biệt hóa UTBMDD	79
Bảng 3.19: Mức độ xâm lấn UTBMDD (T).....	79
Bảng 3.20: Chặng hạch (N).....	80
Bảng 3.21: Tỷ lệ di căn các nhóm hạch.....	80

Bảng 3.22: Giai đoạn UTBMDD theo phân loại TNM	81
Bảng 3.23: Những khó khăn trong quy trình phẫu thuật	82
Bảng 3.24: So sánh thời gian đau bụng với típ mô bệnh học	83
Bảng 3.25: So sánh thời gian đau bụng với chặng hạch trên CLVT	83
Bảng 3.26: So sánh vị trí u với típ mô bệnh học.....	83
Bảng 3.27: So sánh típ MBH với tổn thương đại thể trên nội soi	84
Bảng 3.28: So sánh chẩn đoán mức độ xâm lấn u (T) trước với sau mổ.....	84
Bảng 3.29: So sánh kết quả chẩn đoán chặng hạch (N) trước với sau mổ	85
Bảng 3.30: So sánh kết quả chẩn đoán giai đoạn bệnh trước với sau mổ:	85
Bảng 3.31: So sánh kết quả chẩn đoán vị trí UTBMDD trước với sau mổ	85
Bảng 3.32: So sánh thời gian phẫu thuật với khó khăn trong mổ.....	86
Bảng 3.33: So sánh lượng máu mất với khó khăn trong mổ.....	86
Bảng 3.34: Thời gian phẫu thuật.....	87
Bảng 3.35: Tai biến trong mổ	87
Bảng 3.36: So sánh thời gian mổ với một số yếu tố trong mổ.....	88
Bảng 3.37: So sánh số hạch nạo vét với giai đoạn bệnh theo phân loại TNM.....	89
Bảng 3.38: So sánh số hạch di căn với giai đoạn bệnh theo phân loại TNM.	89
Bảng 3.39: So sánh số lượng máu mất trong mổ với một số yếu tố	89
Bảng 3.40: So sánh tai biến với khoảng cách từ bờ trên u đến tâm vị.....	90
Bảng 3.41: Mức độ đau sau mổ 24 giờ theo VAS	90
Bảng 3.42: Kết quả chung sau mổ (n = 70)	90
Bảng 3.43: Biến chứng sau mổ	91
Bảng 3.44: So sánh tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm <60 tuổi với ≥60 tuổi..	92
Bảng 3.45: So sánh tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm N0 với nhóm N+	92
Bảng 3.46: So sánh tỷ lệ biến chứng với đặt thông mũi hồng tràng sau mổ ..	92
Bảng 3.47: So sánh thời gian nằm viện với một số yếu tố sau mổ	93
Bảng 3.48: Tình trạng sức khỏe sau mổ đánh giá theo thang điểm Spitzer....	94
Bảng 3.49: Hẹp miệng nội sau mổ	95

Bảng 3.50: Tái phát và di căn sau mổ	95
Bảng 3.51: So sánh số hạch di căn với tái phát và di căn sau mổ.....	96
Bảng 3.52: So sánh kích thước tổn thương u với tái phát và di căn sau mổ... 96	
Bảng 3.53: Thời gian sống thêm toàn bộ theo từng giai đoạn bệnh	97
Bảng 3.54: Thời gian sống thêm toàn bộ theo một số yếu tố liên quan	101
Bảng 3.55: Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng) theo theo hóa trị sau mổ..	101
Bảng 4.1: Mức độ xâm lấn u (T) của các tác giả	117
Bảng 4.2: Giai đoạn bệnh UTBMDD của các tác giả trong và ngoài nước .	120
Bảng 4.3: Số lượng hạch nạo vét được trung bình của các tác giả	130
Bảng 4.4: Lượng máu mất trong PTNS cắt dạ dày của các tác giả	131
Bảng 4.5: Thời gian mổ của các tác giả PTNS cắt toàn bộ dạ dày	132
Bảng 4.6: Thời gian nằm viện trung bình sau mổ giữa các nghiên cứu	138
Bảng 4.7: Tỷ lệ biến chứng sau mổ giữa các nghiên cứu	141

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 2.1: Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu	47
Biểu đồ 2.2: Sơ đồ quy trình PTNS cắt TBDD vét hạch D2	53
Biểu đồ 3.1: Đặc điểm nghề nghiệp	71
Biểu đồ 3.2: Phân loại bệnh tật theo ASA	72
Biểu đồ 3.3: Đặc điểm nhóm máu của người bệnh UTBMDD	74
Biểu đồ 3.4: Đặc điểm CLVT chặng hạch	76
Biểu đồ 3.5: Thời gian sống thêm toàn bộ và có bệnh theo từng năm	97
Biểu đồ 3.6: Thời gian sống thêm toàn bộ theo từng giai đoạn.....	98
Biểu đồ 3.7: Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm tuổi.....	98
Biểu đồ 3.8: Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm kích thước u.....	99
Biểu đồ 3.9: Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh	99
Biểu đồ 3.10: Thời gian sống thêm toàn bộ theo độ biệt hóa.....	100
Biểu đồ 3.11: Thời gian sống thêm toàn bộ theo di căn và tái phát u	100
Biểu đồ 3.12: Thời gian sống thêm toàn bộ theo hóa trị sau mổ	102

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Hình thể ngoài mặt trước dạ dày.....	3
Hình 1.2: Phân đoạn dạ dày	4
Hình 1.3: Liên quan mặt trước của dạ dày	4
Hình 1.4: Sơ đồ phân loại vùng thực quản tâm vị theo Siewert	7
Hình 1.5: Hệ thống tĩnh mạch của dạ dày.....	8
Hình 1.6: Sơ đồ thần kinh phó giao cảm chi phối dạ dày.....	9
Hình 1.7: Phân chia hệ thống bạch huyết dạ dày theo JGCA 2011	10
Hình 1.8: Hình ảnh đối quang kép dạ dày có khối u vùng bờ cong nhỏ nhô vào lòng dạ dày, nhìn rõ bề mặt khối u và gây co kéo niêm mạc dạ dày.	16
Hình 1.9: Hình ảnh soi dạ dày phát hiện khối nghi ngờ và được nhuộm màu indigo carmine để hình thái tổn thương rõ ràng hơn	17
Hình 1.10: Hình ảnh tổn thương UTBMDD sớm được quan sát qua nội soi có dải sáng hẹp, được chẩn đoán mô bệnh học UTBMDD	18
Hình 1.11: Hình ảnh siêu âm nội soi dạ dày	18
Hình 1.12: Chụp CLVT có tổn thương tại bờ cong nhỏ, sau đó được dựng hình 3D và nội soi ảo	20
Hình 1.13: Phân loại đại thể UTBMDD sớm theo JGCA.....	23
Hình 1.14: Phân loại đại thể UTBMDD tiến triển theo JGCA.....	24
Hình 1.15: Hình ảnh vi thể phân loại theo WHO	25
Hình 1.16: Mức độ xâm lấn thành của UTBMDD nguyên phát.....	28
Hình 1.17: Phẫu tích và nạo hạch các nhóm 7, 8a, 9, 12a, 11p	37
Hình 1.18: Phẫu tích ĐM lách và vùng rốn lách để nạo hạch	38
Hình 1.19: Miệng nối tận – bên thực quản hồng tràng	40
Hình 2.1: Dụng cụ phẫu thuật nội soi dạ dày.....	51
Hình 2.2: Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên	52
Hình 2.3: Vị trí đặt trocar.....	52

Hình 2.4: Thăm dò đánh giá thương tổn và khâu treo gan	54
Hình 2.5: Đo khoảng cách từ bờ trên tổn thương u đến tâm vị	54
Hình 2.6: Vết hạch nhóm 6	55
Hình 2.7: Vết hạch nhóm 5,8a và 12a.....	55
Hình 2.8: Vết hạch nhóm 12a	55
Hình 2.9: Vết hạch nhóm 7, 8a, 9 và 11p.....	56
Hình 2.10: Vết hạch nhóm 8a	56
Hình 2.11: Vết hạch nhóm 1	56
Hình 2.12: Vết hạch nhóm 10 và 11d	57
Hình 2.13: Vết hạch nhóm 10 và 11d	57
Hình 2.14: Nối thực quản hồng tràng tận-tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước; nối hồng - hồng tràng tận-bên bằng máy cắt nối thẳng.....	58
Hình 2.15: Kiểm tra miệng nối sau phẫu thuật nối thực quản hồng tràng tận- tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước	59
Hình 2.16: Cắt đóng mồm tá tràng.....	59
Hình 2.17: Bệnh phẩm dạ dày, hạch sau mổ và vết mổ.....	60
Hình 2.18: Đo kích thước tổn thương và khoảng cách đến diện cắt sau mổ ..	60

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh ác tính thường gặp, chiếm 95% là ung thư biểu mô dạ dày và là nguyên nhân đứng hàng thứ tư gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới [1]. Năm 2020, có hơn một triệu người ung thư dạ dày được chẩn đoán mới, có khoảng 796.000 ca tử vong, chiếm 7,7% các trường hợp tử vong do ung thư [1]. Nhật Bản và Mông Cổ là hai quốc gia có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất thế giới với gần 32,5/100.000 ở nam và 13,2/100.000 ở nữ [1]. Việt Nam, tỷ lệ mới mắc ung thư dạ dày ở nam là 23,3/100.000 và ở nữ là 10,2/100.000, tỷ lệ tử vong ở nam là 19,7/100.000 và ở nữ là 8,7/100.000 [2]. Lứa tuổi hay gặp theo các tác giả ở Nhật Bản là 62,7 - 64,8 và Châu Âu và Mỹ là 63,6 - 73 tuổi [3],[4],[5],[6],[7],[8],[9],[10],[11],[12]. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào nội soi dạ dày sinh thiết xét nghiệm giải phẫu bệnh và chụp cắt lớp vi tính. Điều trị ung thư biểu mô dạ dày là điều trị đa mô thức: phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, điều trị đích ... trong đó, phẫu thuật cắt dạ dày và nạo vét hạch vẫn là phương pháp chính để điều trị triệt căn [13],[14],[15],[16],[17],[18]. Theo khuyến cáo năm 2014 của Hiệp hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản, phẫu thuật tiêu chuẩn vét hạch D2 áp dụng với những khối u ở giai đoạn T2-T4 cũng như cT1N+ [19]. Năm 1897, Carl B. Schlatter, là người đầu tiên trên thế giới thực hiện thành công cắt toàn bộ dạ dày do ung thư [14],[15]. Với sự phát triển của khoa học công nghệ và các trang thiết bị nên phẫu thuật nội soi đã được áp dụng trong điều trị ung thư dạ dày. Năm 1999, Umayya và Azaga là hai tác giả đầu tiên báo cáo về phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 [16],[17],[18],[19],[20]. Năm 2008, Okabe là tác giả đầu tiên báo cáo phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, nội thực quản hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng [17],[19]. Shinorhara (2009), báo cáo phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 cho 55 bệnh nhân có tổn thương từ T2-T4, có tỷ lệ lệ biến chứng là 33% và tái phát

sau mổ là 5,5% [17]. Ebihara Y, báo cáo 65 bệnh nhân phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch, nổi thực quản hồng tràng tận-tận theo functional, có tỷ lệ biến chứng là 15% [18]. Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm sau mổ cắt toàn bộ dạ dày theo các tác giả trên thế giới là từ 26,2% đến 67% [13].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi được áp dụng vào điều trị bệnh lý dạ dày từ năm 2003 [21],[22],[23]. Năm 2008, Triệu Triệu Dương báo cáo phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày và ghi nhận tỷ lệ biến chứng thấp và thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn so với mổ mở [21]. Năm 2015, Đỗ Trường Sơn phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo vét hạch trong đó 23 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày và ghi nhận thời gian sống thêm 1, 2, 3 năm lần lượt là 81%, 46%, 36% [23]. Năm 2017, Võ Duy Long phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo vét hạch D2 trong đó 15 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày, tỷ lệ tai biến 1,8%, biến chứng 11,6% và tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi là 94,6% [22].

Đến nay, Việt Nam đã có nhiều báo cáo về kết quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày nhưng chủ yếu là phẫu thuật nội soi hỗ trợ, chưa có báo cáo chuyên về phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 và nổi thực quản hồng tràng hoàn toàn trong ổ bụng [21],[22],[23].

Nhằm ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 và nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày, tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày”** với hai mục tiêu:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương và kỹ thuật mổ ở bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2.*
2. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.*

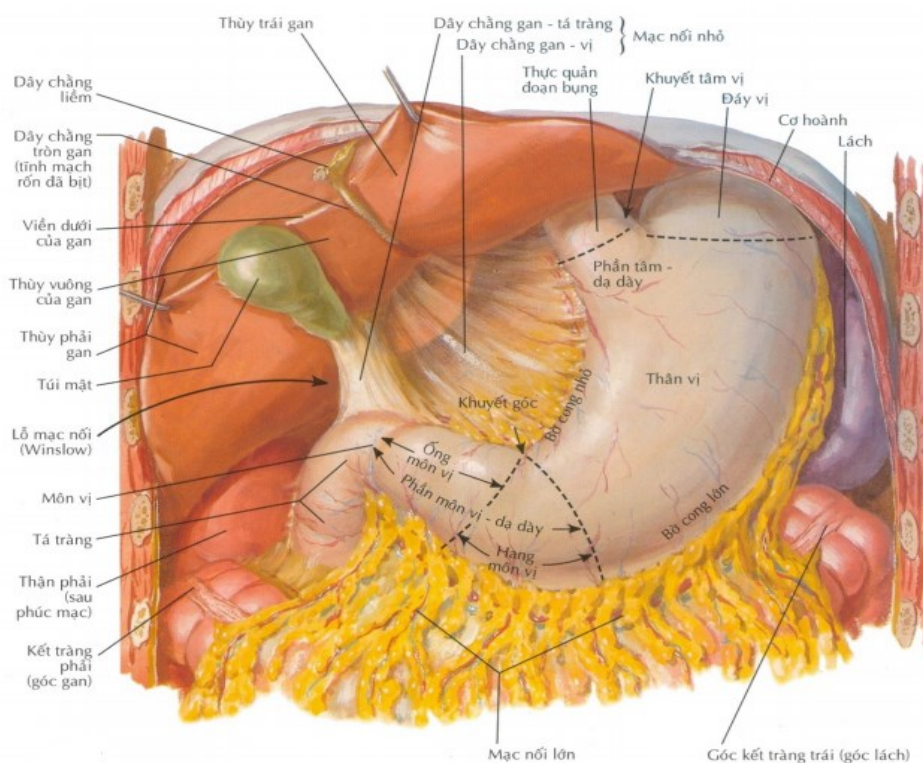
Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU, SINH LÝ DẠ DÀY VÀ ỨNG DỤNG

1.1.1. Hình thể ngoài của dạ dày

Hình thể ngoài điển hình của dạ dày là hình chữ J, phần trên phình to, phần dưới uốn cong xuống dưới và sang phải, thể tích trung bình ở người lớn là khoảng 1500ml. Dạ dày gồm các phần: phần tâm vị, phình vị, thân vị, phần môn vị (hình 1.1) [24],[25].

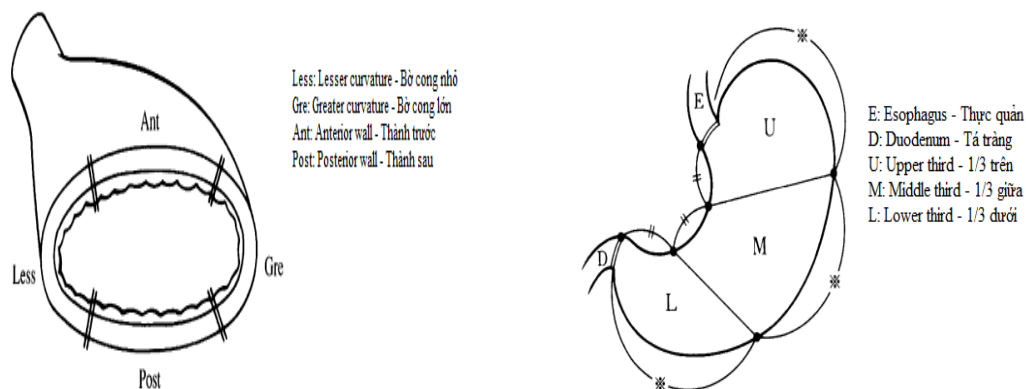


Hình 1.1: Hình thể ngoài mặt trước dạ dày

(Nguồn: Delaney CP, 2013 [26])

Theo Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản (Japanese Gastric Cancer Association – JGCA – 2011), xác định vị trí tổn thương dạ dày được chia làm 3 đoạn bằng cách nối giữa các điểm chia đều 3 phần ở hai bờ cong lớn và bờ

cong nhỏ: 1/3 trên (upper – U), 1/3 giữa (middle – M) và 1/3 dưới (lower – L). Dạ dày còn được phân chia theo 2 thành (thành trước, thành sau) và 2 bờ (bờ cong nhỏ và bờ cong lớn), mục đích là để xác định vị trí tổn thương theo thiết diện chu vi. Tùy theo vị trí thương tổn để xác định tình trạng xâm lấn các tạng xung quanh của ung thư dạ dày và khả năng nhóm hạch bị di căn [27].

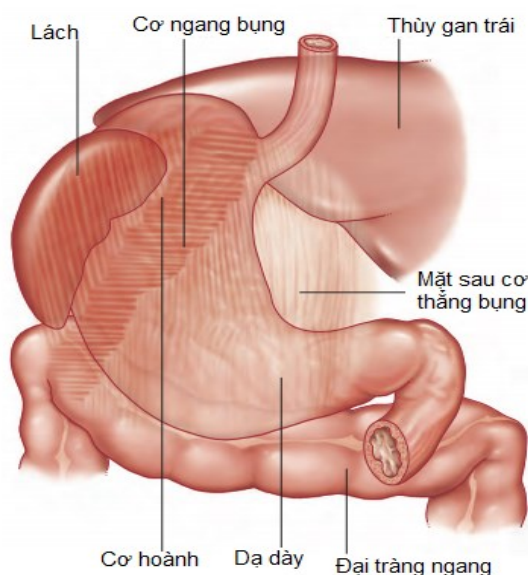


Hình 1.2: Phân đoạn dạ dày

(Nguồn: Japanese Gastric Cancer Association, 2011 [27])

1.1.2. Liên quan của dạ dày

1.1.2.1. Liên quan thành trước dạ dày



Hình 1.3: Liên quan mặt trước của dạ dày (nhìn từ phía sau)

(Nguồn: Standring S, 2016 [25])

Phần trên của dạ dày nằm sau thành ngực trái, ở sau các xương sườn VI, VII, VIII, IX, ngay dưới vòm hoành trái. Qua cơ hoành có liên quan với màng phổi và phổi trái, tim và màng ngoài tim. Về phía bên phải có thùy gan trái xen giữa cơ hoành và dạ dày, do đó phần trên dạ dày có liên quan với thùy gan trái [24],[25].

1.1.2.2. Liên quan thành sau dạ dày

Phần tâm – phình vị: liên quan với phần trụ trái cơ hoành, có dây chằng vị hoành nên ít di động [24]. Trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, vết hạch nhóm 1 và 2, cần phải kéo nhẹ dạ dày xuống dưới, cắt bỏ dây chằng vị hoành để dễ dàng thao tác.

Mặt sau dạ dày liên quan với túi mạc nối. Túi mạc nối gồm 3 phần chính: lỗ mạc nối, tiền đình túi mạc nối và túi mạc nối chính (hậu cung mạc nối). Hậu cung mạc nối là một khoang ảo hay túi dẹt theo chiều trước sau, gồm có 2 thành, 2 bờ và 1 lỗ thông với tiền đình mạc nối ở trên và bên phải [28].

Qua túi mạc nối, dạ dày liên quan với: cơ hoành, tuyến thượng thận trái, phần trên mặt trước thận trái, động mạch (ĐM) lách, mặt trước của tụy, mặt trên mạc treo đại tràng ngang. Ở bên trái, mặt sau dạ dày còn liên quan đến lách và góc trái đại tràng ngang [24],[26].

Khi cần can thiệp phẫu thuật vào mặt sau dạ dày, cắt dạ dày cần phải tìm đường vào túi mạc nối thuận tiện và rộng rãi nhất. Có 5 đường vào túi mạc nối, tuy nhiên trên lâm sàng, các phẫu thuật viên (PTV) thường sử dụng đường vào túi mạc nối qua mạc nối lớn với ưu điểm rộng rãi, ít gây chảy máu và có thể thao tác dễ dàng tại hậu cung mạc nối.

1.1.2.3. Liên quan bờ cong nhỏ

Đọc theo bờ cong nhỏ có mạc nối nhỏ bám. Mạc nối nhỏ là màng gồm 2 lá phúc mạc nối từ gan tới bờ cong nhỏ của dạ dày và vào tá tràng đoạn đầu.

Mạc nối nhỏ hướng từ gan theo rãnh ngang liên quan đến cuống gan và đi lên dính vào bờ phải của thực quản đoạn bụng, tiếp đó chạy dọc xuống bờ cong nhỏ của dạ dày và phần trên của D1 tá tràng [25],[26].

1.1.2.4. Liên quan bờ cong lớn

Dọc theo bờ cong lớn từ trên xuống dưới có dây chằng vị hoành, vị tỳ, thận tỳ, mạc nối lớn và vị đại tràng (thuộc mạc nối lớn) bám. Giữa 2 lá của các dây chằng này có các mạch vị ngấn (ở trên) và mạch vị mạc nối trái và phải nối tiếp với nhau tạo vòng mạch bờ cong lớn (ở dưới) [24],[25],[29].

Mạc nối lớn là do một phần của mạc treo vị sau bị trĩu xuống bởi sự phát triển xuống dưới của ngách gan ruột. Trong phẫu thuật cắt dạ dày điều trị ung thư, mạc nối lớn thường được cắt bỏ một phần hay toàn bộ, phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn là phải lấy luôn cả lá phúc mạc mặt trước mạc treo đại tràng ngang và tụy [26],[30],[31].

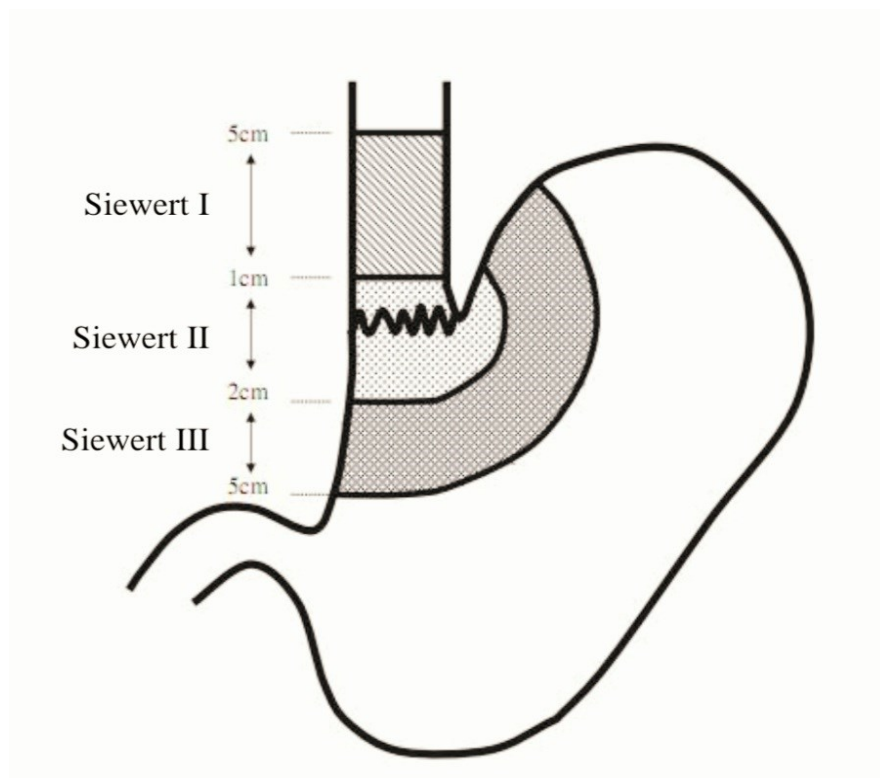
1.1.2.5. Liên quan vùng thực quản tâm vị

Vùng thực quản – tâm vị là vùng giới hạn 5 cm về phía dạ dày và thực quản quanh tâm vị, trong phân loại ung thư đoạn này dựa mốc là đường Z và đặc trưng ung thư biểu mô tuyến của thực quản và dạ dày. Để lựa chọn phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày hay cắt thực quản tâm vị thì các tác giả dựa vào phân loại Siewert [28] như sau:

Loại 1: ung thư biểu mô tuyến phần xa thực quản với vị trí trung tâm khối u nằm trong khoảng từ 1 - 5cm cách đường giới hạn cơ của dạ dày và thực quản về phía thực quản.

Loại 2: ung thư biểu mô tâm vị với vị trí trung tâm khối u nằm trong giới hạn 1 cm về phía thực quản và 2 cm về phía dạ dày.

Loại 3: ung thư biểu mô dạ dày với vị trí trung tâm khối u nằm trong khoảng 2 - 5cm cách đường giới hạn của dạ dày và thực quản về phía dạ dày.



Hình 1.4: Sơ đồ phân loại vùng thực quản tâm vị theo Siewert

(Nguồn: Siewert J.R, 1998 [28])

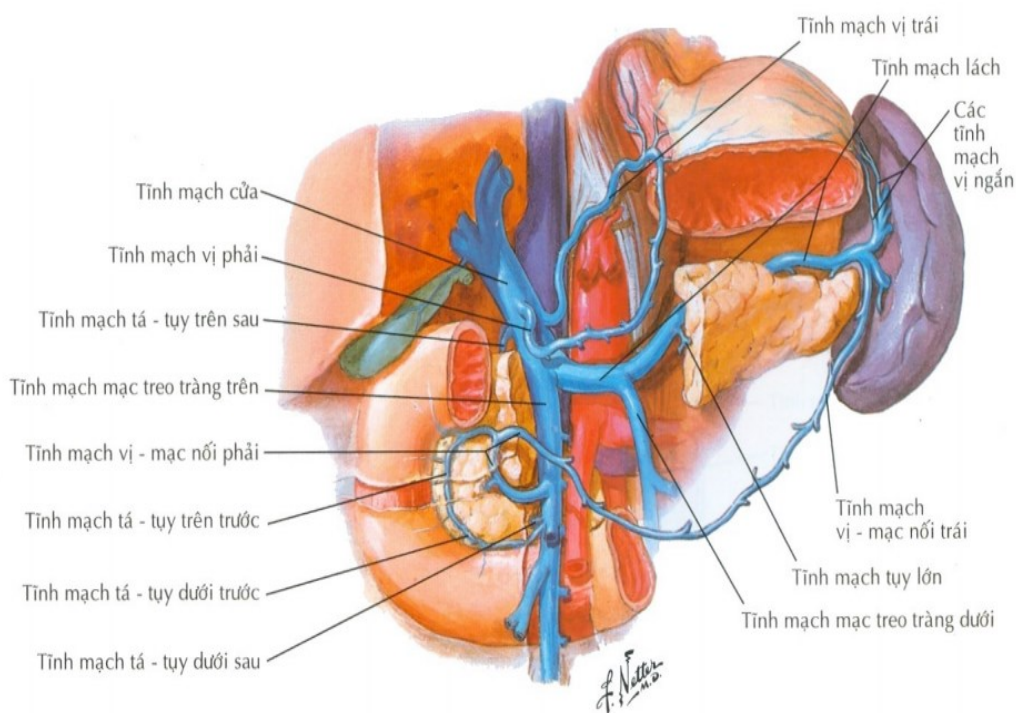
1.1.3. Mạch máu và thần kinh chi phối dạ dày

1.1.3.1. Động mạch của dạ dày

Các động mạch (ĐM) cấp máu cho dạ dày khá dồi dào và đều là các nhánh của động mạch thân tạng. Các nguồn cấp máu cho dạ dày gồm: ĐM vị trái (từ ĐM thân tạng), ĐM vị phải (từ ĐM gan chung), ĐM vị mạc nối trái và các ĐM vị ngắn, ĐM vị sau (từ ĐM lách), ĐM vị mạc nối phải (từ ĐM vị tá tràng, xuất phát từ ĐM gan chung). Các mạch này tạo với nhau thành 2 vòng nối chạy dọc bờ cong lớn và bờ cong nhỏ của dạ dày [25],[26],[32].

1.1.3.2. Tĩnh mạch của dạ dày

Các tĩnh mạch lớn (TM) của dạ dày phần lớn đổ vào tĩnh mạch cửa. Hệ thống TM dưới niêm mạc và bên ngoài dạ dày thường đi kèm với ĐM cùng tên, đổ vào TM lách hoặc TM mạc treo tràng trên, một số ít đổ trực tiếp TM cửa (hình 1.5) [24],[25],[33].



Hình 1.5: Hệ thống tĩnh mạch của dạ dày

(Nguồn: Delaney CP, 2013 [26])

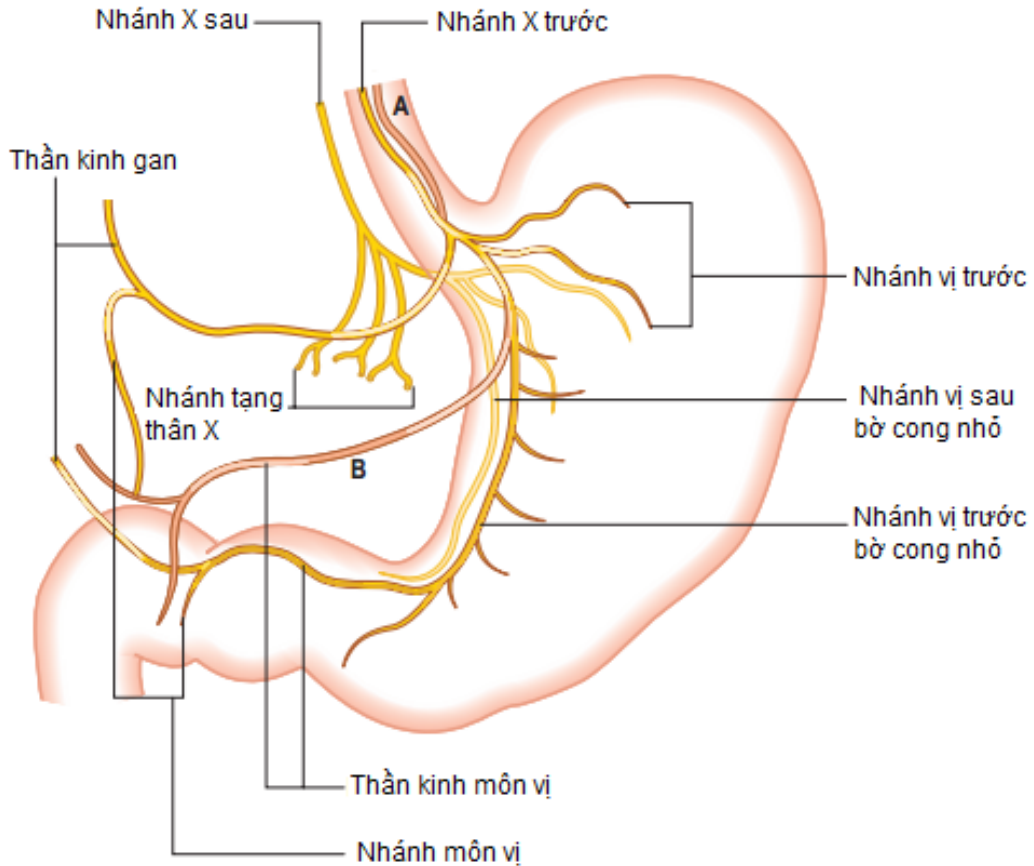
1.1.3.3. Thần kinh chi phối dạ dày

Thần kinh chi phối cho dạ dày gồm 2 nguồn chính thuộc hệ thần kinh tự chủ [24],[34]: Thần kinh phó giao cảm và thần kinh giao cảm.

- Thần kinh phó giao cảm: Bắt nguồn từ các dây thần kinh X (thần kinh lang thang). Gồm 2 thân chính là nhánh thân X trước và X sau tạo với nhau thành đám rối thực quản, sau đó chui qua lỗ thực quản xuống bụng. Khi qua lỗ thực quản ở cơ hoành xuống bụng thì không còn tên gọi dây X phải và dây X trái, đôi khi có thể xuất hiện 1-3 nhánh phụ (hình 1.6) [24],[25],[34].

- Thần kinh giao cảm: Chi phối dạ dày xuất phát từ các đoạn tủy ngực 6 đến 10, qua các hạch thần kinh tạng hay đám rối tạng (hay còn gọi đám rối bụng). Từ đây đám rối tạng tách ra các đám rối phụ đi theo nhánh của ĐM thân tạng đến dạ dày. Trên đường đi có hòa lẫn và nối tiếp với các sợi phó giao cảm của dây X [24],[25],[34]. Thần kinh giao cảm tách ra các sợi để vận

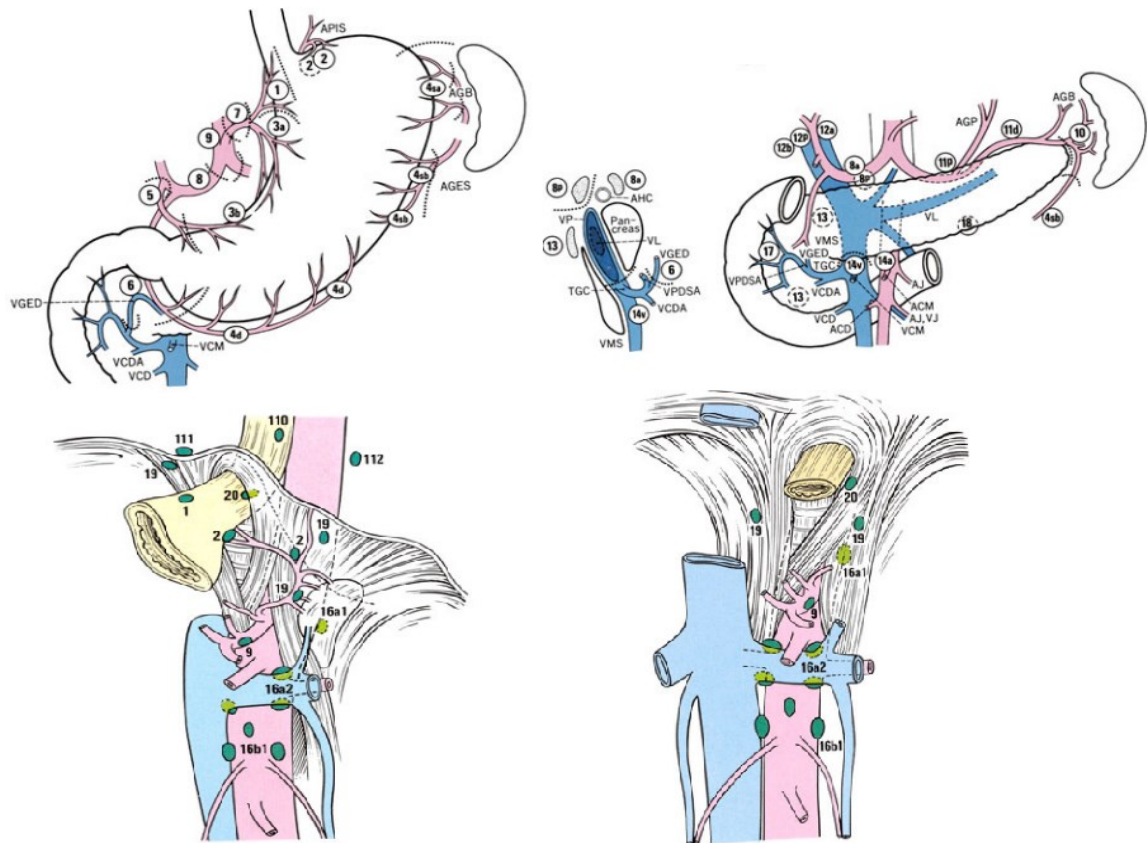
mạch cho các mạch máu dạ dày và đây là đường dẫn truyền cảm giác đau của dạ dày [25].



Hình 1.6: Sơ đồ thần kinh phó giao cảm chi phối dạ dày
(Nguồn: Standring S, 2016 [25])

1.1.4. Hệ thống bạch huyết dạ dày

Phân chia hệ bạch huyết dạ dày được đề xuất vào những năm 1960 bởi Liên minh Quốc tế phòng chống ung thư (UICC) và Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC), sau đó được thống nhất vào năm 1987. Tuy nhiên, mô tả về hệ thống bạch huyết của nhóm tác giả Nhật Bản có ứng dụng phẫu thuật nhiều hơn [35]. Năm 1981, Hiệp hội Ung Thư Dạ Dày của Nhật Bản (JGCA) đã đưa ra bảng phân chia các nhóm hạch với 16 nhóm và 4 chặng hạch. Đến năm 2011, sự phân chia này được chỉnh sửa và bổ sung cụ thể và rõ ràng hơn (hình 1.7) [27]. Qua đó phân thành các chặng hạch (N) tùy theo vị trí của khối u [27],[32].



Hình 1.7: Phân chia hệ thống bạch huyết dạ dày theo JGCA 2011

(Nguồn: Japanese Gastric Cancer Association, 2011 [27])

Phân chia các nhóm hạch theo JGCA [27] như sau:

Nhóm 1: Hạch ở bên phải tâm vị	Nhóm 9: Hạch dọc ĐM thân tạng
Nhóm 2: Hạch bên trái tâm vị	Nhóm 10: Hạch tại rốn lách
Nhóm 3: Hạch dọc theo BCN	Nhóm 11: Hạch dọc ĐM lách
Nhóm 4: Hạch dọc theo BCL	Nhóm 12: Hạch ở dây chằng gan tá tràng
Nhóm 5: Hạch trên môn vị	Nhóm 13: Hạch mặt sau đầu tụy
Nhóm 6: Hạch dưới môn vị	Nhóm 14: Hạch gốc ĐM MTTT
Nhóm 7: Hạch dọc ĐM vị trái	Nhóm 15: Hạch ở các ĐM đại tràng giữa
Nhóm 8: Hạch ở ĐM gan chung	Nhóm 16: Hạch quanh ĐM chủ bụng

Ngoài ra, JGCA bổ sung thêm nhóm nhỏ: 4sa, 4sb, 4d, 8a, 8p, 12a, 12b, 12p, 14a, 14v, 16a1, 16a2, 16b1, 16b2 và thêm các nhóm 17, 18, 19, 20.

Bảng 1.1: Phân nhóm chặng hạch theo vị trí khối u dạ dày

Chặng hạch	Vị trí khối u		
	1/3 trên	1/3 giữa	1/3 dưới
N1	1, 2, 3, 4sa, 4sb	1, 3, 4sb, 4d, 5, 6	3, 4d, 5, 6
N2	4d, 7, 8a, 9, 10, 11p, 11d	7, 8a, 9, 11p, 12a	1, 7, 8a, 9, 11p, 12a, 14v
N3	5, 6, 8p, 12a, 12b, 12p, 16a1, 19, 20	2, 4sa, 8p, 10, 11d, 12b, 12p, 13, 14v, 16a2, 16b1	4sb, 8p, 12b, 12p, 13, 16a2, 16b1
M (di căn xa)	13, 14v, 14a, 15, 16a2, 16b1, 16b2, 17, 18, 110, 111, 112	14a, 15, 16a1, 16b2, 17, 18, 19, 20, 110, 111, 112	2, 4sa, 10, 11d, 14a, 15, 16a1, 16b2, 17, 18, 19, 20, 110, 111, 112

Trong phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư, việc vét hạch bạch huyết đóng vai trò rất quan trọng và được coi là phẫu thuật tiêu chuẩn [20],[27]. Theo JGCA 2011, nạo vét hạch D2 trong cắt toàn bộ dạ dày là vét hạch các nhóm 1, 2, 3, 4sa, 4sb, 4d, 5, 6, 7, 8a, 9, 10, 11p, 11d, 12a [27].

1.1.5. Sinh lý dạ dày và ứng dụng trong phẫu thuật điều trị UTBMDD

Dạ dày là cơ quan vừa có chức năng cơ học vừa có chức năng hóa học để chứa đựng, vận động và tiêu hóa thức ăn. Bao gồm các chức năng bài tiết, vận động và tiêu hóa thức ăn [10],[25].

1.1.5.1. Bài tiết dịch vị

Hàng ngày dạ dày tiết khoảng 500-2000ml dịch tiêu hóa. Sự bài tiết dịch vị này do cơ chế kích thích [10],[22],[25]. Khi tiếp nhận thức ăn ở miệng, kích hoạt các dây thần kinh phế vị bằng thị giác, khứu giác hoặc tư duy về thức ăn đã kích thích các tế bào bề mặt niêm mạc, các tế bào chính và tế bào hang vị để tiết HCl, pepsinogen và gastrin để tiêu hóa thức ăn trong dạ dày. Sự bài tiết này là do giải phóng một chất tương tự gastrin nên kích thích vào các tế bào tuyến ở dạ dày [10].

1.1.5.2. Vận động của dạ dày

Chức năng vận động của dạ dày được phân tách theo từng phần. Các chất khi đi vào thực quản sẽ gây một phản ứng tiếp nhận, khi đi vào dạ dày, tạo ra sự co giãn thích nghi [25]. Đối với chất lỏng đi qua dạ dày một cách dễ dàng, còn thức ăn thì sẽ nằm lại trong dạ dày trước khi vào tá tràng. Các sóng nhu động được phát đi từ bờ cong lớn tạo lực đẩy phối hợp nhịp nhàng về phía môn vị [25]. Lúc này môn vị hoạt động như một lưới sàng, mở khi sóng nhu động chuẩn bị đến, khi có nhu động thì môn vị đóng lại, tạo thành chướng ngại vật. Các đợt sóng này tăng dần so với tần suất đóng mở của môn vị, do đó thức ăn được nhào trộn kỹ càng với enzym cho tới khi tạo thành các khối có kích thước nhỏ chỉ vài mm. Lúc này cơ thắt môn vị mở ra và cho phép thức ăn đi qua. Khi thức ăn đi qua môn vị lập tức đóng lại để tránh trào ngược [10],[22],[25].

1.1.5.3. Tiêu hóa của dạ dày

Dạ dày góp phần tiêu hóa thức ăn bằng cách trộn lẫn thức ăn với acid và pepsin (pepsinogen hoạt hóa sau khi tiếp xúc với acid luminal), giúp phá vỡ liên kết protein thành các chuỗi peptit đơn giản hơn. Sau đó sẽ được hấp thu hoặc tiếp tục được tiêu hóa hơn nữa tại ruột non. Các yếu tố này trong dạ dày cũng góp phần tiết ra các enzym cần thiết để hấp thụ vitamin B12 ở đoạn cuối hồi tràng [10],[25]. Ngoài ra, acid dạ dày cũng tạo điều kiện thuận lợi để hấp thu các ion như Ca^{2+} , Fe^{3+} và các kim loại vi lượng khác. Ở pH thấp, Ca^{2+} được giải phóng hoàn toàn hơn các bazo khác do đó dễ dàng hấp thu ở tá tràng. Tương tự như vậy, Fe^{2+} tự động oxy hóa khi có acid luminal để chuyển sang dạng dễ hấp thu ở ruột non [22],[25].

1.1.5.4. Ứng dụng trong và sau phẫu thuật

Trong phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô dạ dày lựa chọn cắt như thế nào là phụ thuộc vào vị trí cụ thể của u. Với cắt bán phần dạ dày thì phần còn

lại giúp đảm bảo một phần chức năng sinh lý của dạ dày. Tuy nhiên, với u ở 2/3 trên hoặc tổn thương toàn bộ dạ dày thì phải cắt toàn bộ dạ dày để đảm bảo tính triệt căn. Do đó, để hài hòa các lợi ích cho người bệnh thì PTV cần cân nhắc kỹ trước khi lựa chọn phương pháp phẫu thuật để vừa đảm bảo tính triệt căn vừa bảo tồn được một phần chức năng sinh lý của dạ dày.

Sau phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày thì các chức năng sinh lý: chứa đựng, vận động và tiêu hóa thức ăn của dạ dày không còn, do đó cần tư vấn chế độ dinh dưỡng và điều trị sau mổ là vấn đề rất quan trọng cho người bệnh. Ăn các thức ăn mềm, lỏng dễ tiêu, nhai kỹ và chia làm nhiều bữa nhỏ trong ngày do mất chức năng chứa đựng và tiêu hóa thức ăn trong dạ dày. Nên ăn các thức ăn giàu protein, chất xơ ... tránh ăn uống các thực phẩm có lượng đường cao. Bổ sung vitamin B12, vitamin tan trong mỡ như A, D, E, K, enzyme lactase và điện giải và các chất khoáng như Ca^{2+} , Fe^{2+} , Fe^{3+} ... [10],[25].

1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật PTNS cắt TBDD vét hạch D2 điều trị UTBMDD

1.2.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư biểu mô dạ dày

1.2.1.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của ung thư biểu mô dạ dày cũng tương tự như ung thư dạ dày nói chung, thường nghèo nàn và không đặc hiệu, do đó dễ nhầm với các thay đổi cơ năng hoặc bệnh lý lành tính. Khi các triệu chứng đã rõ ràng thì thường bệnh nhân (BN) đã ở giai đoạn muộn [36],[37],[38],[39].

Triệu chứng cơ năng:

*** Đau bụng vùng thượng vị:**

Đau bụng xuất hiện ở giai đoạn sớm thường ở mức độ nhẹ, đau âm ỉ, có lúc BN chỉ cảm thấy khó chịu ở vùng thượng vị. Khi bệnh tiến triển và tùy theo mức độ xâm lấn của ung thư, cơn đau trầm trọng hơn về thời gian và cường độ [11],[40]. Do đó bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển

hoặc giai đoạn muộn [36],[41]. Triệu chứng này được các nghiên cứu ghi nhận gặp tỷ lệ 62-91% [13],[22].

*** *Gầy sút cân:***

Hiện nay, với tỷ lệ chẩn đoán UTBMDD giai đoạn muộn còn cao nên triệu chứng gầy sút cân đã ghi nhận trong nhiều nghiên cứu còn cao. Số cân sụt trung bình là 6kg [42]. Tỷ lệ gầy sút cân ở những BN UTBMDD là 22-92,2% [13],[43],[44].

*** *Nôn, buồn nôn:***

Nôn là hậu quả của tổn thương dạ dày gây ra kích thích, cũng có thể do khó tiêu hoặc do cản trở lưu thông. Khi đã có triệu chứng nôn thì bệnh đã ở giai đoạn muộn. Thường sẽ nôn ra dịch thức ăn cũ. Với những khối u có chảy máu sẽ có triệu chứng của xuất huyết tiêu hóa cao như nôn ra dịch có lẫn máu, hoặc máu đỏ hoặc dịch màu cà phê [42]. Triệu chứng nôn, buồn nôn gặp 6-45,5% [13],[22].

*** *Chán ăn, khó tiêu hóa:***

Chán ăn là triệu chứng có thể gặp ở nhiều bệnh lí khác nhau. Đối với UTBMDD chán ăn có thể hậu quả của tình trạng đầy bụng, khó tiêu hoặc do suy kiệt, dẫn đến mệt mỏi và chán ăn. Võ Duy Long gặp 55,5% trường hợp có đầy bụng và khó tiêu [22], trong nghiên cứu của Heemskerk VH và cộng sự, có tới 99% trường hợp có triệu chứng liên quan đến UTBMDD như sụt cân, đau bụng và chán ăn [7].

Triệu chứng thực thể

*** *Sờ thấy khối u vùng thượng vị:***

Khám phát hiện khối u vùng thượng vị là dấu hiện hay gặp trong UTBMDD, càng ở giai đoạn muộn thì càng gặp nhiều [10],[39].

Nghiên cứu của Đỗ Đình Công khám có 20% trường hợp u bụng [45], Mabula JB và cộng sự gặp 69,8% trường hợp có khối u vùng thượng vị khi

đến khám [46], tác giả Wanebo HJ khối u vùng thượng vị cũng là dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày, tuy nhiên khi có dấu hiệu này thì bệnh đã tiến triển lâu dài [47].

*** Dấu hiệu hẹp môn vị:**

Hẹp môn vị là một biến chứng của UTBMDD tiến triển lâu dài nên thường có kèm theo tình trạng xâm lấn xung quanh, các triệu chứng đặc thù của hẹp môn vị là dấu hiệu Bouveret, tắc óc ách lúc đói, bụng lõm lòng thuyền.

Võ Duy Long gặp 0,9% bệnh nhân có dấu hiệu hẹp môn vị [22], tác giả Mabula JB gặp 29,3% trường hợp hẹp môn vị [46].

*** Dấu hiệu di căn:**

Ở giai đoạn muộn khi khối u đã xâm lấn xung quanh và di căn xa, khi thăm khám lâm sàng cần chú ý tìm các dấu hiệu di căn các tạng và di căn hạch xa (hạch Troisier). Những biểu hiện này có thể xuất hiện cách xa vị trí của u. Khi đó, tiên lượng BN thường rất kém.

Với những trường hợp có kèm theo vàng da, cổ trướng và khối ở gan gợi ý đến di căn gan [11],[44].

Đại tràng ngang là một tạng có nhiều nguy cơ bị di căn, gây nên tình trạng tắc ruột thấp [13].

Di căn theo đường phúc mạc đến trước trực tràng, hình thành khối u hình kệ sách ở thành trước trực tràng (Blumer shelf) [13],[42].

Khi di căn tới cơ quan sinh dục nữ - buồng trứng, khám phát hiện thấy khối ở vùng bụng dưới, rắn chắc, di động kém - u Krukenberg [13],[42].

Triệu chứng toàn thân

Ở giai đoạn sớm, triệu chứng toàn thân của UTBMDD hầu như không có. Tuy nhiên ở giai đoạn muộn các triệu chứng biểu hiện rõ ràng. Các triệu chứng toàn thân thường thấy ở BN UTBMDD [11],[13],[40]:

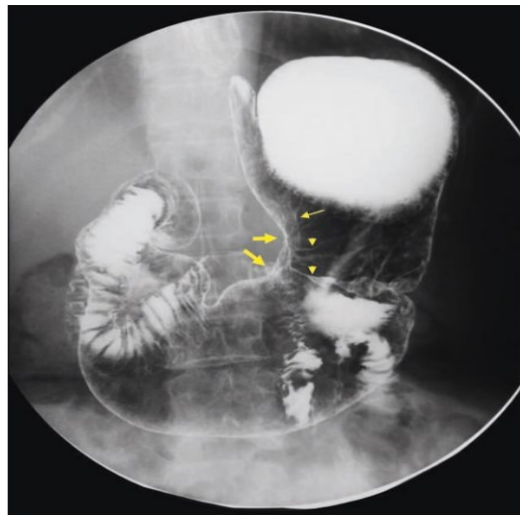
- Thể trạng suy kiệt.
- Da xanh, niêm mạc nhợt, biểu hiện của thiếu máu.

- Có thể xuất hiện phù chân do thiếu dưỡng.
- Da và củng mạc mắt vàng do khối u xâm lấn, gây chèn ép đường mật.

1.2.1.2. Cận lâm sàng

Chụp đối quang kép dạ dày:

Đây là phương pháp đã được áp dụng đầu tiên và từ lâu để chẩn đoán UTBMDD [48]. Phương pháp này có thể xác định các tổn thương nghi ngờ ác tính của dạ dày và một số trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Tuy nhiên, đến nay tỷ lệ âm tính giả còn khá cao 20-50% và thay đổi tùy theo từng nghiên cứu [42],[48]. Một trong những hình ảnh ung thư dạ dày trên phim đối quang kép là thuốc đọng lại tại ổ loét nhưng không phân biệt được đây là ổ loét lành tính hay ác tính [42].



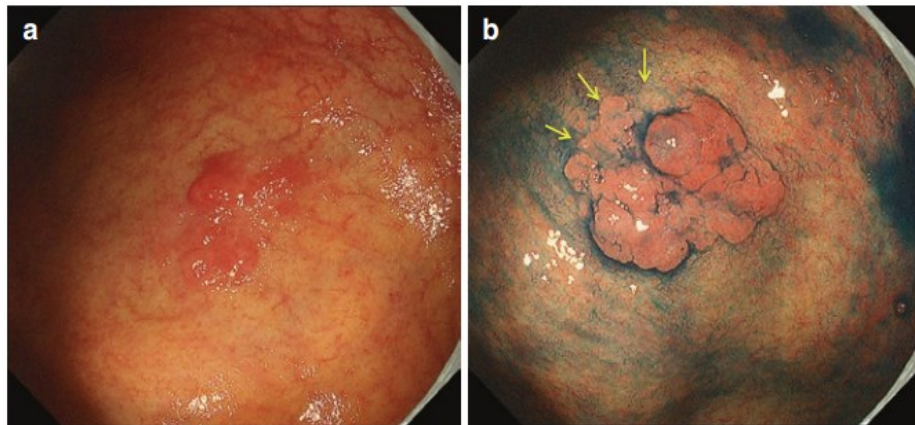
Hình 1.8: Hình ảnh đối quang kép dạ dày có khối u vùng bờ cong nhỏ nhô vào lòng dạ dày, nhìn rõ bề mặt khối u và gây co kéo niêm mạc dạ dày

(Nguồn: Shiotani A, 2019 [48])

Nội soi dạ dày:

Nội soi dạ dày là phương pháp được ưu tiên và mang lại hiệu quả cao trong khám phát hiện UTBMDD trên lâm sàng [37]. Những tiến bộ gần đây của phương pháp nội soi dạ dày đã góp phần tăng tỷ lệ phát hiện UTDD [49]. Phương pháp này cung cấp nhiều thông tin bệnh lý dạ dày do có thể quan sát

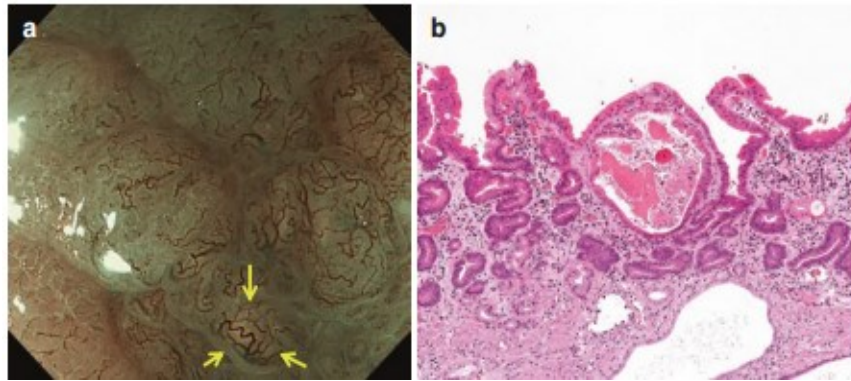
mọi vùng của dạ dày, hình ảnh rõ ràng, phát hiện được những tổn thương nhỏ và nông ở niêm mạc, vị trí, hình dạng, kích thước khối u [11],[37],[50]. Do đó có độ chính xác cao 90-96% trong phát hiện UTBMDD [40]. Hiện nay với nhiều kỹ thuật hỗ trợ trong nội soi dạ dày như nhuộm màu qua nội soi kết hợp dải sáng hẹp, nội soi phóng đại cho ta hình ảnh về vi mạch và vi mô của niêm mạc dạ dày [49],[51].



Hình 1.9: Hình ảnh soi dạ dày phát hiện khối nghi ngờ (hình a) và được nhuộm màu indigo carmine để hình thái tổn thương rõ ràng hơn (hình b)

(Nguồn: Shiotani A, 2019 [51])

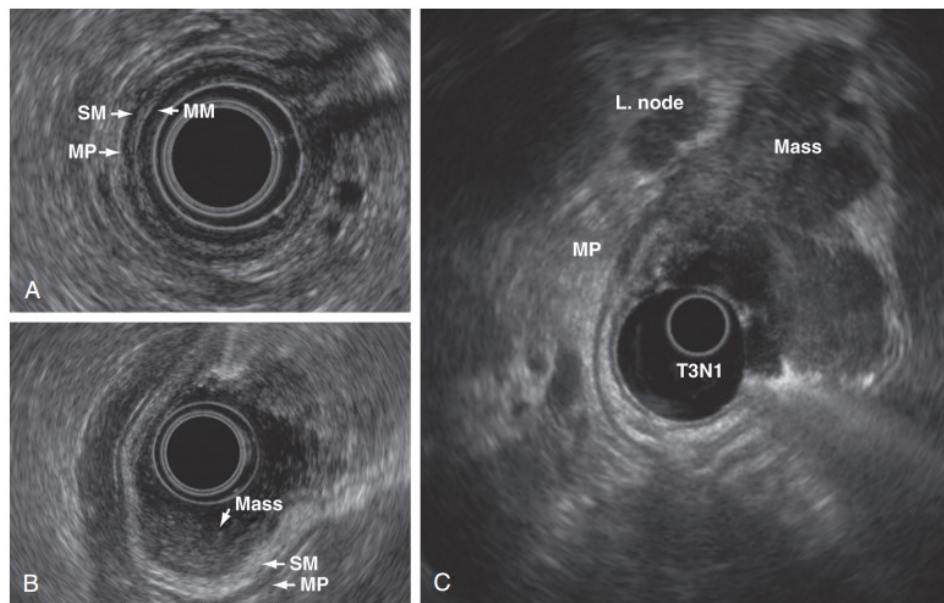
Ngoài ra phương pháp này còn có thể lấy mẫu bệnh phẩm để làm xét nghiệm tế bào học và sinh thiết làm giải phẫu bệnh với độ chính xác cao [11],[50],[51]. Với khả năng lấy được mẫu bệnh phẩm sinh thiết sẽ cải thiện tỷ lệ phát hiện tế bào ung thư. Theo đồng thuận của Anh Quốc khuyến cáo, việc chẩn đoán ung thư dạ dày qua nội soi bằng cách quan sát khối u qua nội soi và được xác định bằng mô bệnh học. Qua đó phải lấy được ít nhất sáu mẫu sinh thiết từ khối u và mô lân cận. Nếu kết quả sinh thiết một khối u nghi ngờ khi quan sát là âm tính thì cần phải sinh thiết lại để kiểm tra [52],[53].



Hình 1.10: Hình ảnh tổn thương UTBMDD sớm được quan sát qua nội soi có dải sáng hẹp (hình a), được chẩn đoán mô bệnh học UTBMDD (hình b)

(Nguồn: Shiotani A, 2019 [51])

Siêu âm nội soi dạ dày:



Hình 1.11: Hình ảnh siêu âm nội soi dạ dày

(a: Hình ảnh dạ dày bình thường; b: Ung thư dạ dày T1N0; c: Ung thư dạ dày T3N1) MM: Niêm mạc, MP: Lớp cơ, SM: Lớp dưới niêm mạc

(Nguồn: Townsend CM et al, 2016 [39])

Siêu âm nội soi (EUS – Endoscopic Ultrasound) đã được đưa vào ứng dụng trên lâm sàng từ những năm 1970 và với khả năng tiếp cận và đánh giá khối u tại chỗ từ bên trong dạ dày, nó đã phát triển thành công cụ chẩn đoán

quan trọng UTBMDD và được chấp nhận rộng rãi. Đây là phương pháp đem lại kết quả chính xác cao trong chẩn đoán giai đoạn bệnh tại chỗ. Với những BN ở giai đoạn tiến triển nên được chẩn đoán với sự kết hợp giữa EUS và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) [39],[54],[55].

Theo nghiên cứu của tác giả Han C và cộng sự với 232 BN UTBMDD, độ chính xác của EUS khi xác định giai đoạn T là 64,2%, trong đó xác định T3 là cao nhất với 75,0% [56]. Tác giả Redondo-Cerezo và cộng sự công bố độ chính xác của EUS là 78% khi xác định giai đoạn T [57]. Papanikolaou IS và cộng sự ghi nhận độ chính xác khi xác định giai đoạn T của EUS là 60-90% [55]. Faigel DO và cộng sự ghi nhận độ chính xác EUS trong khoảng 70-92% khi chẩn đoán giai đoạn T [54].

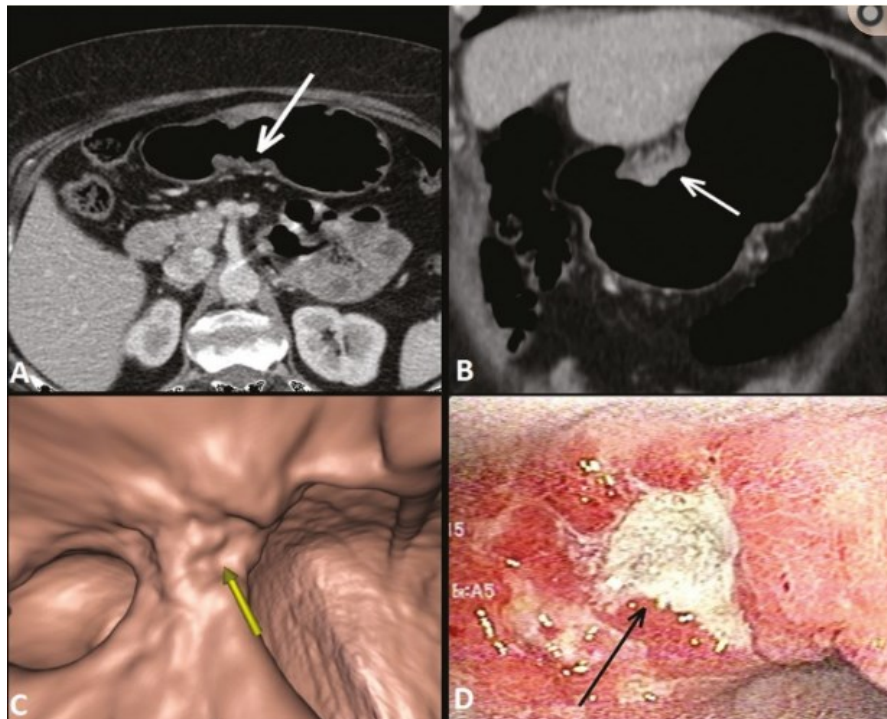
Chụp cắt lớp vi tính:

Một khi nghi ngờ UTBMDD, chụp CLVT có dùng thuốc cản quang vùng ngực, bụng, chậu là vô cùng cần thiết. Chụp CLVT cho ta hình ảnh khối u choán chỗ trong lòng dạ dày, bề dày của thành dạ dày, hạch xung quanh, tình trạng xâm lấn tạng xung quanh của khối u [11],[13],[37].

Ngày nay, với máy quét CLVT đa dãy với lát cắt mỏng hơn, nhanh hơn giúp cải thiện độ phân giải hình ảnh và cho phép xử lý nhanh quá trình dựng hình, kết hợp với kỹ thuật nội soi ảo (virtual gastroscopy – VG) cho hình ảnh vị trí khối u khá rõ ràng. Qua đó góp phần làm tăng độ nhạy và độ chính xác của CLVT trong phát hiện tổn thương ác tính của dạ dày [58],[59].

Qua hình ảnh thu được, chúng ta có thể phần nào chẩn đoán được giai đoạn TNM của UTBMDD, tuy nhiên so sánh độ đặc hiệu và chính xác với siêu âm nội soi vẫn còn đang được nghiên cứu thêm [58],[59]. Trong một nghiên cứu của Yan C và cộng sự trên 790 BN được chụp CLVT đa dãy dựng

hình trước khi phẫu thuật, độ chính xác trong xác định giai đoạn T là 74% (trong đó T1 46%, T2 53%, T3 86%, T4 86%) và đối với giai đoạn N là 75% (trong đó N0 76%, N1 69%, N2 80%), độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của giai đoạn N lần lượt là 86%, 76% và 82% [59]. Theo Nagpal P và cộng sự, tỷ lệ chính xác của CLVT dựng hình cho ung thư dạ dày tiến triển là 96% và giai đoạn sớm là 41% [60]. Với kỹ thuật VG, tỷ lệ phát hiện UTBMDD tăng cao với 98% [60].



Hình 1.12: Chụp CLVT có tổn thương tại bờ cong nhỏ, sau đó được dựng hình 3D và nội soi ảo

(Nguồn: Almeida MFA et al, 2018 [58])

Chụp cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging – MRI):

Trong lịch sử, vai trò của MRI trong chẩn đoán UTBMDD không có nhiều do bị hạn chế bởi thời gian thực hiện lâu, kỹ thuật khó và chất lượng hình ảnh kém, nhưng với những tiến bộ kỹ thuật, MRI đã trở thành phương pháp chẩn đoán hình ảnh đem lại giá trị cao với các khối u ác tính của đường tiêu hóa

[13],[37],[61]. Độ chính xác của MRI khi xác định giai đoạn T và N cũng tương tự như EUS và CLVT, điều này khiến cho MRI trở thành một lựa chọn phù hợp với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Đã có những bằng chứng về những hạn chế hiệu quả của MRI với giai đoạn di căn của UTBMDD, nhưng trên thực tế MRI được sử dụng nhiều trong chẩn đoán ung thư gan và xác định tình trạng di căn phức tạp. Qua đó cũng cho thấy được MRI đáp ứng tốt việc phát hiện di căn hạch và di căn xa của ung thư dạ dày [61].

Các chất chỉ điểm khối u (Tumor markers):

Nhiều chất chỉ điểm ung thư đã được chứng minh là có liên quan đến UTBMDD. Chúng bao gồm các chất như CA 72-4, CEA, CA 19-9, CA 125... Tuy nhiên, tính hữu ích của các chất chỉ điểm này còn nhiều tranh luận với các báo cáo về độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau trong việc phát hiện bệnh dựa trên kích thước khối u [37],[40],[50].

**** CA 72-4:***

CA 72-4 là một chất chỉ điểm ung thư được tìm thấy tăng cao trong nhiều loại ung thư biểu mô tuyến ở người lớn bao gồm của dạ dày. Chất chỉ điểm này là một yếu tố quyết định kháng nguyên của glycoprotein TAG-72. CA 72-4 rất ít khi tăng ở những khối u lành tính. Hiện nay, CA 72-4 là chất chỉ điểm ung thư được dùng chủ yếu trong xác định và đánh giá điều trị ung thư dạ dày, tuy nhiên chất này còn tăng trong các bệnh lý ác tính của ống tiêu hóa và bệnh phụ khoa [62].

**** CEA:***

Tỷ lệ CEA (CarconoEmbryonic antigen) dương tính được báo cáo trong huyết thanh BN UTBMDD trong khoảng 9,6-57,6%. CEA đã được sử dụng cùng với các chất đánh dấu huyết thanh khác để phát hiện UTBMDD [50].

**** CA 19-9:***

CA 19-9 còn có tên gọi Sialyl-LewisA, được tìm thấy trong huyết thanh của BN ung thư trực tràng lần đầu vào năm 1981. CA 19-9 là chất đánh dấu

huyết thanh được sử dụng thường xuyên nhất trong ung thư tụy, cũng như trong sàng lọc UTBMDD khi kết hợp với các chất chỉ điểm khác. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ dương tính phát hiện CA 19-9 của UTBMDD là khoảng 30%. Tuy nhiên, CA 19-9 được biểu hiện ở một số tế bào ống tụy bình thường và nồng độ CA 19-9 cũng có thể tăng lên trong trường hợp viêm, do đó xét nghiệm CA 19-9 đôi khi cho kết quả dương tính giả [50].

*** CA 125:**

CA 125 là một kháng nguyên ung thư được phát hiện là trong ung thư buồng trứng năm 1981. CA 125 là một trong những chất đánh dấu huyết thanh được sử dụng phổ biến trong ung thư buồng trứng cũng như trong UTBMDD. Độ nhạy của CA 125 như một chất chỉ điểm cho UTBMDD khoảng 40% [50].

Xét nghiệm mô bệnh học:

Xét nghiệm mô bệnh học trước mổ có giá trị chẩn đoán xác định cao. Mô bệnh học sau mổ giúp đánh giá chính xác thể mô bệnh học và độ biệt hóa, mức độ xâm lấn của u cũng như sự di căn hạch giúp cho chẩn đoán giai đoạn bệnh. Từ đó đưa ra hướng điều trị hỗ trợ và tiên lượng bệnh.

a. Hình ảnh đại thể:

**** Ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn sớm:***

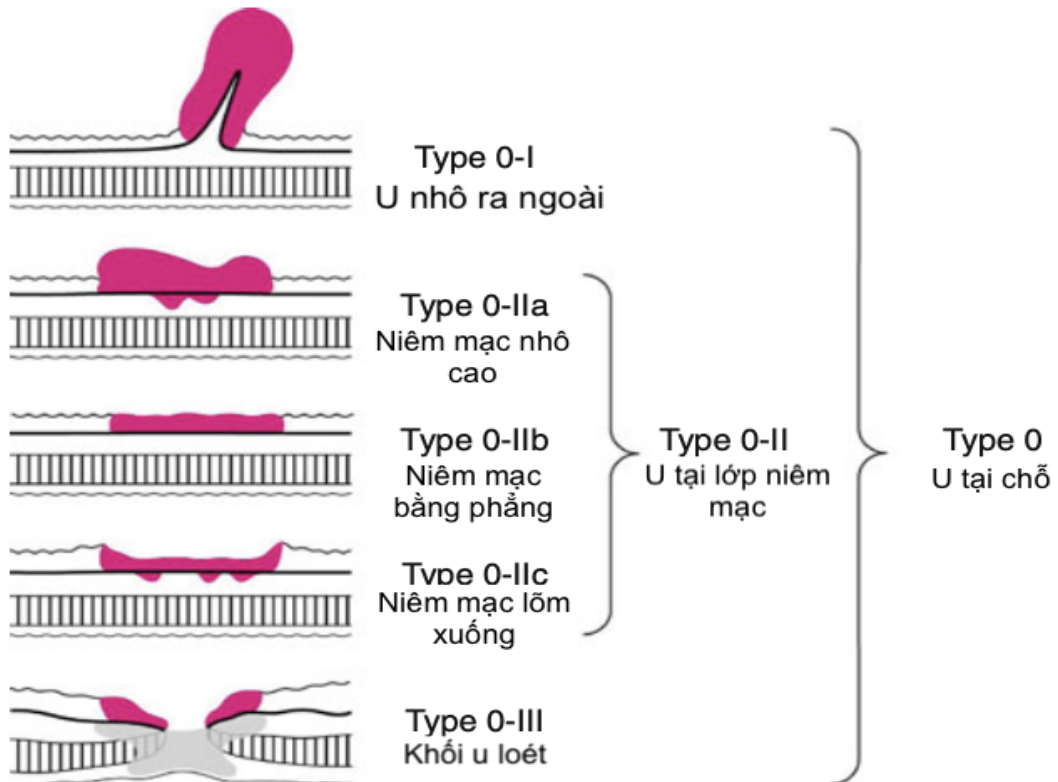
- UTBMDD giai đoạn sớm được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO - 2000) định nghĩa là UTBMDD chưa xâm lấn quá lớp dưới niêm mạc (T1b), có hoặc không có hạch di căn, bất kể kích thước khối u và chưa di căn xa [63].

- Theo phân loại của Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản, UTBMDD giai đoạn sớm được chia thành các nhóm [27]:

- + Typ 0-I: Khối u nhô ra ngoài
- + Typ 0-II: Tại bề mặt niêm mạc
 - Typ 0-IIa: Niêm mạc nhô cao
 - Typ 0-IIb: Niêm mạc bằng phẳng

Typ 0-IIc: Niêm mạc lõm xuống

+ Typ 0-III: Niêm mạc loét



Hình 1.13: Phân loại đại thể UTBMDD sớm theo JGCA

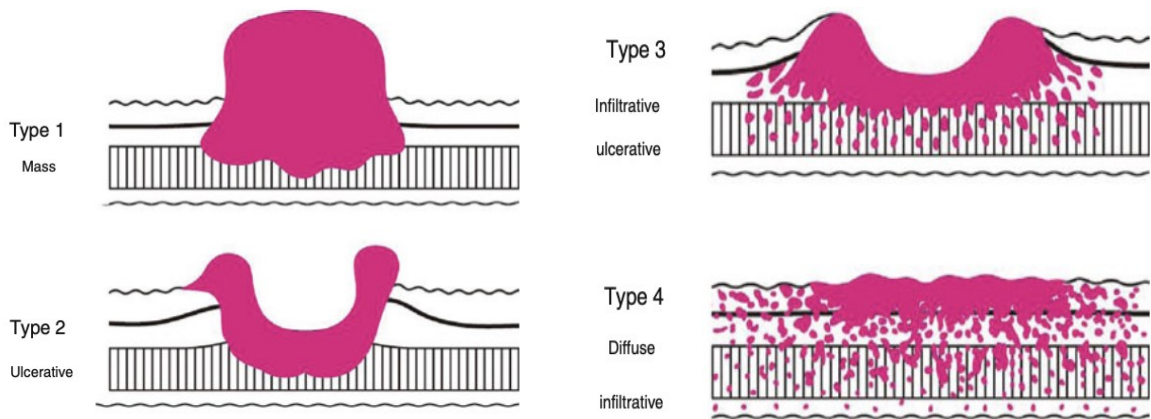
(Nguồn: Japanese Gastric Cancer Association, 2011 [27])

*** Ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn tiến triển:**

- Ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển là những khối u đã xâm lấn vào lớp cơ hoặc xa hơn.

- Theo phân loại của Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản, UTBMDD giai đoạn tiến triển được chia thành các nhóm [27]:

- + Typ I: Khối u tại chỗ
- + Typ II: Khối u thể loét
- + Typ III: Khối u thể loét thâm nhiễm
- + Typ IV: Khối u thể thâm nhiễm rộng
- + Typ V: Khối u không thuộc thuộc các nhóm trên.



Hình 1.14: Phân loại đại thể UTBMDD tiến triển theo JGCA

(Nguồn: Japanese Gastric Cancer Association, 2011 [27])

+ Type 1: Thể sùi. U sùi lõm vào trong lòng dạ dày cứng, bề mặt không đều, tại đỉnh và trung tâm khối u có loét dễ chảy máu khi chạm vào.

+ Type 2: Thể loét không xâm lấn. Loét đào sâu vào thành dạ dày, hình tròn bát, bờ có thể gồ cao; nền ổ loét có bờ sắc nham nhở, thành ổ loét có thể nhẵn và thẳng đứng.

+ Type 3: Thể loét xâm lấn. Loét không rõ giới hạn do bờ ổ loét lẫn với niêm mạc bên cạnh, xâm lấn niêm mạc xung quanh do đáy ổ loét xâm nhiễm cứng xung quanh.

Type 4: Thể thâm nhiễm. Tổn thương không có giới hạn rõ, niêm mạc có thể không đều, sần loét nhỏ trên bề mặt mất nhẵn bóng, tổn thương thường lan rộng. Có khi toàn bộ dạ dày bị xâm lấn: Thành dày, cứng co lại như một ống cứng. Khi nội soi dạ dày phải sinh thiết nhiều mảnh và nhắc lại nhiều lần để xác định chẩn đoán vi thể.

b. Hình ảnh vi thể:

Theo phân loại của Lauren (1965) và Tổ chức Y tế thế giới (2000), hình ảnh vi thể UTBMDD được phân chia theo các đặc điểm sự gắn kết tế bào hay hình thái của tế bào ung thư.

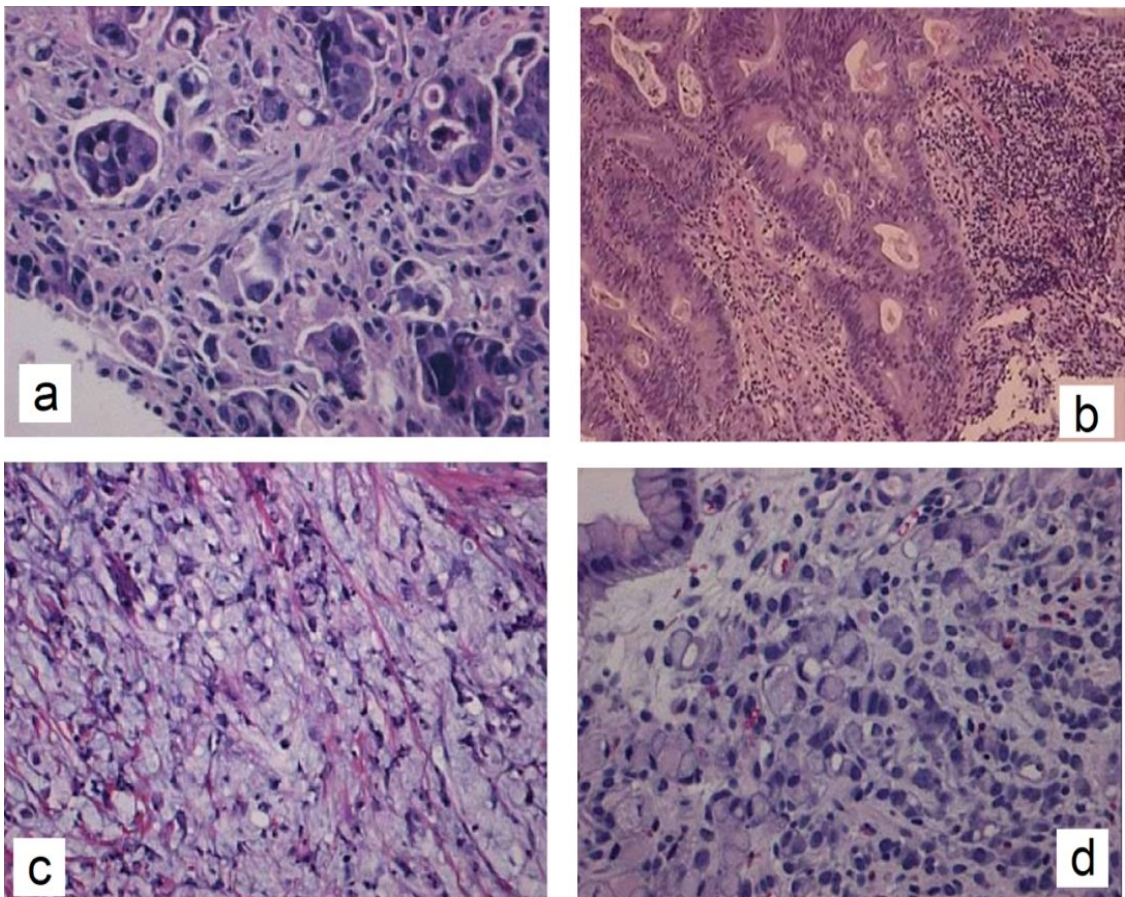
Phân loại của Lauren: Ung thư biểu mô dạ dày có 3 loại chính [39]:

+ Ung thư biểu mô dạ dày dạng ruột: các tế bào u gắn kết với nhau, xếp thành ống tuyến như các ung thư biểu mô tuyến của đường tiêu hóa.

+ Ung thư biểu mô dạ dày dạng lan tỏa: các tế bào u thiếu sự gắn kết, không tạo ống tuyến, xâm lấn vào tổ chức xung quanh. Dạng này có xu hướng phát triển rộng, có tiên lượng xấu.

+ Ung thư biểu mô dạng hỗn hợp.

Theo nghiên cứu của Đặng Trần Tiến với cỡ mẫu 186 trường hợp, UTBMDD dạng ruột chiếm đa số (60%) [64].



Hình 1.15: Hình ảnh vi thể phân loại theo WHO

(a: Ung thư biểu mô tuyến ruột; b: Ung thư biểu mô tuyến ống;
c: Ung thư biểu mô tuyến nhày; d: Ung thư biểu mô tế bào nhẵn)

(Nguồn: Hu B et al, 2012 [65])

Phân loại của WHO gồm các nhóm sau:

Bảng 1.2: Phân loại của WHO năm 2000 [63]

Type mô học	Mã số bệnh
Tân sản nội biểu mô tuyến	8140/02
Ung thư biểu mô tuyến	8140/03
Type ruột	8140/03
Type lan toả	8144/03
Ung thư biểu mô tuyến nhú	8260/03
Ung thư biểu mô tuyến ống	8211/03
Ung thư biểu mô tuyến nhày	8480/03
Ung thư biểu mô tế bào nhẵn	8490/03
Ung thư biểu mô tuyến vảy	8560/03
Ung thư biểu mô tế bào vảy	8070/03
Ung thư biểu mô tế bào nhỏ	8041/03
Ung thư biểu mô không biệt hoá	8020/03
Các loại khác	
Carcinoid (u nội tiết biệt hoá cao)	8240/03

UTBM tuyến được chia thành 3 mức độ biệt hoá

- Biệt hoá rõ: trên 95% cấu trúc u hình thành tuyến, hầu hết là các tế bào u chế nhày, thường có nhiều nhân chia.

- Biệt hoá vừa: 50% - 95% cấu trúc u hình thành tuyến, thường các tuyến có một thể nang hoặc dạng sàng với khối lượng mô đệm xen kẽ đa dạng.

- Kém biệt hoá: Gồm 5% - 50% cấu trúc tuyến, mất sự dính các tế bào, hạt nhân không đều, không điển hình, kỳ quái, nhiều nhân chia và nhân chia không điển hình.

Xét nghiệm đột biến gen:

Gen p53 là gen ức chế sinh ung thư quan trọng nhất và có liên quan đến UTDD. Gen p53 ở trạng thái bình thường có vai trò ức chế chu kỳ tế bào để

sửa chữa các tổn thương DNA, cảm ứng hiện tượng chết tế bào theo chương trình (apoptosis) và tương tác với các gen khác để kiểm soát sự tăng sinh, biệt hóa tế bào. Đột biến gen p53 được tìm thấy trong cả UTDD tỳ ruột và tỳ lan tỏa [10],[66],[67],[68].

Xét nghiệm HER2:

Xét nghiệm HER2 bằng kỹ thuật hóa mô miễn dịch: HER2 là dấu ấn phân tử thuộc họ EGFR (Epidermal Growth Factor Re-ceptor). Sự biểu lộ HER2 là một chỉ điểm tiên lượng, giúp chọn lựa những bệnh nhân UTBMDD tiến triển, đáp ứng với điều trị trastuzumab [12],[69].

1.2.1.3. Giai đoạn ung thư biểu mô dạ dày

Phân loại giai đoạn bệnh UTBMDD của Liên minh phòng chống ung thư quốc tế 2009 -UICC [66], Hiệp hội chống ung thư Mỹ 2010 - AJCC [67] và Hội ung thư dạ dày Nhật Bản 2011 - JGCA [27] đã đi đến thống nhất một cách phân chia theo TNM như sau:

T: u nguyên phát

TX: u nguyên phát không thể đánh giá được

T0: không có bằng chứng của u nguyên phát

Tis: u tại chỗ; tổn thương chỉ ở lớp niêm mạc, chưa xâm lấn qua màng đáy hay lớp cơ niêm

T1: u ở trong lớp niêm mạc và hoặc lớp cơ niêm / lớp dưới niêm

T1a: u còn giới hạn ở lớp niêm mạc hoặc lớp cơ niêm

T1b: u còn giới hạn ở lớp dưới niêm

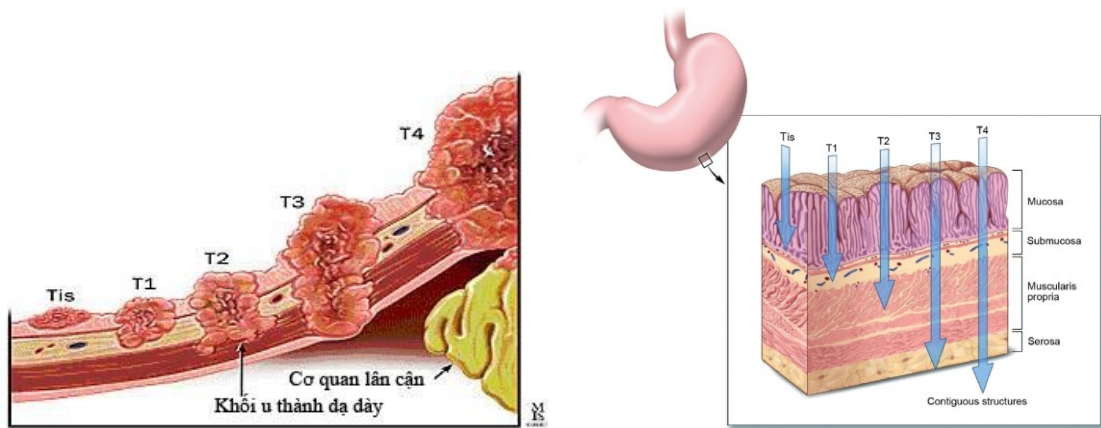
T2: u xâm lấn đến lớp cơ

T3: u xâm lấn đến lớp dưới thanh mạc

T4: u xâm lấn đến lớp thanh mạc hay các cơ quan kế cận

T4a: u xâm lấn đến lớp thanh mạc

T4b: u đã xâm lấn các cơ quan lân cận



Hình 1.16: Mức độ xâm lấn thành của UTBMDD nguyên phát [10],[13]

N: hạch bạch huyết vùng

NX: không xác định được tình trạng di căn hạch

N0: không có di căn hạch vùng

N1: di căn 1 - 2 hạch vùng

N2: di căn 3 - 6 hạch vùng

N3: di căn ≥ 7 hạch vùng

N3a: di căn 7 - 15 hạch vùng

N3b: di căn ≥ 16 hạch vùng

M: di căn xa

Mx: không xác định được tình trạng di căn xa

M0: chưa có di căn xa

M1: đã có di căn xa

Bảng 1.3: Phân giai đoạn bệnh ung thư biểu mô dạ dày theo TNM [27]

	N0	N1	N2	N3	M1
T1a, T1b	Ia	Ib	IIa	IIb	IV
T2	Ib	IIa	IIb	IIIa	
T3	IIa	IIb	IIIa	IIIb	
T4a	IIb	IIIa	IIIb	IIIc	
T4b	IIIb	IIIb	IIIc	IIIc	

1.2.2. Kỹ thuật PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD

1.2.2.1. Sơ lược về lịch sử phẫu thuật điều trị UTDD

Trên thế giới:

- Carl B. Schlatter là người đầu tiên thực hiện thành công ca cắt dạ dày toàn bộ điều trị ung thư dạ dày vào năm 1897 [14].

- Cecar Roux đã lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu chữ Y sau cắt toàn bộ dạ dày từ năm 1907 đến 1927 và đã công bố phương pháp này với tên gọi Roux-en-Y [10],[14].

- Năm 1951, Mc Neer là người đầu tiên đề cập đến kỹ thuật nạo vét hạch sau cắt dạ dày do ung thư [14],[22].

- Năm 1968, Steichen, là người đầu tiên báo cáo kỹ thuật nối lưu thông tiêu hóa tận -tận kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng [18].

- Năm 1991, Kitano là người báo cáo PTNS cắt dạ dày đầu tiên trên thế giới điều trị UTDD [14],[16],[17].

- Năm 1994, Uyama và Azagra là 2 tác giả báo cáo PTNS cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch cho bệnh nhân UTDD đầu tiên trên thế giới [14],[16].

- Năm 2006, Hiroshi Okabe và cộng sự đã thực hiện nối thực quản hồng tràng tận – tận kiểu Functinal bằng máy cắt nối thẳng hoàn toàn trong ổ bụng sau PTNS cắt TBDD cho 16BN [19].

- Năm 2013, Yuma Ebihara và cộng sự báo cáo phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch và nối thực quản hồng tràng tận – tận kiểu Functinal bằng máy cắt nối thẳng cho 65 BN [18].

Đến nay, với xu hướng can thiệp ít xâm lấn, phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 và nối thực quản hồng tràng tận-tận kiểu functinal bằng máy cắt nối thẳng đang là phương pháp được ứng dụng rộng rãi trong phẫu thuật UTDD có chỉ định cắt toàn bộ dạ dày.

Tại Việt Nam:

Năm 1993, Đỗ Đức Vân và cộng sự báo cáo kết quả điều trị phẫu thuật UTDD cho 1908 BN [68],[70].

Nguyễn Đình Hôi và cộng sự đã thực hiện kiểu nối quai ruột Omega và làm thêm miệng nối Braun giữa quai đi và quai tới sau cắt dạ dày toàn bộ điều trị UTDD từ 1960-1970 [70].

Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự (2001), báo cáo 149 BN cắt TBDD điều trị UTDD từ 1994 - 2000 với phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa là tạo túi chứa thay thế dạ dày và có kết quả sống trên 5 năm là 27,27% [71].

Trịnh Hồng Sơn nghiên cứu 306 BN UTDD được điều trị phẫu thuật từ 1995 - 1997, 82,03% cắt đoạn dạ dày và cắt dạ dày toàn bộ là 17,97% [43].

Phạm Như Hiệp nghiên cứu 65 BN phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng và TBDD kèm theo nạo vét hạch điều trị UTDD, thời gian sống thêm trung bình là 20,2 tháng. Tỷ lệ tái phát trong vòng 6 tháng là 29,6% [72].

Với sự phát triển khoa học kỹ thuật trên thế giới kèm theo xu hướng điều trị ít xâm lấn, PTNS đã được triển khai tại Việt Nam. Với trường hợp PTNS cắt túi mật tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 1992 đã mở ra giai đoạn phát triển mới của ngoại khoa nước nhà [73],[74]. Sau đó PTNS đã nghiên cứu và ứng dụng vào cắt dạ dày, nạo vét hạch để điều trị UTDD. Ngày nay PTNS điều trị UTDD đã được triển khai tại hầu hết các tỉnh thành trong cả nước.

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, áp dụng PTNS điều trị loét dạ dày từ năm 2003, sau đó mới mở rộng chỉ định cho UTDD [23].

Triệu Triệu Dương thực hiện PTNS cắt dạ dày và nạo vét hạch D2 cho 31 BN, đã ghi nhận thời gian phẫu thuật của nhóm mổ nội soi kéo dài hơn so với nhóm mổ mở, tuy nhiên thời gian phục hồi của nhóm mổ nội soi nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện [21].

Đỗ Trường Sơn báo cáo 291 BN UTDD từ 2006 đến 2015 được điều trị bằng PTNS hỗ trợ hoặc hoàn toàn cắt dạ dày toàn bộ hoặc bán phần. Kiểu nối sau cắt dạ dày gồm Billroth I (23,6%), Billroth II (68,1%), Roux-en-Y (8,3%). Thời gian sống 5 năm của nhóm nghiên cứu là 37% [23].

Lê Mạnh Hà (2013) nghiên cứu 68 trường hợp UTDD được điều trị PTNS hỗ trợ cắt dạ dày kèm vét hạch từ 2009 đến 2013, ghi nhận 14 trường hợp phải chuyển mổ mở, không trường hợp nào tử vong, thời gian nằm viện trung bình 9,45 ngày [73].

1.2.2.2. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt dạ dày

Người đặt nền móng cho phẫu thuật điều trị UTDD là Pean, Rydygier và Billroth. Kể từ đó đến nay đã có rất nhiều công trình nghiên cứu nhằm thay đổi kỹ thuật và nâng cao kết quả phẫu thuật [14],[15],[75].

Phương pháp cắt dạ dày được hiểu là phần dạ dày được bỏ đi. Trong đó cắt TBDD là cắt đi TBDD bao gồm cả tâm và môn vị [44],[74].

Các yếu tố quyết định lựa chọn phương pháp cắt dạ dày:

**** Phẫu thuật triệt căn:***

Trong các phương pháp điều trị UTBMDD hiện nay như phẫu thuật, hóa trị, miễn dịch, tế bào đích ... thì phẫu thuật đóng vai trò quan trọng và chủ đạo, các phương pháp còn lại mang tính chất hỗ trợ [11],[13],[44],[76]. Phẫu thuật tiêu chuẩn trong cắt dạ dày gồm có phẫu thuật triệt căn (cắt ít nhất 2/3 dạ dày) cùng với nạo hạch D2. Để đảm bảo phẫu thuật triệt căn, cần tuân theo các nguyên tắc sau [44],[76]:

- Cắt bỏ hết mạc nối lớn và mạc nối nhỏ.
- Nạo vét hạch hệ thống thành một khối tùy theo phương pháp PT.
- Với thương tổn giai đoạn T4b thì phải cắt thành khối cùng với cơ quan bị xâm lấn.
- Cắt lách thường quy hay dự phòng không có chỉ định. Việc cắt lách chỉ được thực hiện khi lách hoặc rốn lách bị xâm lấn. Tuy nhiên trong bản hướng dẫn

điều trị UTBMDD 2018 của JGCA, lách nên được bảo tồn trong cắt toàn bộ dạ dày do UTBMDD tiến triển với những khối u không liên quan bờ cong lớn [77].

- Cắt lá trên mạc treo đại tràng ngang và lá trước bao tụy được chỉ định cho thương tổn xâm lấn thanh mạc ở thành sau dạ dày nhằm mục đích loại bỏ ung thư vi thể ở hậu cung mạc nối.

*** Ranh giới cắt dạ dày:**

Phần dạ dày cắt đi vừa đủ nên được xác định phù hợp với mục đích phẫu thuật. Diện cắt dưới là dưới môn vị khoảng 1,5-2cm, ung thư dạ dày rất hiếm khi ăn xuống tá tràng quá giới hạn này. Diện cắt trên nên cách tối thiểu 3cm với những khối u T2 hoặc khối u ăn sâu vào thành dạ dày và 5 - 8cm cho những khối u thâm nhiễm. Khi những diện cắt không chắc chắn nên được kiểm tra bằng giải phẫu bệnh tức thì của diện cắt. Với những khối u đã xâm lấn thực quản thì không nhất thiết phải cách 5cm, nhưng cần kiểm tra qua giải phẫu bệnh tức thì của diện cắt để đảm bảo không còn tổ chức u [41],[76].

Với những khối u T1, cần phải có diện cắt tối thiểu cách bờ khối u 2cm. Khi bờ khối u không rõ ràng, cần đánh dấu bờ khối u qua nội soi trước khi PT bằng các clip và dựa trên kết quả sinh thiết sẽ hữu ích để đưa ra quyết định ranh giới cắt [76].

Lựa chọn phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày:

Phương pháp cắt dạ dày tiêu chuẩn cho các khối u khám thấy trên lâm sàng hoặc khối u T2-T4a là cắt TBDD hoặc cắt bán phần dạ dày. Với những trường hợp đã xâm lấn nhu mô tụy cần phải cắt dạ dày toàn bộ bất kể vị trí của khối u. Phẫu thuật cắt dạ dày toàn bộ kèm theo cắt lách nên được PTV cân nhắc cho những khối u nằm dọc bờ cong lớn đã có di căn nhóm hạch 4sb, ngay cả khi còn chỉ định cắt phần dưới dạ dày. Đối với những ung thư biểu mô dạ dày nằm gần ngã 3 thực quản, cắt thực quản và cắt phần trên dạ dày sau đó tái tạo lại ống dạ dày tương tự như phẫu thuật ung thư thực quản [76].

Phương pháp nối lưu thông tiêu hóa sau PTNS cắt TBDD:

Có nhiều phương pháp nối lưu thông tiêu hóa sau PTNS cắt TBDD như:

- Nối thực quản hồng tràng bằng khâu tay trong thì hỗ trợ hoặc hoàn toàn

- Nối thực quản hồng tràng tận-bên (OrVil) bằng máy cắt nối tròn
- Nối thực quản hồng tràng bên-bên (Overlap) bằng máy cắt nối thẳng
- Nối thực quản hồng tràng tận-tận (Functional) bằng máy cắt nối thẳng
- Nối thực quản hồng tràng tận-tận (Functional) không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng.

1.2.2.3. Lựa chọn mức độ vét hạch

Mức độ vét hạch trong cắt toàn bộ dạ dày:

Mức độ nạo vét hạch phụ thuộc vào phương pháp cắt dạ dày. Mỗi phương pháp cắt dạ dày có những chặng hạch khác nhau. Trong hướng dẫn của Hiệp hội Ung Thư Dạ Dày Nhật Bản (JGCA) năm 2016, định nghĩa các chặng hạch và nạo hạch là D0, D1, D1+ và D2 tùy thuộc vào phẫu thuật cắt bán phần hoặc toàn bộ dạ dày [76]. Đối với cắt dạ dày toàn bộ:

- + D0: không hoặc nạo vét hạch không đầy đủ.
- + D1: hạch 1, 2, 3, 4sa, 4sb, 4d, 5, 6, 7.
- + D1+: vét chặng D1, thêm các hạch 8a, 9, 11p.
- + D2: vét chặng D1, thêm các hạch 8a, 9, 10, 11p, 11d, 12a.
- + Với những khối u xâm lấn thực quản, D1+ bao gồm: hạch 110, D2 bao gồm hạch 19, 20, 110, 111.

Theo hướng dẫn 2018 của JGCA, khuyến cáo về lợi ích lâm sàng của nạo hạch nhóm 10 chưa rõ ràng với khối u chưa xâm lấn bờ cong lớn [77].

Chỉ định vét hạch D2:

Theo nguyên tắc nạo vét hạch của JGCA đưa ra trong khuyến cáo năm 2016, vét hạch D1 hoặc D1+ được chỉ định cho những khối u giai đoạn T1N0 và D2 cho khối u mọi giai đoạn N hoặc T2-T4a. Do chẩn đoán trước và trong mổ xác định tình trạng di căn hạch còn chưa được xác định rõ ràng, nên nạo hạch chặng D2 nên được thực hiện bất cứ khi nào PTV có nghi ngờ di căn hạch bạch huyết, cụ thể hơn [76]:

Với nạo hạch nhóm D2: được chỉ định cho khối u giai đoạn T2-T4a vẫn còn khả năng cắt bỏ, khối u giai đoạn cT1N+. Cắt lách để nạo hạch nhóm 10 và 11 vẫn còn đang được bàn luận thêm.

Trước đây, những cuộc tranh cãi tại các nước phương Tây rằng liệu nạo hạch D2 có cải thiện tiên lượng BN UTDD so với nạo hạch D1 hay không. Bây giờ, cắt dạ dày nạo hạch D2 được coi là phương pháp tối ưu của phẫu thuật điều trị UTDD trên toàn thế giới [76],[78].

1.2.2.4. Chỉ định và chống chỉ định PTNS cắt TBDD vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày

Chỉ định PTNS cắt TBDD vét hạch D2:

PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD là một phẫu thuật khó, phẫu thuật lớn, tỷ lệ tai biến và biến chứng cao do đó chỉ định được các tác giả trong nước và trên thế giới đưa ra rất chặt chẽ [16],[71],[79],[80]:

- Những BN UTBMDD không thể cắt niêm mạc qua nội soi và chưa có di căn xâm lấn tạng xung quanh.
- Những BN ở giai đoạn khối u T1 đến T4a mà không có di căn hạch xa
- Những BN ở giai đoạn TNM \leq IIIC.
- Những BN có khối u ở 2/3 phần trên dạ dày hoặc bờ trên của u cách tâm vị dưới 6cm, xâm lấn sâu lớp dưới niêm mạc có thể bảo tồn được lách nếu không di căn hạch rốn ĐM lách.
- Được thực hiện bởi PTV nhiều kinh nghiệm.

Chống chỉ định PTNS cắt TBDD vét hạch D2:

Chống chỉ định PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD gồm [16],[80]:

- Những BN có các bệnh lý chống chỉ định với PTNS.
- Những BN có các bệnh toàn thân nặng kèm theo.
- Những BN có khối u dạ dày to, xâm lấn rộng xung quanh gây mất an toàn khi bóc tách.

1.2.2.5. Ứng dụng kỹ thuật PTNS cắt TBDD vét hạch D2

** Tư thế BN, vị trí PTV và số lượng, vị trí trocar trong PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2:*

Nhóm tác giả Strong VE và cộng sự cũng sử dụng 5 trocar để PTNS cắt TBDD vét hạch D2 với PTV đứng bên phải của BN. Có 1 trocar 11mm đặt

dưới rốn cho camera, 1 trocar 12mm đường trắng bên phải trên rốn, 1 trocar 5mm đường trắng bên trái trên rốn, 2 trocar 5mm dưới bờ sườn hai bên [81]. Về vị trí PTV, tư thế bệnh nhân, số lượng vị trí, kích thước trocar có khác nhau giữa các PTV. Võ Duy Long (2017) [22], thì bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng 45° nghiêng phải 15° , PTV đứng bên phải, phụ một ở bên trái và phụ camera đứng giữa hai chân và tiến hành đặt 05 trocar theo thứ tự sau: 01 Trocar 10 mm ở rốn để đặt kính soi, 01 trocar 12 mm bờ ngoài cơ thẳng bụng phải ngang qua rốn để phẫu tích và đặt máy cắt nối ruột thẳng để cắt nối ruột. 01 Trocar 5 mm dưới sườn phải để cầm nắm. Trường hợp thực hiện miệng nối tay ngoài ổ bụng thì thêm trocar dưới sườn trái là 5 mm, còn trong trường hợp thực hiện miệng nối hoàn toàn trong ổ bụng thì thêm trocar 12mm dưới sườn trái để đặt máy cắt nối và trocar 5 mm cuối cùng ở mạn sườn trái ngang rốn. Nguyễn Quang Bộ (2017) [82], thì bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng, PTV đứng giữa 2 chân và tiến hành đặt 04 trocar.

Vấn đề đặt ra là PTV đứng ở vị trí nào là thuận lợi nhất, ưu nhược điểm như thế nào và đặt bao nhiêu trocar là đủ và kích thước trocar như thế nào là tốt nhất cho PTNS cắt TBDD vét hạch D2 thì chưa được các nghiên cứu đề cập.

** Cắt bỏ mạc nối lớn và nạo vét hạch nhóm 4d:*

Theo Walter Siquini, sau khi thăm dò khoang phúc mạc, bờ cong lớn được di động bằng cách bóc tách toàn bộ mạc nối lớn từ đại tràng ngang và bóc tách được mở rộng về phía cực dưới của lách đến các mạch dạ dày bên trái và các động mạch dạ dày ngắn, tiếp tục về phía bên phải để bóc tách các góc động mạch dạ dày bên phải đến đại tràng góc gan vét hạch nhóm 4d [83].

Theo Noh SH, PTV và phụ nhẹ nhàng nâng mạc nối lớn tạo thành một hình tam giác để phẫu tích toàn bộ mạc nối lớn ra khỏi đại tràng [79]. Sau đó tiếp tục phẫu tích mạc nối lớn về phía môn vị, lấy bỏ tổ chức mô mềm phía dưới môn vị, nạo hạch nhóm 4d dọc theo bờ cong lớn đến môn vị và hạch nhóm 6 phía dưới môn vị, thắt và cắt các mạch vị mạc nối phải sát chỗ tách ra từ ĐM vị tá tràng [79],[80],[84].

** Vết nhóm hạch nhóm 6 và thắt bó mạch vị mạc nối phải:*

Theo Noh SH [79], bắt đầu phẫu tích từ bờ trái của lớp mỡ bao gồm hạch nhóm 6 được bóc tách dọc bờ dưới tụy. Rồi sau đó bằng việc bộc lộ mép đầu tụy phía sau hành tá tràng, động mạch vị mạc nối phải và thân kinh tự động nằm bên phải động mạch vị mạc nối phải lộ ra tại vị trí trước dưới của đầu tụy. Ở vị trí này, tĩnh mạch vị mạc nối phải chạy dọc theo thần kinh và lớp ngoài cùng của động mạch vị mạc nối phải được bộc lộ rộng rãi bằng việc phân chia giữa động mạch và thần kinh để tạo thuận lợi cho bóc hạch nhóm 6.

Cân trước tụy được bóc tách dọc tĩnh mạch tụy tá tràng trước trên. Động mạch vị mạc nối phải nằm vắt ngang trên tĩnh mạch tá tụy trước trên. Sau đó bờ phải của mô mỡ bao gồm nhóm hạch 6 được bóc tách ở lớp ngoài cùng của dây thần kinh tự động này và thắt động mạch vị mạc nối phải.

Theo Walter Siquini, phẫu thuật viên cắt bỏ hạch nhóm 6 và qua vùng Fredet, bộc lộ động mạch vị mạc nối phải xuất phát từ động mạch vị tá tràng, tiếp giáp môn vị và dọc theo bờ trên của đầu tụy. Động mạch được thắt bằng titanium clip và thành tá tràng lộ ra, những mạch phía trên tá tràng có thể cắt bỏ bằng dao siêu âm hoặc clip [83].

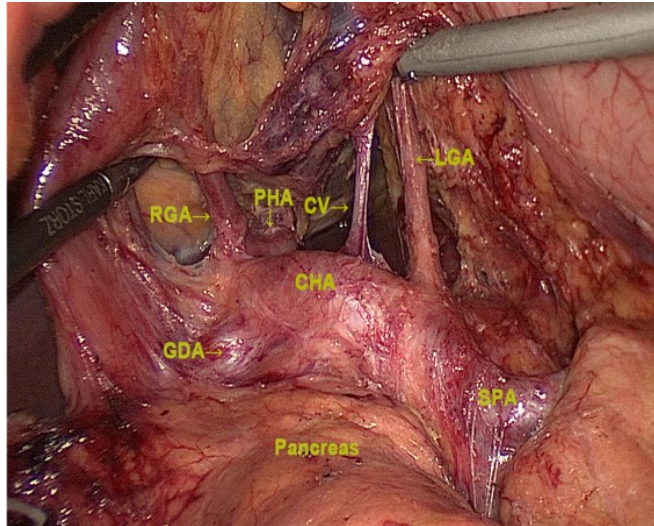
** Giải phóng mạc nối nhỏ, vết hạch nhóm 5, thắt ĐM vị phải, vết hạch nhóm 12a dọc theo ĐM gan riêng vùng rốn gan:*

Cắt bỏ mạc nối nhỏ dọc theo mặt dưới gan, chú ý bất thường giải phẫu động mạch gan. Phẫu tích vết hạch nhóm 12a từ rốn gan xuống, vết hạch nhóm 5, bộc lộ ĐM vị phải và thắt sát gốc. Theo Noh SH để tạo phẫu trường tốt PTV chính kéo căng sợi thần kinh dọc động mạch gan riêng ở phía ngoài, PTV phụ kéo căng sợi thần kinh ở phía động mạch gan chung, vết hạch nhóm 12a dọc theo ĐM gan riêng vùng rốn gan [79].

** Nâng dạ dày lên, giải phóng hết mạc nối nhỏ vết hạch nhóm 3 và vết các nhóm 8a dọc ĐM gan chung, hạch nhóm 11p, 11d dọc ĐM lách, bộc lộ ĐM thân tạng, vết nhóm hạch 7, 9. Thắt và cắt ĐM, TM vị trái sát gốc. Vết hạch nhóm 1 và phẫu tích bên phải tâm vị thực quản:*

Theo Huang CM và cộng sự, khi vết hạch vùng này, tá tràng chưa được cắt trước đó. Cắt dây chằng gan dạ dày để thắt các mạch và vết các hạch bạch

huyết phía sau dạ dày. Đồng thời với thứ tự vét hạch từ trái sang phải (11p vét trước, tiếp đến hạch nhóm 9, 7 và 8a) tạo điều kiện thuận lợi hơn cho các tầng thì phía sau [85].



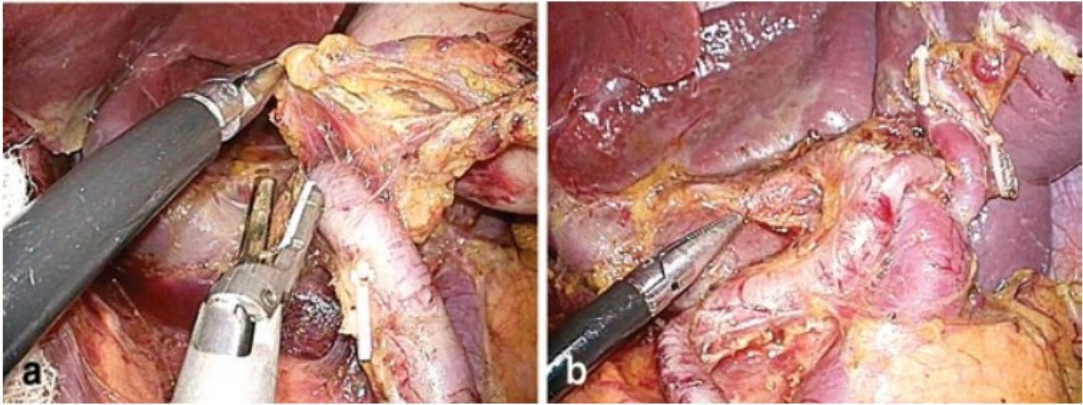
Hình 1.17: Phẫu tích và nạo hạch các nhóm 7, 8a, 9, 12a, 11p

(Nguồn: Chen QY et al, 2012 [84])

Theo Noh SH, sau khi vét xong hạch nhóm 9, 11p và 7, tiếp tục tiến hành phẫu tích hướng lên phía trên để vét hạch nhóm 1 và nhóm 3 còn lại đồng thời bộc lộ bên phải tâm vị thực quản [79].

* Giải phóng toàn bộ mạc nối lớn bên trái, cắt mạc nối vị tỳ và các mạch ngăn tách BCL dạ dày ra khỏi lách, vét hạch 4sb, 4sa, vét hạch nhóm 10 dọc theo các ĐM rốn lách. Vét hạch nhóm 2 bên trái tâm vị:

Sau khi phẫu tích mạc nối lớn, thắt bỏ bó mạc vị mạc nối trái sát góc để tạo thuận lợi nạo hạch vùng 4sb. Tiếp theo hạ dây chằng vị-lách, phẫu tích tới tận bờ trái của thực quản, trên đường đi có thắt lại các ĐM vị ngăn tách ra từ ĐM lách và nạo hạch nhóm 4sa. Khi nạo hạch 4sa xong, đi kèm với đó là di động xong phần bờ cong lớn của dạ dày [81]. Thắt các ĐM vị ngăn, di động bờ cong lớn dạ dày, phẫu tích bộc lộ rõ phần rốn lách, người phụ dùng tay trái ấn thân và đuôi tụy xuống, tay phải đẩy thành sau dạ dày lên trên và sang phải của BN. Phẫu tích tổ chức phía trên nhu mô tụy để bộc lộ rõ ĐM lách. Phẫu tích từ chỗ ĐM vị sau đến rốn lách để nạo hạch nhóm 11d và 10 bằng cách loại bỏ các tổ chức mô mềm xung quanh ĐM và rốn lách [79],[81].



Hình 1.18: Phẫu tích ĐM lách và vùng rốn lách để nạo hạch
(Nguồn: Strong VE 2015 [81])

Di động mặt sau của phần trên dạ dày đến tận cơ hoành, nhánh thực quản tâm vị được phẫu tích đến ĐM dưới hoành trái để thắt lại, lấy bỏ tổ chức mô mỡ mà hạch cạnh trái của tâm vị, nạo hạch nhóm 2 [79],[81]. Theo Noh SH, để tạo điều kiện cho việc phẫu tích dễ dàng, bàn mổ được đặt nghiêng để bên trái cao hơn, sức kéo của trọng lực sẽ giúp thuận tiện khi phẫu tích vùng bờ cong lớn dạ dày [79].

** Bộc lộ và cắt, đóng mồm tá tràng bằng stapler dưới môn vị 1,5-2cm:*

Bóc tách tổ chức mô mềm giữa tá tràng và đầu tụy để di động tá tràng. Những mạch phía trên tá tràng được cắt bỏ có thể bằng dao siêu âm hoặc clip. Cắt tá tràng dưới môn vị 1,5-2cm bằng stapler nội soi [16],[79],[80]. Theo Walter Siquini, sau khi cắt tá tràng có thể vét nhóm hạch 13 [83]. Các nghiên cứu cũng chưa chỉ ra cắt đóng mồm tá tràng trước hay sau thì có những ưu nhược điểm gì trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2.

** Tái lập lưu thông tiêu hóa sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày:*

Phẫu thuật nội soi tạo miệng nối thực quản - hỗng tràng là bước quan trọng và đầy thách thức kỹ thuật trong PTNS cắt toàn bộ dạ dày. Đã có nhiều phương pháp khác nhau được đưa ra để làm miệng nối thực quản - hỗng tràng nhưng hiện nay chưa có quy trình chuẩn nào. Tuy nhiên phương pháp được đa số các PTV lựa chọn là Roux-En-Y. Phẫu thuật nội soi lập lại lưu thông tiêu hóa sau PTNS cắt dạ dày toàn bộ được chia thành làm miệng nối trong hoặc

ngoài ổ bụng và còn được chia thành làm miệng nối tận-tận, tận-bên hoặc bên-bên, sử dụng máy cắt nối tròn hay thẳng [81].

Miệng nối tận-tận không cắt thực quản và hồng tràng trước, sử dụng stapler thẳng (Functional end-to-end) [69]:

Sau khi chuẩn bị thực quản và hồng tràng, dùng stapler thẳng 60mm thứ nhất nối thực quản với hồng tràng. Sử dụng stapler 60mm thứ hai cắt ngang thực quản dưới và hồng tràng đồng thời đóng kín đóng kín miệng nối. Tiếp đến làm miệng nối chân Y bằng 2 stapler thẳng 60mm.

Miệng nối bên-bên cắt đoạn ruột và dạ dày trước sử dụng stapler thẳng (Overlap side-to-side) [79],[81]:

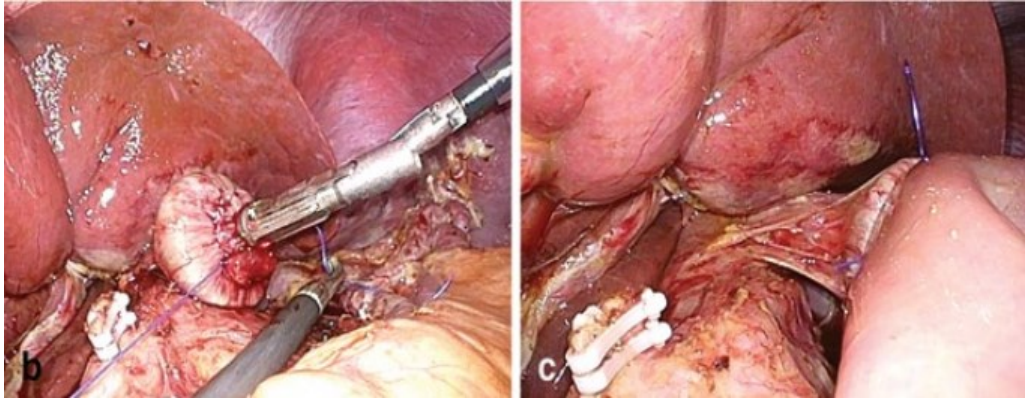
Tiến hành cắt ngang qua thực quản bằng stapler thứ nhất, cắt ngang quai hồng tràng dưới dây chằng Treitz khoảng 40-60cm bằng stapler thứ 2, đưa quai đi lên trên qua phía trước đại tràng ngang.

Sử dụng stapler thứ 3 để nối quai đi vào thực quản. Đóng kín miệng nối bằng stapler thứ 4 hoặc khâu bằng chỉ chậm tiêu. Nối hồng-hồng tràng (chân Y) bằng 2 stapler hoặc khâu tay.

Làm miệng nối tận-bên sử dụng stapler tròn (OrVil) [79],[80],[81]:

Sau khi cắt đoạn dưới thực quản, khâu vắt vòng chỉ quanh đầu dưới thực quản. Mở rộng lỗ trocar dưới sườn trái 3-4cm, đưa bệnh phẩm ra ngoài và đưa đầu đe của stapler vào trong ổ bụng. Sau đó bơm lại áp lực khoang phúc mạc, đưa đầu đe vào thực quản bằng dụng cụ nội soi và buộc lại đầu dưới thực quản với đoạn chỉ vừa khâu vắt đầu dưới.

Cắt đoạn hồng tràng dưới dây chằng Treitz 20cm bằng stapler hoặc bằng tay lúc lấy bệnh phẩm. Stapler được đưa vào quai đi. Miệng nối thực quản hồng tràng tận-bên được thực hiện, rút stapler tròn ra ngoài và đóng lại đầu của quai đi bằng stapler thẳng 60mm. Miệng nối hồng-hồng tràng bên-bên hoặc tận bên được tạo bằng stapler thẳng hoặc khâu tay.



Hình 1.19: Miệng nối tận – bên thực quản hồng tràng

(Nguồn: Strong VE, 2015 [81])

1.2.3. Điều trị bổ trợ sau phẫu thuật UTBMDD

Điều trị UTBMDD là điều trị đa mô thức, hóa trị trước và sau mổ làm giảm các triệu chứng và nâng cao hiệu quả điều trị cũng như chất lượng sống, góp phần kéo dài thời gian sống cho người bệnh [10],[22],[76],[82].

1.2.3.1. Hóa trị tân bổ trợ (trước mổ)

Điều trị hoá trị trước mổ thường được áp dụng cho UTDD giai đoạn muộn, nó làm giảm sự tiến triển và kích thước cũng như mức độ xâm lấn của khối u, từ đó có thể phẫu thuật triệt căn UTDD. Phác đồ thường được áp dụng hiện nay là ECF (Epirubicin, Cisplatin và 5FU) 3 đợt trước phẫu thuật và điều trị tiếp 3 đợt sau phẫu thuật [10],[12].

1.2.3.2. Hóa trị bổ trợ sau mổ

Theo Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản, hóa trị sau mổ được chỉ định cho UTDD giai đoạn II và III [76]. Một số phác đồ thường được dùng là: XELOX (Xeloda+Oxaliplatin); EOX (Epirubicin+Oxaliplatin+Capecitabine) và Capecitabine đơn chất ... [12],[22],[82].

1.2.3.3. Điều trị đích

- Thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu mô (EGFR): Khoảng 25% UTDD có bộc lộ thụ thể yếu tố phát triển biểu mô (Her-2/neu). Kháng thể đơn dòng thường được chỉ định trong UTDD giai đoạn muộn có EGFR dương tính (Trastuzumab, Cisplatin + Capecitabine hoặc 5FU) [10], [12],[22],[77].

- Ức chế men Tyrosine kinase: Thuốc ức chế yếu tố phát triển biểu mô thông qua ức chế men Tyrosine kinase (Lapatinib) [10], [12],[77].

- Yếu tố phát triển nội mô mạch máu: Sử dụng kháng thể đơn dòng ức chế yếu tố phát triển nội mô mạch máu (Bevacizumab), nó được sử dụng trong điều trị UTDD giai đoạn muộn [10], [12],[77].

1.3. Kết quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày

1.3.1. Kết quả mổ mở cắt dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày

Theo các tác giả trong nước và trên thế giới báo cáo về kết quả của mổ mở cắt dạ dày kèm nạo hạch trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày như sau:

Biến chứng chung sau mổ mở cắt dạ dày thay đổi từ 14,4 – 40,6%. Trong đó, biến chứng chảy máu sau mổ từ 0,5 – 4,8%, rò tiêu hóa từ 1 - 7,8%, áp xe tồn dư sau mổ từ 1,6 - 3,7% và bực thành bụng từ 0,5 - 1,2%, mổ lại từ 0,8 – 9,8%. Biến chứng về tim mạch và hô hấp từ 3,9 – 18%. Tử vong sau mổ từ 1 – 13%. Thời gian nằm viện trung bình là 13,7 ngày, BN có bệnh kèm theo thì thời gian nằm viện dài hơn trung bình 3 ngày. Thời gian nằm viện có sự khác nhau giữa các các nghiên cứu [22].

Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ mở cắt dạ dày điều trị ung thư biểu mô còn khác nhau giữa các nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới. Tỷ lệ sống thêm trung bình sau 5 năm từ 38,4 - 66% [22]. Tuy nhiên, tùy theo giai đoạn bệnh, tỷ lệ thời gian này thay đổi khác nhau, với giai đoạn I tỉ lệ sống còn sau 5 năm từ 78 – 79,3%, giai đoạn II từ 41 – 59,2%, giai đoạn III từ 25 – 26% và giai đoạn IV từ 5,6 – 13% [7],[22]. Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự nghiên cứu 149 BN cắt TBDD từ 1994 đến 2000 và chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 có thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ 1, 2, 3, 4, 5 năm là 76,36%, 60,0%, 40,0%, 27,27%, 25,45% và nhóm 2 sống thêm 1, 2, 3 năm là 75,93%, 53,7%, 46,0% [71]. Theo Nguyễn Minh Hải, tỉ lệ sống còn sau 2 năm là 83% [74]. Theo Trịnh Hồng Sơn, thời gian sống còn trung bình của nhóm phẫu thuật D1 không triệt căn và triệt căn lần lượt là 8 tháng và 27 tháng, của nhóm phẫu thuật D2 không triệt căn và triệt căn lần lượt là 9

tháng và 32,5 tháng và của nhóm phẫu thuật D3 không triệt căn và triệt căn lần lượt là 9,6 tháng và 41,4 tháng [43].

1.3.2. Kết quả PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 điều trị UTBMDD

Lượng máu mất trong mổ:

Shinohara T và cộng sự nghiên cứu với 55 BN UTBMDD được PTNS cắt TBDD vét hạch D2 tại Nhật Bản ghi nhận lượng máu mất trung bình trong mổ là 102ml (20-694ml) [17]. Lee JH và cộng sự thực hiện nghiên cứu tại Hàn Quốc trên 94 BN UTDD ở giai đoạn tiến triển từ 2005 đến 2011, trong đó lượng máu mất trong mổ trung bình là 150ml (10-800ml) [20]. Kyogoku N và cộng sự báo cáo qua 291 trường hợp PTNS cắt TBDD điều trị UTBMDD ở bệnh viện Đại học Hokkaido từ 1998 đến 2016 lượng máu mất trung bình trong mổ ở nhóm dùng stapler tròn là 100ml và ở nhóm dùng stapler thẳng là 23ml [86].

Số hạch vét được trong mổ:

Trong nghiên cứu của Võ Duy Long (2017) có 15 trường hợp trong 112 BN được PTNS cắt toàn bộ dạ dày và số hạch nạo vét được trung bình ở 15 BN này là $27,7 \pm 6,9$ hạch [22]. Tác giả Lee JH và cộng sự với 1058 BN PTNS cắt dạ dày, trong đó với 20 BN cắt toàn bộ dạ dày ở giai đoạn sớm vét hạch D2 số hạch thu được là $54,0 \pm 17,6$, với 38 BN cắt toàn bộ dạ dày ở giai đoạn tiến triển vét hạch D2 thu được $55,0 \pm 17,8$ hạch [87]. Trong nghiên cứu của Kim EY và cộng sự, số hạch vét được trung bình ở nhóm PTNS hoàn toàn cắt TBDD là $38,3 \pm 14,2$ và nhóm PTNS hỗ trợ là $45,5 \pm 20,2$ hạch [88].

Bảng 1.4: Số hạch nạo vét được của các tác giả trong và ngoài nước

Tác giả	Năm	n	Số lượng hạch
Lê Mạnh Hà [89]	2007	54	15,0
Sakcak [90]	2011	334	23,5
Ebihara Y [18]	2013	65	30,2
Nguyễn Quang Bộ [82]	2017	53	8,3
Võ Duy Long [22]	2017	112	25,1

Phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa:

Shinorhara (2009) [17], báo cáo PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 cho 55 BN UTBMDD có tổn thương từ T2-T4 và nối thực quản hồng tràng bên bên theo functional bằng máy khâu nối thẳng 45mm, có 4% rò miệng nối, 13% rò tụy, 5% áp xe tồn dư, 5% thoát vị thành bụng và không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Ebihara Y (2013) [18], báo 65 BN PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch, nối thực quản hồng tràng tận-tận theo functional bằng máy khâu nối thẳng 45mm, có tỷ lệ biến chứng chung là 15%, trong đó rò mồm tá tràng 1,5%, rò miệng nối chân Y 1,5%, hẹp miệng nối 4,6%, nhiễm trùng vết mổ 3,1%. Chang KK và cộng sự cũng dùng bằng máy khâu nối thẳng 45mm để làm miệng nối bên – bên thực quản – hồng tràng theo kiểu overlap [91].

Chuyển mổ mở:

Tỷ lệ chuyển mổ mở trong nhóm PTNS cắt toàn bộ dạ dày của Đỗ Trường Sơn là 11,5%, lí do được tác giả đưa ra là tổn thương phức tạp hoặc do kỹ thuật [23]. Ebihara Y và cộng sự ghi nhận có 1 trường hợp (1,5%) chuyển mổ mở do huyết áp thấp không rõ lí do trong mổ [18]. Nghiên cứu của Jeong O không gặp trường hợp nào phải chuyển mổ mở [92]. Jung DH và cộng sự gặp 17 trường hợp phải chuyển mổ mở do có 9 ca dính, 6 ca chảy máu và 2 ca do lỗi thiết bị làm miệng nối [93].

Thời gian phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật của Võ Duy Long với 15 BN là $226 \pm 25,3$ phút [22]. Đỗ Trường Sơn báo cáo thời gian mổ của 23 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch là $235,8 \pm 59,0$ phút [23]. Nghiên cứu của Shinohara T và cộng sự báo cáo vào năm 2009, thời gian mổ trung bình của 55 BN là 406 phút [17]. Tác giả Jeong O và cộng sự nghiên cứu 203 BN UTBMDD được PTNS cắt toàn bộ dạ dày có thời gian mổ trung bình là 284 ± 91 phút [92].

Thời gian ăn trở lại sau mổ:

Theo Chang KK, BN không có diễn biến bất thường sẽ được ăn mềm vào ngày thứ 3 sau mổ [91]. Jeong O và cộng sự cho BN ăn mềm sau mổ cắt

toàn bộ dạ dày nội soi vào ngày thứ nhất hoặc ngày thứ 2 [92]. Thời gian ăn mềm trong nghiên cứu của Ebihara Y và cộng sự là 4,6 ngày [18].

Chảy máu ổ bụng sau mổ:

Chảy máu trong ổ bụng có thể được chẩn đoán dễ dàng qua quan sát dẫn lưu ổ bụng của BN hoặc qua xét nghiệm máu (huyết sắc tố) sau mổ nếu có nghi ngờ chảy máu. Võ Duy Long gặp 2 trường hợp (chiếm 1,8%) chảy máu ổ bụng sau mổ trong 112 ca PTNS cắt dạ dày [22]. Jeong O và cộng sự gặp 1% chảy máu trong ổ bụng [92].

Rò miệng nối:

Theo Noh SH và cộng sự tỷ lệ rò miệng nối ở BN sau mổ cắt toàn bộ dạ dày là 2,3-10,4% [94]. Còn theo thống kê của Strong VE, tỷ lệ rò miệng nối sau mổ cắt toàn bộ dạ dày do UTDD là 5-10% [95]. Chang KK và cộng sự ghi nhận có 3 BN (7,5%) rò tiêu hóa sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị UTBMDD [91].

Thời gian sống sau mổ:

Kyogoku N và cộng sự nghiên cứu trên 379 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị UTBMDD cho kết quả sống tới 5 năm là 81,2%, trong đó tỷ lệ sống 5 năm theo các giai đoạn lần lượt là 94,0%, 77,1% và 43,9% cho các giai đoạn I, II và III. Ngoài ra, còn có 144 BN sống trên 5 năm, tỷ lệ sống trên 5 năm ứng với giai đoạn bệnh lần lượt là 93,1%, 74,4% và 50,0% cho các giai đoạn I, II và III [86]. Với 296 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị UTBMDD trong nghiên cứu của Li Z và cộng sự cho kết quả: tỷ lệ sống 5 năm chung là 60,5%, sống 5 năm không có bệnh là 57,4%. Trong đó phân tích cụ thể sống 5 năm theo giai đoạn bệnh lần lượt giữa thời gian sống chung và sống không có bệnh có kết quả: giai đoạn IB (89,4% và 85,1%), giai đoạn II (66,4% và 63,9%), giai đoạn III (44,6% và 41,5%) [96].

Tỷ lệ tái phát sau mổ:

Thời gian theo dõi BN của Kyogoku N 1093 ngày (11 - 4177 ngày), qua đó phát hiện 14,5% di căn phúc mạc, 21,8% di căn hạch bạch huyết xa, 21,8% di căn gan, 7,3% di căn phổi, 7,3% di căn xương và 18,2% các cơ quan khác [86].

Lee JH và cộng sự điều trị hóa trị hỗ trợ cho tất cả BN trong nghiên cứu (79BN), theo dõi trung bình 16,03 tháng (2,2 - 69,9 tháng), tại thời điểm tái khám cuối cùng của nghiên cứu, ghi nhận 13 trường hợp tái phát và di căn. Thời gian theo dõi trung bình của 13 trường hợp này là 12,77 tháng. Vị trí di căn được ghi nhận là cơ quan tạo máu (gan hoặc xương), phúc mạc, hạch bạch huyết sau phúc mạc, tái phát tại vùng quanh tụy [92].

1.3.3. Kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ sau mổ ung thư biểu mô dạ dày

Ở Việt Nam, điều trị hóa chất hỗ trợ sau phẫu thuật UTBMDD được áp dụng khoảng 20 năm trở lại đây [97],[98],[99],[100],[101],[102],[103]. Theo tác giả Vũ Hải nghiên cứu 458 bệnh nhân UTDD đã phẫu thuật, có 46 BN điều trị hóa chất hỗ trợ [97]. Theo Nguyễn Lam Hòa, nghiên cứu 197 BN được phẫu thuật, có 79 BN điều trị hóa chất hỗ trợ với phác đồ ELF, tỷ lệ sống trên 36 tháng là 57,7% [104]. Đặng Văn Thời, tỷ lệ sống thêm 5 năm: nhóm có điều trị hỗ trợ là 32,4%, nhóm không điều trị hỗ trợ là 30% [105].

1.3.4. Kết quả điều trị đích sau mổ ung thư biểu mô dạ dày

Hiện nay, thuốc trastuzumab và ramucirumab được công nhận là các thuốc hỗ trợ với hóa trị liệu để làm tăng thời gian sống thêm sau mổ cũng như làm giảm tỷ lệ tái phát và di căn xa sau phẫu thuật ung thư biểu mô dạ dày. Trastuzumab là kháng thể kháng thụ thể HER2 khi gắn kết với thụ thể HER2 khiến tế bào ung thư dừng chu trình tế bào, ức chế quá trình tăng sinh, phát triển và tồn tại tế bào ung thư. Trastuzumab được chỉ định điều trị các trường hợp UTBMDD có HER2 dương tính. Nghiên cứu đa quốc gia ToGA đã chứng minh hiệu quả của trastuzumab có thể kéo dài thời gian sống thêm của bệnh nhân UTBMDD giai đoạn tiến triển lên 2,7 tháng so với hóa trị đơn thuần [12],[22],[69],[77]. Ramucirumab là một kháng thể đơn dòng tái tổ hợp, ức chế thụ thể yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu 2 (VEGFR2) làm giảm sự tăng trưởng và tăng sinh khối u. Ramucirumab thường được chỉ định cho các BN khi các phương pháp điều trị khác đã thất bại [12],[77].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An, từ tháng 07/2017 đến 11/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Nghiên cứu những trường hợp bệnh nhân ung thư dạ dày sau:

- Tổn thương ung thư 2/3 trên dạ dày, có bờ tổn thương cách tâm vị dưới 6cm hoặc loét thâm nhiễm toàn bộ, tổn thương ở bờ cong lớn dạ dày, mức độ xâm lấn \leq T4a và chưa xâm lấn thực quản, chưa di căn xa. Nội soi sinh thiết trước mổ chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô dạ dày.

- Giai đoạn bệnh \leq IIIc (theo Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản năm 2011 [27] và NCCN năm 2015 [12]).

- Bệnh nhân được điều trị bằng PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2, giải phẫu bệnh diện cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư.

- BN được giải thích tình hình bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Hồ sơ có đầy đủ chỉ định phẫu thuật cắt TBDD.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Không đưa vào nghiên cứu những trường hợp ung thư dạ dày sau:

- Bệnh nhân UTDD 1/3 dưới, có mức độ xâm lấn T4b, xâm lấn thực quản, giai đoạn IV.

- Bệnh nhân có ASA $>$ 3

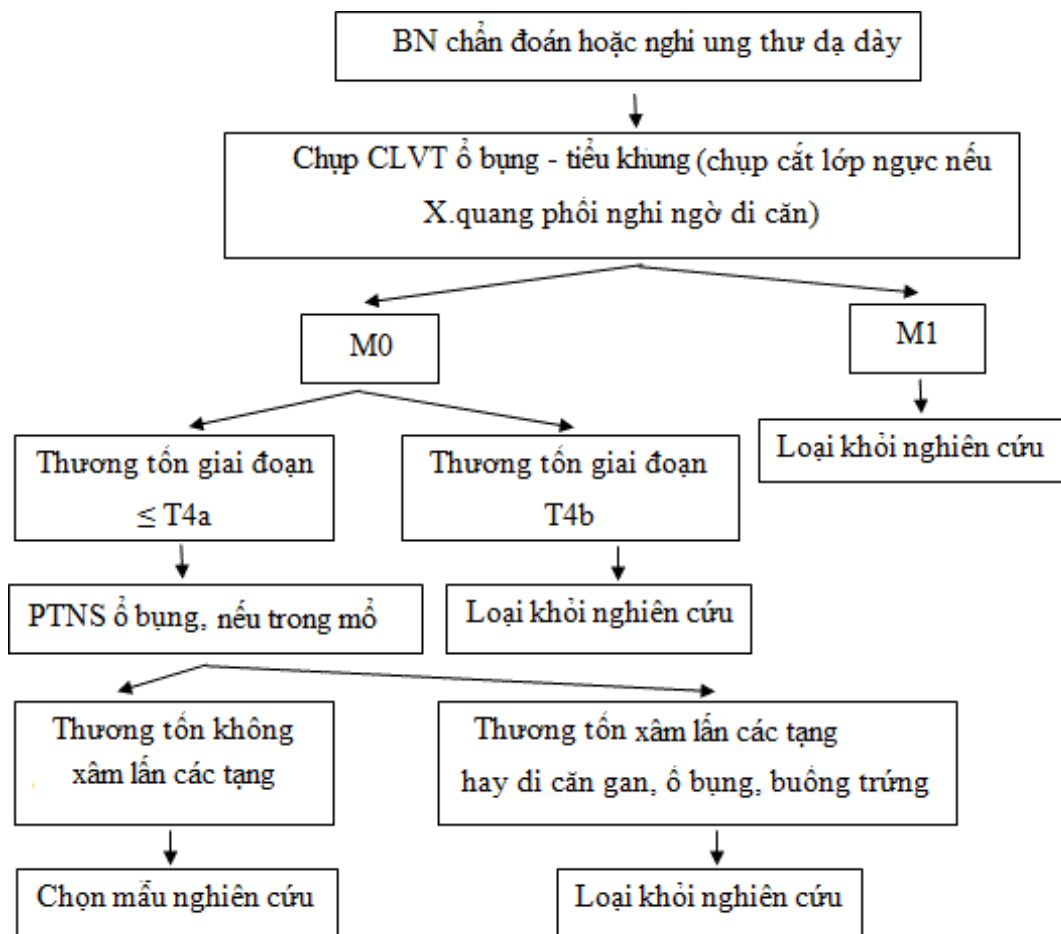
- Bệnh nhân đang có các bệnh lý nặng kèm theo (chưa điều trị ổn định) như các bệnh lý về tim mạch, hô hấp, suy gan, rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn, suy thận nặng, mất trí nhớ ...

- Bệnh nhân ung thư dạ dày tái phát.
- Bệnh nhân có bệnh ung thư khác kèm theo.
- Bệnh nhân nạo vét hạch D2 mở rộng.
- Bệnh nhân chuyển mổ mở ngay bước đầu nội soi thăm dò đánh giá tổn thương và khả năng phẫu thuật vì bất kì lí do nào.
- Hồ sơ không có đầy đủ theo các chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng từ 07/2017 đến 11/2020. Các chỉ tiêu nghiên cứu ở trong nhóm nghiên cứu là thống nhất từ chọn mẫu đến kết thúc nghiên cứu.



Biểu đồ 2.1: Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với đội ngũ bác sĩ đủ trình độ và kinh nghiệm:

- PTV gồm: 01 PGS-TS, 02 Bác sĩ nội trú, 06 Thạc sĩ và 05 Bác sĩ.
- Chẩn đoán hình ảnh: 02 BSCK II, 05 Thạc sĩ, 02 BSCK I và 03 bác sĩ.
- Giải phẫu bệnh: 01 BSCK II, 02 BSCK I và 02 bác sĩ.
- Gây mê hồi sức: 02 BSCK II, 08 Thạc sĩ, 05 BSCK I và 06 Bác sĩ.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$N = \frac{Z^2 (1-\alpha/2) p(1-p)}{E^2}$$

N: số bệnh nhân tối thiểu
 $Z^2(1-\alpha/2) = 1,96^2$ ứng với độ tin cậy 95%
E là sai số tối thiểu cho phép, chọn E=0,06

Theo nghiên cứu của tác giả Võ Duy Long (2017) [22] có tỷ lệ thành công 94,6%, Vũ Hải (2009) [97] là 95,86%, Ebihara Y (2013) [18] là 97%. Vì vậy, chúng tôi chọn tỷ lệ thành công của phương pháp là 95%, tương ứng với $p=0,95$.

Thay số vào công thức ta có:

$$N = \frac{1,96^2 \times 0,95 (1-0,95)}{0,06^2} \approx 50$$

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu phải có là 50 bệnh nhân. Tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2020, nghiên cứu thu thập được cỡ mẫu gồm 70 bệnh nhân.

Một số khái niệm, định nghĩa trong nghiên cứu:

+ Thời gian đau bụng: là khoảng thời gian từ khi người bệnh xuất hiện đau bụng đến lúc vào viện. Nếu bệnh nhân hết đau và không phải dùng các thuốc kháng tiết, kháng histamin từ 4 tuần trở lên, nội soi xác định hết viêm hoặc hết loét dạ dày thì đợt đau này không tính vào thời gian đau bụng [98].

+ Sụt cân: BN thấy cân nặng sút từ 5-10% trọng lượng cơ thể trở lên trong khoảng thời gian từ 3-6 tháng, đơn vị kg.

+ PTNS hoàn toàn cắt TBDD (*Totally laparoscopic total gastrectomy*): là tất cả các thao tác phẫu thuật từ phẫu tích dạ dày, nạo vét hạch, phục hồi lưu thông tiêu hóa đến rửa sạch ổ bụng và đặt dẫn lưu đều thực hiện bằng nội soi trong ổ bụng.

+ PTNS hỗ trợ cắt TBDD (*Laparoscopic-assisted total gastrectomy*): là các thao tác phẫu thuật phẫu tích dạ dày, nạo vét hạch, cắt đóng tá tràng ... được thực hiện bằng nội soi trong ổ bụng, còn một số thao tác cắt nối lưu thông tiêu hóa được thực hiện qua mổ nhỏ trên thành bụng.

+ Khó khăn trong mổ theo từng bước: Khó khăn trong mổ là do những nguyên nhân làm ảnh hưởng đến các thao tác phẫu thuật, tùy theo từng nguyên nhân mà gây khó khăn từng bước trong quy trình phẫu thuật, như là:

* BN do dính mạc nối lớn hay các tạng trong ổ bụng: dính sau mổ bụng cũ hoặc dính tự nhiên.

* BN có kích thước u lớn: là những trường hợp kích thước u trên 6cm mà gây khó khăn cho các thao tác phẫu thuật.

* BN có u nằm vị trí cao: là u vùng tâm vị nhưng chưa xâm lấn thực quản mà gây khó khăn cho các thao tác phẫu thuật.

* BN nhiều mỡ ổ bụng: là có nhiều mỡ ở mạc nối lớn, mạc nối nhỏ và lớp mỡ dày xung quanh các mạch máu của dạ dày.

* BN hẹp ổ bụng: là những trường hợp có thể trạng thấp, nhỏ, gầy, thiếu cân mà ổ bụng hẹp gây khó khăn cho các thao tác PTNS.

+ Chuyển mổ mở: là khi không thể tiếp tục thực hiện hoàn tất quá trình phẫu thuật bằng PTNS do tai biến hay kỹ thuật khó khăn và phải chuyển mổ mở, ngoại trừ chuyển mổ mở ngay từ bước 1 (bước thăm dò đánh giá tổn thương, chưa can thiệp phẫu tích) và nguyên nhân do dụng cụ, máy móc.

+ Thành công của phẫu thuật: Bệnh nhân được gọi là PTNS cắt toàn bộ dạ dày và nạo hạch D2 thành công khi có đủ các tiêu chuẩn sau [22]:

* Không phải chuyển mổ mở

* Không có tai biến trong mổ nặng phải chuyển phương pháp hoặc phẫu thuật thêm tạng khác như cắt lách, cắt đại tràng ...

+ Tái phát sau mổ: được định nghĩa là kết quả giải phẫu bệnh bờ mặt cắt sau mổ không còn tế bào ác tính và khi theo dõi sau mổ thấy có thương tổn trên miệng nối thực quản hồng tràng và/hoặc kết quả giải phẫu bệnh thương tổn này là UTBM.

+ Di căn sau mổ: được định nghĩa là khi chẩn đoán hình ảnh sau mổ có tổn thương ở phúc mạc, gan, buồng trứng, hạch hay dịch ổ bụng lượng nhiều, hình ảnh di căn phổi, não, xương.

+ Hẹp miệng nối sau mổ: nuốt nghẹn, nội soi hoặc Xquang hẹp miệng nối. Chia 3 mức độ sau: Hẹp nhẹ (bệnh nhân thỉnh thoảng có cảm giác nuốt nghẹn khi ăn, nội soi có hẹp nhẹ hoặc không và không phải can thiệp lại như nong miệng nối hoặc phẫu thuật). Hẹp vừa (nuốt nghẹn, nội soi có hẹp, có thể phải can thiệp bằng nong hoặc không). Hẹp nặng (nuốt nghẹn thường xuyên, nội soi hẹp miệng nối, phải nong miệng nối hoặc mổ lại).

+ Thời gian sống không bệnh sau mổ (tính bằng tháng): là khoảng thời gian tính từ khi mổ đến thời điểm kết thúc nghiên cứu hoặc đến thời điểm tái phát hoặc di căn. Nếu bệnh nhân tử vong, tính từ lúc mổ đến lúc tử vong (nếu không có bằng chứng tái phát hoặc di căn sau mổ) hoặc đến lúc có tái phát, di căn sau mổ trước khi tử vong.

+ Thời gian sống toàn bộ sau mổ (tính bằng tháng): là khoảng thời gian tính từ khi mổ đến thời điểm kết thúc nghiên cứu (nếu bệnh nhân còn sống) hoặc đến khi tử vong (tử vong trước khi kết thúc nghiên cứu).

2.2.3. Quy trình PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD

2.2.3.1. Dụng cụ phẫu thuật

- Bộ dụng cụ PTNS ổ bụng thông thường.
- Dao siêu âm: để cầm máu và phẫu tích.

- Dao điện đơn cực.
- Máy cắt nối ống tiêu hóa thẳng và tròn (Echelon và CDH stapler).



Hình 2.1: Dụng cụ phẫu thuật nội soi dạ dày

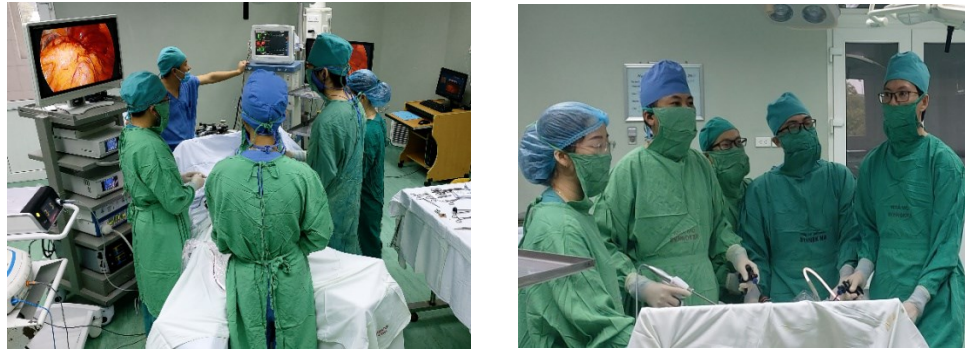
(Dụng cụ phẫu thuật nội soi cắt dạ dày Bệnh viện HNĐK Nghệ An)

2.2.3.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân và người thân được giải thích tình trạng bệnh tật, hướng điều trị, phương pháp phẫu thuật, gây mê và nguy cơ rủi ro trong và sau mổ.
- Nhịn ăn đặc trong 06 giờ và nhịn uống nước 02 giờ trước mổ.
- Xổ ruột hoặc thụt tháo đại tràng trước mổ 06 giờ.
- Vệ sinh toàn thân sạch sẽ trước mổ, vệ sinh vùng bụng trước mổ.

2.2.3.3. Tư thế bệnh nhân và vị trí kẹp mổ

- Bệnh nhân tư thế nằm ngửa, hai tay dạng, hai chân dạng.
- Phẫu thuật viên chính đứng bên trái bệnh nhân
- Phụ PTV1 (cầm camera) đứng giữa 2 chân bệnh nhân
- Phụ PTV2 đứng bên phải bệnh nhân
- Dụng cụ viên đứng cạnh bên phải phẫu thuật viên chính.



Hình 2.2: Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên
(Kíp phẫu thuật viên PTNS cắt TBDD Bệnh viện HNĐK Nghệ An)

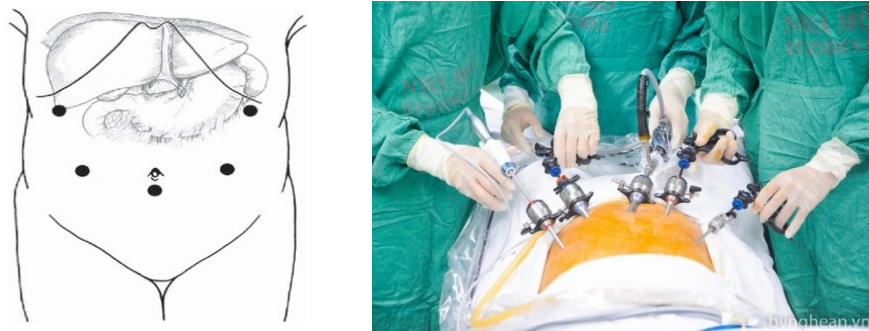
2.2.3.4. Vị trí đặt các trocar

- Một trocar 10mm được đặt ngay dưới rốn: dùng cho bơm khí ban đầu và camera. Bơm bằng khí CO₂ với áp suất 10 -12mmHg, tốc độ bơm lúc đầu 3ml/phút sau đó có thể tăng lên 20 hoặc 40ml/phút tùy theo nhu cầu.

- Một trocar 12mm được đặt ở bên trái nơi giao điểm giữa đường thẳng dọc trung đòn trái và đường ngang rốn, cách rốn 3 - 5 cm: để sử dụng dụng cụ phẫu tích, endo-echelon và clip.

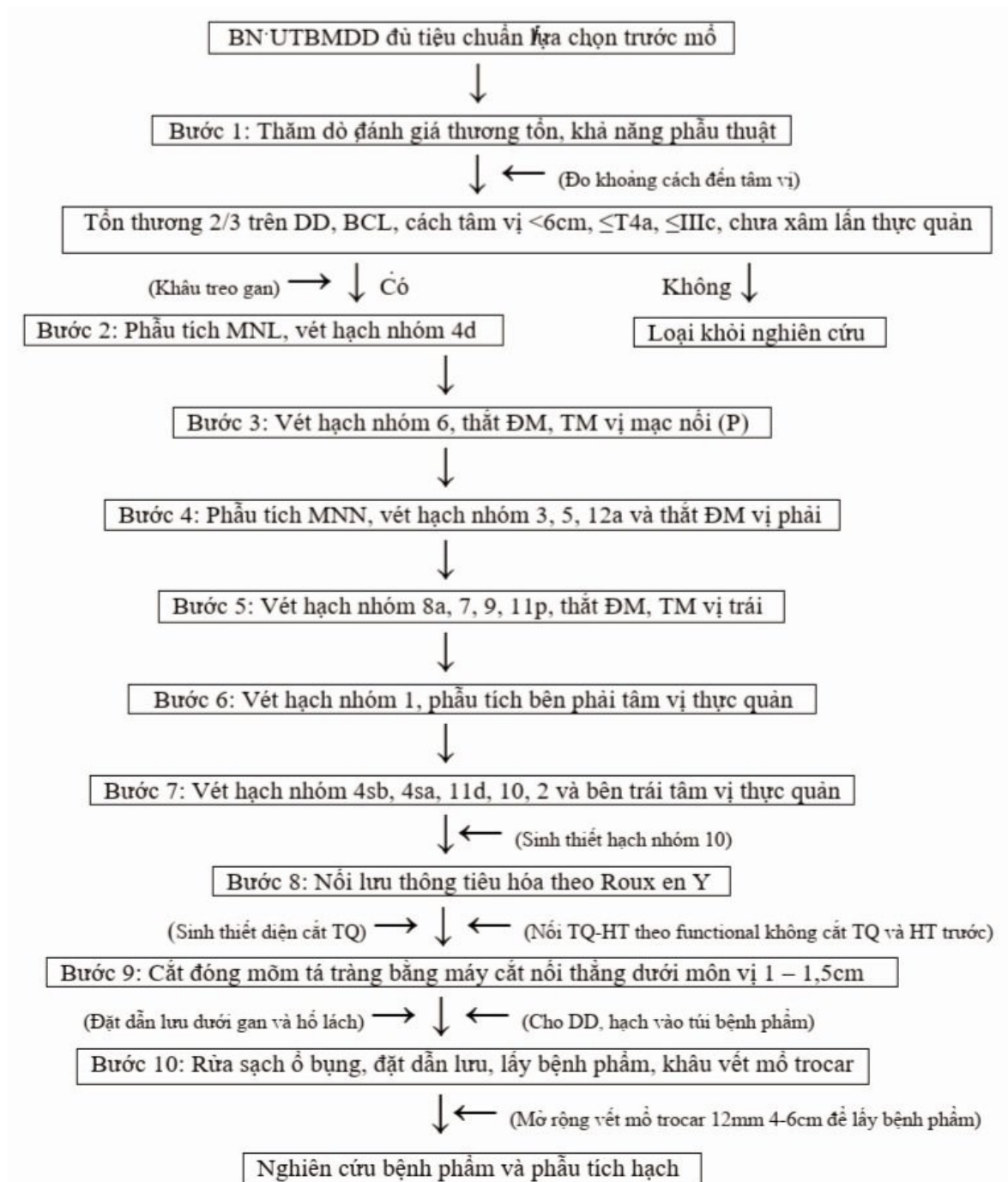
- Một trocar 5mm được đặt ở bên phải nơi giao điểm giữa đường thẳng dọc trung đòn phải và đường ngang rốn, cách rốn 3 - 5 cm: để hỗ trợ phẫu thuật (trong trường hợp cần để sử dụng endo-echelon, clip thì bằng trocar 12 mm).

- 02 trocar 5mm lần lượt đặt thứ tự là một nằm trên đường nách trước phải và trái dưới bờ sườn đối xứng 2 bên.



Hình 2.3: Vị trí đặt trocar
(BN Vi Văn Q. Mã số BA 18208764)

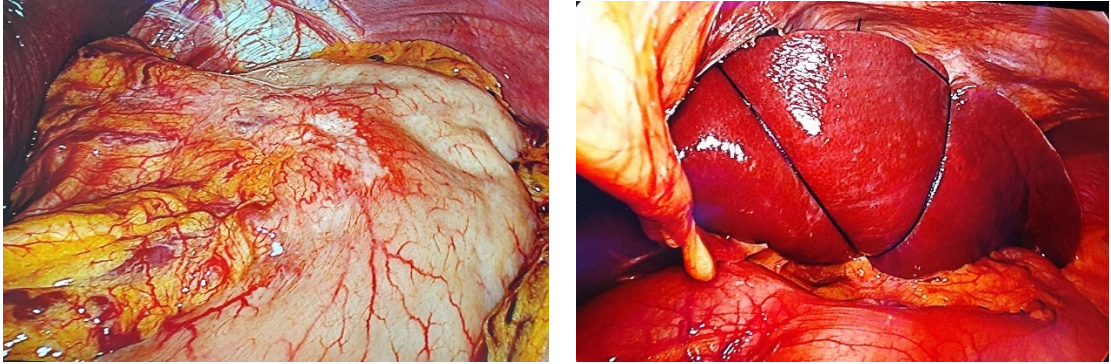
2.2.3.4. Các bước phẫu thuật



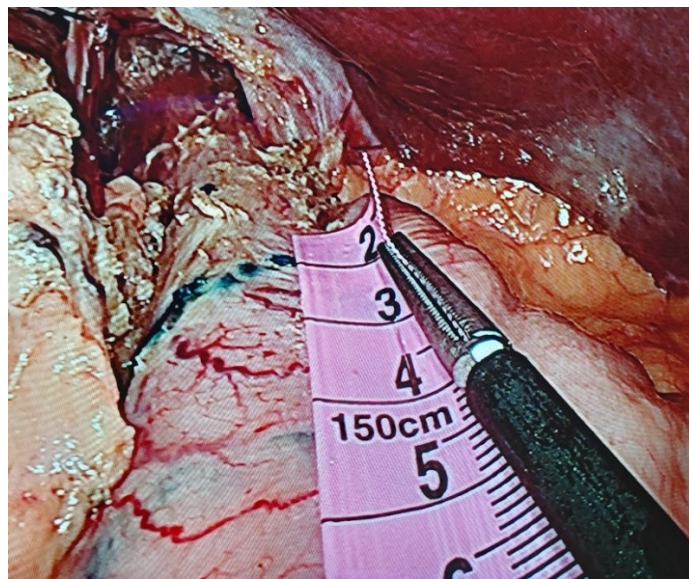
Biểu đồ 2.2: Sơ đồ quy trình PTNS cắt TBDD vét hạch D2

Bước 1: Thăm dò đánh giá thương tổn và khả năng phẫu thuật. Khi quyết định PTNS cắt toàn bộ dạ dày thì tiến hành khâu treo gan trái bằng chỉ vicryn 1.0 để bộc lộ phẫu trường và tiến hành đo xác định khoảng cách từ bờ

trên tổn thương u đến tâm vị để lựa chọn phương pháp trong mổ cắt dạ toàn bộ hay cắt bán phần dạ dày.



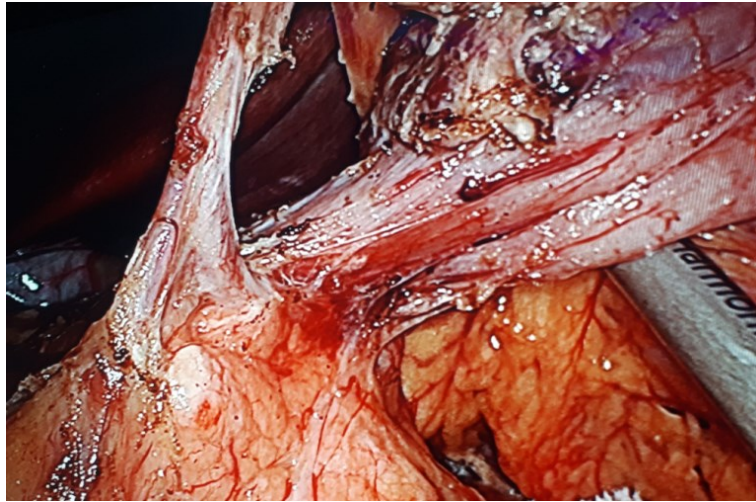
Hình 2.4: Thăm dò đánh giá thương tổn và khâu treo gan
(BN Vi Văn Q. Mã số BA 18208764)



Hình 2.5: Đo khoảng cách từ bờ trên tổn thương u đến tâm vị
(BN Kha Văn P. Số BA 19618497)

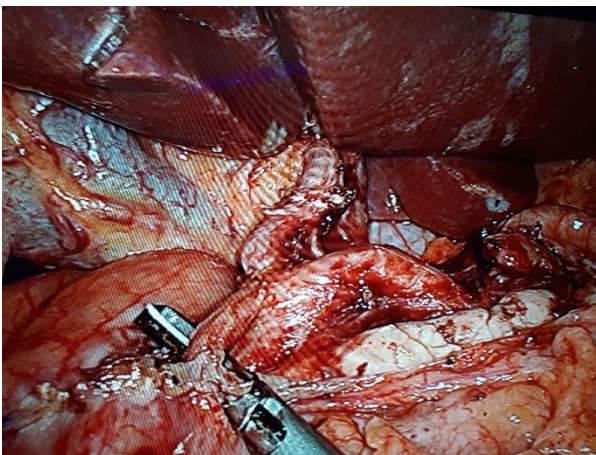
Bước 2: Cắt hết mạc nối lớn, bên trái đến rốn lách, bên phải đến đại tràng góc gan và vét hạch nhóm 4d.

Bước 3: Vét hạch nhóm 6 dưới môn vị, bộc lộ và thắt TM vị mạc nối phải ở ngay trước thân Henler, thắt ĐM vị mạc nối phải ngay sát chỗ phân nhánh từ ĐM vị tá tràng. Phẫu tích bộc lộ 1/2 chu vi dưới D1 tá tràng

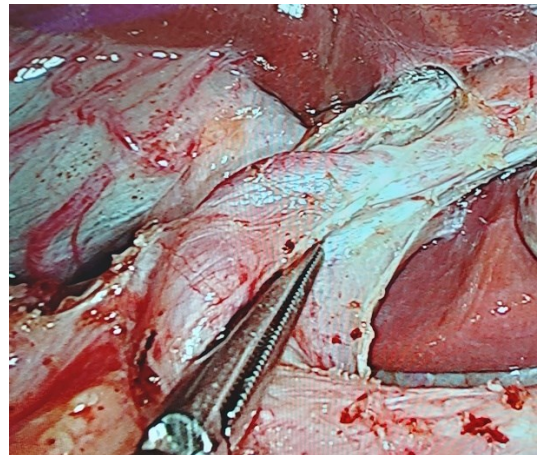


Hình 2.6: Vết hạch nhóm 6 (BN Vi Văn Q. Mã số BA 18208764)

Bước 4: Cắt hết mạc nối nhỏ, phía phải đến rốn gan và phía trái đến bờ phải thực quản tâm vị, vết hạch nhóm 3, vết hạch nhóm 5, thắt và cắt ĐM vị phải tại gốc, vết hạch nhóm 12a dọc theo ĐM gan riêng vùng rốn gan. Phẫu tích bộc lộ 1/2 chu vi trên D1 tá tràng.

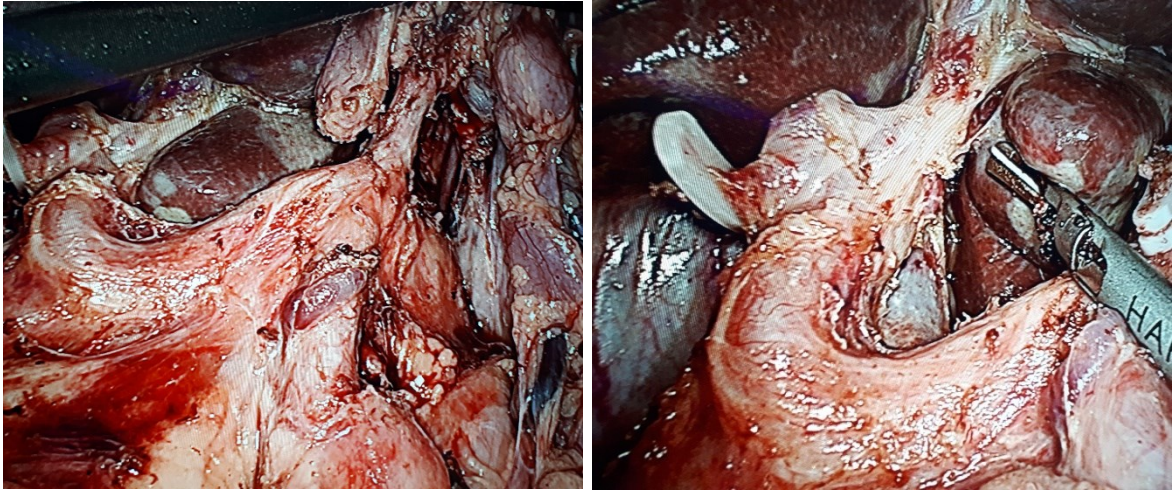


Hình 2.7: Vết hạch nhóm 5,8a và 12a
(BN Ngô Đức D. Số BA 19600129)



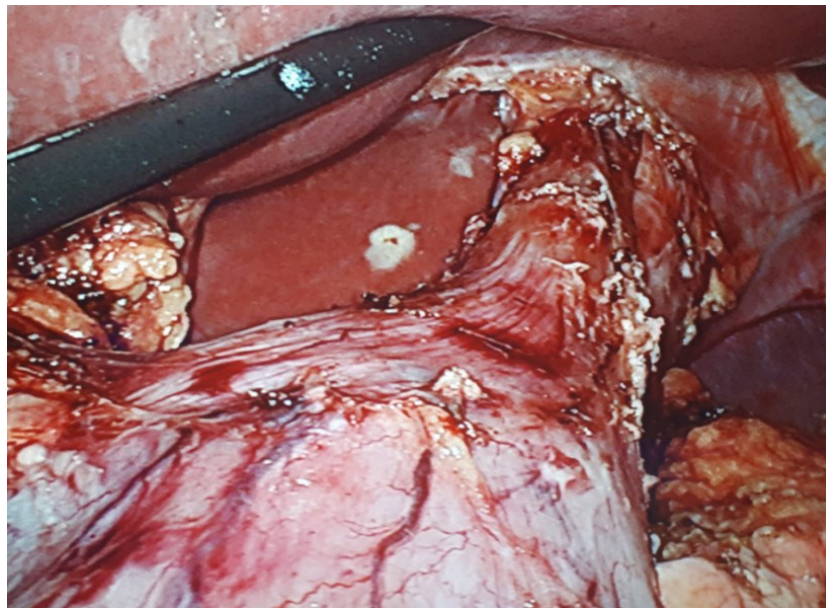
Hình 2.8: Vết hạch nhóm 12a
(BN Hồ Văn C. Số BA 19525282)

Bước 5: Vết hạch nhóm 8a dọc ĐM gan chung, vết hạch nhóm 7 quanh bó mạch vị trái, vết hạch nhóm 9 quanh ĐM thân tạng, vết hạch nhóm 11p dọc đoạn gần ĐM lách. Thắt và cắt ĐM, TM vị trái sát gốc.



Hình 2.9: Vết hạch nhóm 7, 8a, 9 và 11p. **Hình 2.10:** Vết hạch nhóm 8a
(BN Nguyễn Thị T. Số BA 19455655) (BN Kha Văn P. Số BA 19618497)

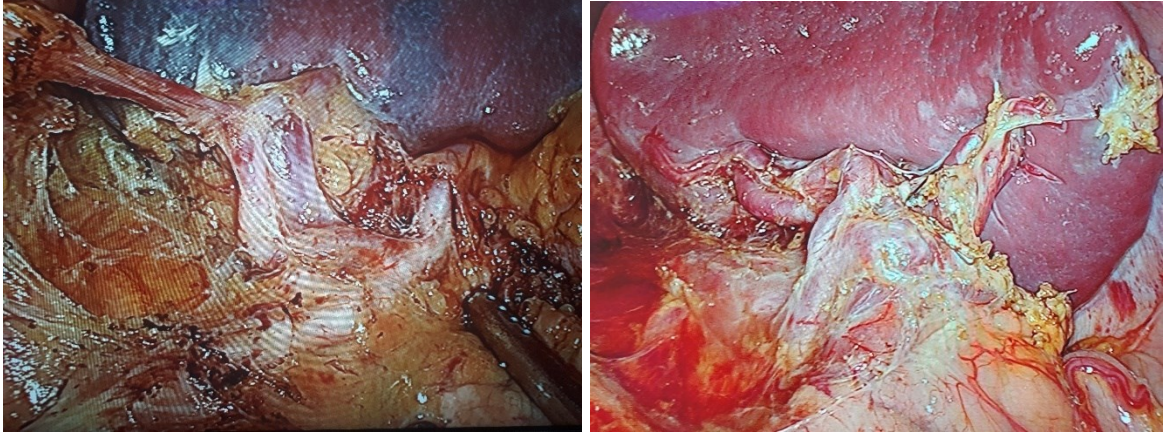
Bước 6: Vết hạch nhóm 1, bộc lộ bên phải tâm vị và thực quản đoạn bụng lên trên trụ hoành phải.



Hình 2.11: Vết hạch nhóm 1 (BN Vi Văn Q. Mã số BA 18208764)

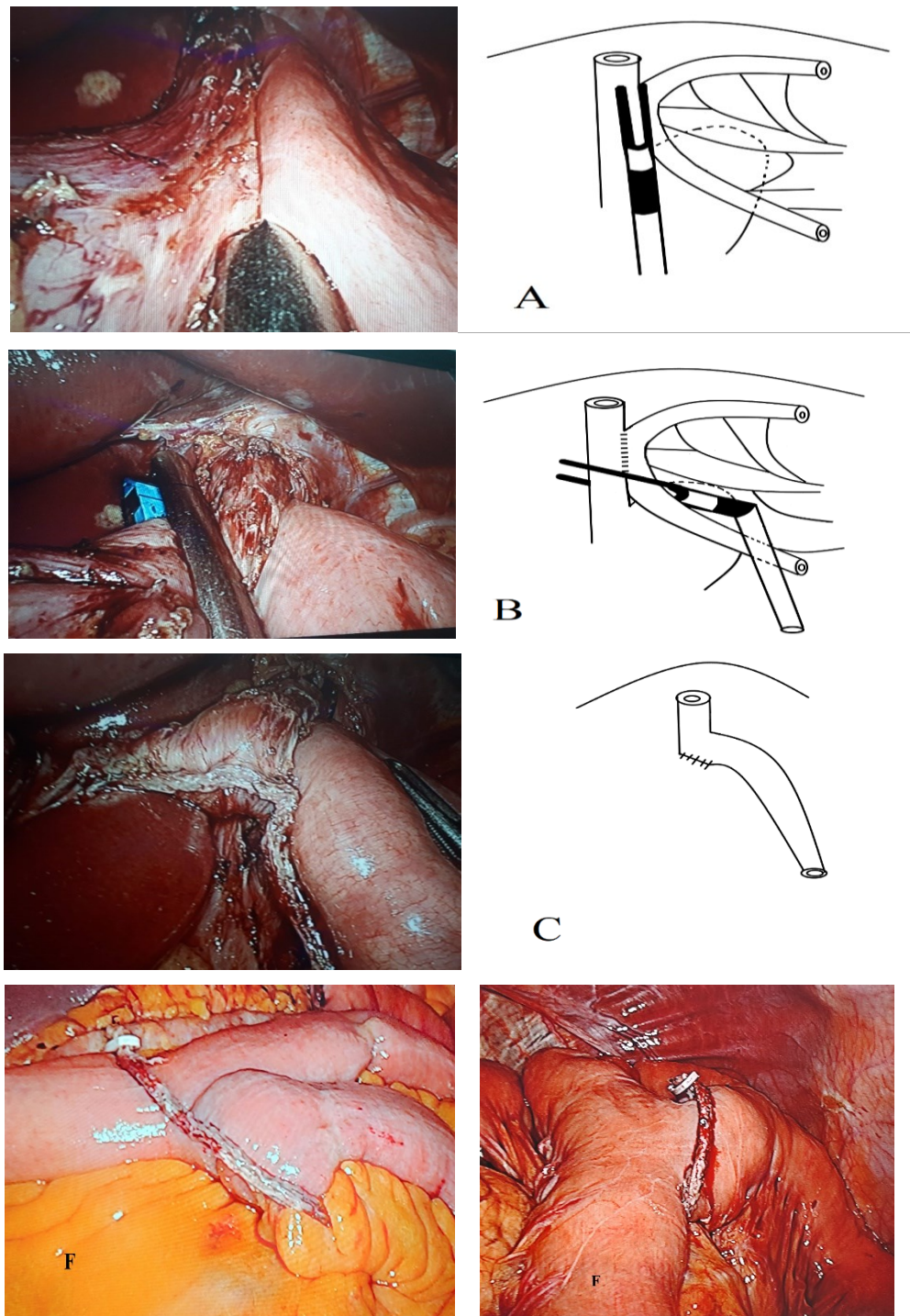
Bước 7: Phẫu tích mạc nối vị tỳ và các mạch ngấn, vết hạch 4sb, 4sa. Thắt và cắt các mạch ngấn, tách bờ cong lớn dạ dày ra khỏi lách. Vết hạch nhóm 11d dọc đoạn xa ĐM lách, vết hạch nhóm 10 dọc theo các ĐM rốn lách. Vết hạch nhóm 2 bên trái tâm vị, bộc lộ bên trái tâm vị thực quản lên

trên trụ hoành trái đồng thời di động toàn bộ thực quản đoạn bụng và mở một lỗ nhỏ bên phải thực quản trên tâm vị khoảng 1-1,5cm.

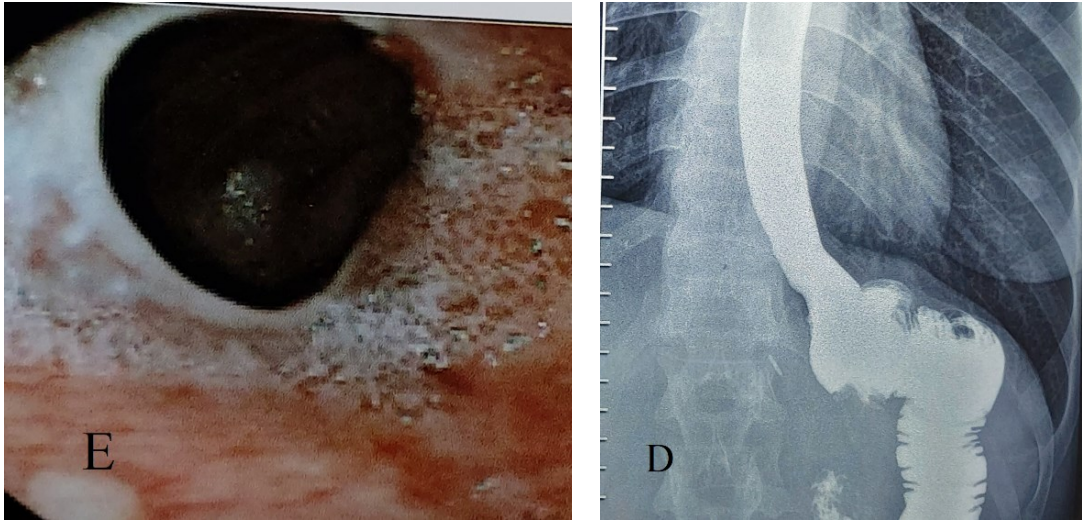


Hình 2.12: Vết hạch nhóm 10 và 11d **Hình 2.13:** Vết hạch nhóm 10 và 11d
(BN Bùi Đăng N. Số BA 19656258) (BN Kha Văn P. Số BA 19618497)

Bước 8: Phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Roux End Y bằng miệng nối tận-tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước: Bộc lộ quai hồng tràng cách góc Treitz khoảng 60 cm, kiểm tra cung mạch đủ dài và đủ nuôi dưỡng, giải phóng mạc treo một khoảng 3cm ở bờ mạc treo và mở lỗ nhỏ khoảng 1cm ở bờ tự do hồng tràng. Đặt một ngành máy cắt nối thẳng (linear stapler) vào lỗ mở hồng tràng, nâng quai hồng tràng lên sát bên trái thực quản và luồn ngành còn lại của máy cắt nối thẳng vào lỗ mở thực quản để tiến hành cắt nối. Sau đó dùng máy cắt nối thẳng cắt ngang đoạn hồng tràng và thực quản dưới (ngay trên lỗ mở thực quản và hồng tràng), đồng thời đóng kín miệng nối. Trước khi tiến hành cắt nối đóng kín miệng nối, bơm hơi hoặc dịch qua ống thông mũi dạ dày để kiểm tra lưu thông miệng nối. Cắt tách quai hồng tràng ra khỏi dạ dày đã cắt và đưa dạ dày về bên phải, luồn quai đến (quai hồng tràng đầu trên) qua bên trái và dưới quai đi (quai nối với thực quản) rồi tiến hành nối lại hồng tràng hồng tràng (miệng nối chân chữ Y) bằng máy cắt nối thẳng. Khâu kín khe mở mạc treo bằng chỉ vicryn 3.0 mũi rời.

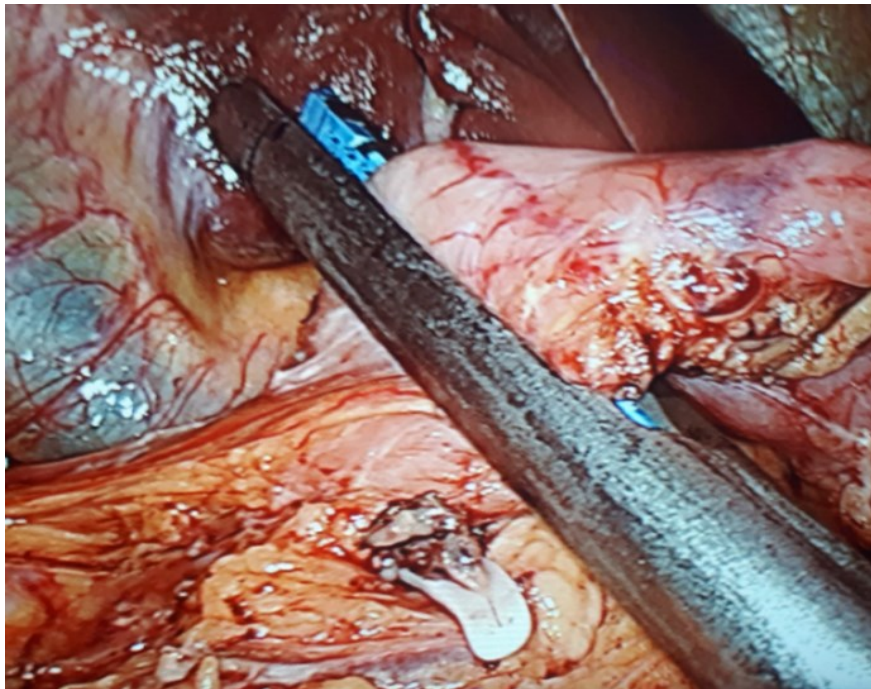


Hình 2.14: Nối thực quản hồi tràng tận-tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồi tràng trước; nối hồi - hồi tràng tận-bên bằng máy cắt nối thẳng: (A) Nối thực quản hồi tràng, (B) Cắt thực quản và hồi tràng đồng thời đóng kín miệng nối, (C) miệng nối (BN Bùi Văn B. Mã số BA 18645574). (F) miệng nối hồi - hồi tràng (BN Kha Văn P. Số BA 19618497 và BN Vi Văn Q. Mã số BA 18208764)



Hình 2.15: Kiểm tra miệng nối sau phẫu thuật nối thực quản hồng tràng tận-
tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước
(D) Hình ảnh chụp phim Xquang, (E) nội soi kiểm tra miệng nối.
(BN Bùi Văn B. Mã số BA 18645574).

Bước 9: Cắt và đóng mồm tá tràng bằng stapler thẳng dưới môn vị 1,5-
2cm và cho toàn bộ dạ dày và mạc nối vào túi đựng bệnh phẩm.

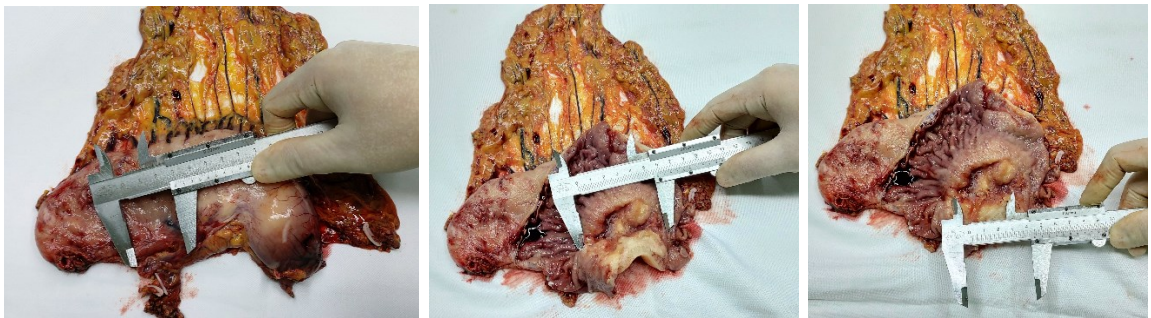


Hình 2.16: Cắt đóng mồm tá tràng
(BN Hồ Văn C. Số BA 19525282)

Bước 10: Bơm rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách. Mở rộng thêm lỗ trocar 12mm từ 4-6cm để lấy bệnh phẩm. Đóng lại các lỗ trocar.



Hình 2.17: Bệnh phẩm dạ dày, hạch sau mỡ và vết mổ
(BN Trần Duy L. 65T, MSBA 19441030)



Hình 2.18: Đo kích thước tổn thương và khoảng cách đến diện cắt sau mỡ
(BN Kha Văn P. Số BA 19618497)

2.2.3.5. Điều trị sau mổ

* Giai đoạn hồi tỉnh:

- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, theo dõi mạch, huyết áp, SPO2 ...
- Theo dõi đánh giá tri giác.
- Dùng giảm đau paracetamol hoặc morphin, kháng sinh.
- Theo dõi dịch qua dẫn lưu, phát hiện sớm biến chứng.

* Giai đoạn hậu phẫu 24 giờ:

- Đánh giá tình trạng hồi phục sức khỏe.
- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, theo dõi mạch, huyết áp.
- Đánh giá mức độ đau theo VAS và dùng giảm đau
- Kháng sinh đơn thuần hoặc phối hợp.
- Theo dõi dịch qua dẫn lưu, hướng dẫn vận động sớm và vệ sinh.

- Phát hiện biến chứng sau mổ.

- * Giai đoạn những ngày tiếp theo:

- Đánh giá tình trạng hồi phục sức khỏe.

- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch kết hợp nuôi ăn sớm đường tiêu hóa.

- Kháng sinh, giảm đau (nếu đau)

- Thay băng các vết mổ, rút dẫn lưu theo chỉ định.

- Theo dõi phát hiện các biến chứng nếu có.

- Hướng dẫn vệ sinh sạch sẽ.

- * Ngày ra viện:

- Hướng dẫn chế độ nuôi dưỡng, vận động và vệ sinh.

- Hướng dẫn dùng thuốc theo đơn và chế độ tái khám theo hẹn.

- * Điều trị hóa trị hỗ trợ sau mổ [27],[77]:

- BN ung thư giai đoạn I: Theo dõi, chưa điều trị hóa chất sau mổ.

- Ung thư từ giai đoạn II trở lên điều trị hóa trị hỗ trợ theo các phác đồ XELOX (Xeloda, Oxaliplatin), EOX (Epirubicin, Oxaliplatin, Capecitabin), Capecitabin đơn chất.

2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

- Tuổi: Tính từ lúc phẫu thuật, là biến liên tục, đơn vị tính là năm.

- Giới: Là biến nhị phân, gồm hai giá trị là Nam và Nữ.

- Nghề nghiệp: cán bộ viên chức, công nhân, nông dân, hưu trí ...

- BMI (chỉ số khối cơ thể): là biến liên tục, bao gồm ba mức độ là: nhẹ cân ($< 18,5$), bình thường ($18,5 - 24,9$) và thừa cân (≥ 25), đơn vị tính kg/m^2 .

- ASA: thang điểm đánh giá sức khỏe trước mổ theo Hội gây mê Mỹ:

- + ASA1: Sức khỏe bình thường

- + ASA2: Có bệnh nhưng không ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt hàng ngày.

- + ASA3: Có bệnh ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày (ĐTĐ, COPD ...).

- Tiền sử bệnh lý dạ dày: Viêm dạ dày, loét dạ dày, XHTH do loét dạ dày

- Tiền sử bệnh lý kết hợp nội khoa: Tăng huyết áp, bệnh mạch vành, Đái tháo đường, viêm phế quản ... (Nếu người bệnh có bệnh lý trước đó nhưng đã điều trị khỏi và hiện tại không phải điều trị kết hợp nhưng không có nguy cơ cho phẫu thuật thì không xếp vào bệnh lý kết hợp. Nhưng nếu có nguy cơ cho phẫu thuật thì xếp vào bệnh lý kết hợp).

- Tiền sử bệnh ngoại khoa: Mổ tạng trên ổ bụng, tạng dưới ổ bụng ...

2.2.4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô dạ dày

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau bụng: theo chu kỳ, không theo chu kỳ, không rõ ràng.

+ Thời gian đau bụng

+ Chán ăn: cảm giác ăn không ngon, không muốn ăn

+ Đầy bụng: sau bữa ăn chậm tiêu, đầy bụng kéo dài.

+ Sụt cân

+ Nôn: thường là nôn ra dịch thức ăn cũ trong hộp môn vị.

+ Ợ hơi, ợ chua.

+ Nóng rát sau xương ức

+ Xuất huyết tiêu hóa: nôn máu, phân đen, nôn máu và phân đen.

- Triệu chứng thực thể:

+ Sờ thấy khối u vùng thượng vị: kích thước, di động hay không.

- Xét nghiệm máu:

+ Nhóm máu: A, B, AB, O.

+ Công thức máu: được phân độ thiếu máu như sau: Bình thường (Hb > 120g/l), Thiếu máu nhẹ (Hb 100 - 120g/l), Thiếu máu vừa (Hb 80 - < 100g/l), Nặng (Hb 60 - < 80g/l), Rất nặng (Hb < 60g/l) [63].

- Nội soi dạ dày:

+ Vị trí u: Vùng tâm vị, thân vị, hang vị, tổn thương toàn bộ dạ dày.

+ Hình thái tổn thương đại thể: Sùi, loét, loét thâm nhiễm, thâm nhiễm [82].

- Chụp cắt lớp vi tính 64 dãy, có tiêm thuốc cản quang:

+ Đánh giá thành dạ dày: Thành dạ dày được xác định là dày khi kích thước chiều từ niêm mạc đến thanh mạc $> 5\text{mm}$ [59].

+ Hạch ổ bụng (ghi nhận tất cả các hạch đọc được trên CLVT)

+ Phân mức độ xâm lấn thành dạ dày (T) theo CLVT

+ Phân chặng hạch (N) theo CLVT (N0 ghi nhận khi không có hạch hoặc kích thước hạch $< 1\text{cm}$ và N+ là $\geq 1\text{cm}$) [59],[82].

+ Phân giai đoạn bệnh (TNM) trước mổ theo CLVT

- Tổn thương trong mổ:

+ Tình trạng ổ bụng: dính, nhiều mỡ, ổ bụng hẹp (biến định tính).

+ Tổn thương thanh mạc: chưa thấy tổn thương thanh mạc, tổn thương đến thanh mạc (thanh mạc đổi màu, chắc, trơn nhẵn, chưa lồi ra ngoài), tổn thương thanh mạc lồi thành u (chưa xâm lấn tổ chức xung quanh) [13].

+ Tổn thương đại thể: T, kích thước u, khoảng cách từ bờ trên u đến tâm vị và đến diện cắt.

+ Hạch: Nhóm hạch nạo vét được

- Tổn thương sau mổ:

+ Phân type mô bệnh học

+ Phân độ biệt hóa: Cao, vừa, kém.

+ Mức độ xâm lấn T.

+ Chặng hạch N.

+ Giai đoạn bệnh sau mổ theo hệ thống TNM.

+ So sánh với một số kết quả trước mổ (chụp cắt lớp vi tính và nội soi).

2.2.4.3. Ứng dụng kỹ thuật PTNS cắt TBDD vét hạch D2:

- Tư thế bệnh nhân

- Vị trí phẫu thuật viên

- Số lượng trocar, vị trí trocar và kích thước trocar

- Phương pháp phẫu thuật:

- + PTNS hoàn toàn cắt TBDD
- + PTNS hỗ trợ cắt TBDD
- Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa: Nối thực quản hồng tràng bằng máy khâu nối thẳng không cắt thực quản và hồng tràng trước.
 - Khó khăn trong mổ theo từng bước:
 - + BN do dính mạc nối lớn hay các tạng trong ổ bụng
 - + BN có kích thước u lớn
 - + BN có u nằm vị trí cao
 - + BN nhiều mỡ ổ bụng
 - + BN hẹp ổ bụng

2.2.4.4. Kết quả PTNS cắt TBDD vét hạch D2 điều trị UTBMDD:

Kết quả phẫu thuật:

- Thời gian phẫu thuật (phút): từ khi rạch da đến mũi khâu da cuối cùng.
- Tai biến trong mổ: chảy máu (lượng máu chảy trong mổ trên 100ml được gọi là tai biến chảy máu) [22], tổn thương tạng cần phải xử trí...
 - Lượng máu mất trong mổ (ml): được xác định bằng tính lượng máu mất qua bình hút (đã trừ đi lượng dịch) và lượng máu ở gạc (mỗi gạc thấm hết tương ứng 5ml máu) [22].
 - Số hạch nạo vét được, số hạch di căn, vị trí nhóm hạch (sau mổ PTV phẫu tích hạch theo vị trí từng nhóm, ghi số lượng và số nhóm hạch cụ thể).
 - Chuyển mổ mở
 - Thành công của phẫu thuật

Kết quả điều trị sau mổ:

Kết quả sớm:

Kết quả sớm được tính từ lúc phẫu thuật cho đến khi bệnh nhân ra viện hoặc chuyển khoa, chuyển viện điều trị bệnh lý khác không liên quan đến phẫu thuật UTDD trong vòng 30 ngày sau mổ:

- Đánh giá mức độ đau của bệnh nhân ở thời điểm 24 giờ sau mổ (tính từ thời điểm kết thúc phẫu thuật) theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale) từ 0-10. Trước khi đo, bệnh nhân phải được nghỉ ngơi yên tĩnh, không bị các kích thích khác từ bên ngoài. Sau đó, giải thích và mô tả cho bệnh nhân hiểu rõ phương pháp đánh giá mức độ đau để bệnh nhân tự chỉ ra mức độ đau của mình. Phân loại mức độ đau như sau: Không đau (0 - 2 điểm), Đau ít (3 - 4 điểm), Đau vừa (5 - 6 điểm), Đau nhiều (7 - 8 điểm), Rất đau (9 - 10 điểm).

- Thời gian phục hồi nhu động ruột (giờ): là khoảng thời gian từ khi kết thúc phẫu thuật đến khi người bệnh có trung tiện lần đầu tiên, ghi nhận qua nhận biết của người bệnh.

- Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày): là khoảng thời gian từ khi kết thúc phẫu thuật đến khi rút dẫn lưu.

- Thời gian cho ăn (ngày): là khoảng thời gian từ khi kết thúc phẫu thuật đến khi cho ăn, uống lần đầu tiên sau mổ.

- Thời gian rút thông dạ dày (giờ): là khoảng thời gian từ khi kết thúc phẫu thuật đến khi rút thông dạ dày (sau mổ gọi là thông mũi - hồng tràng).

- Thời gian nằm viện sau mổ (ngày): là khoảng thời gian từ khi phẫu thuật đến khi ổn định ra viện.

- Biến chứng:

+ Chảy máu ổ bụng: chảy máu qua dẫn lưu $\geq 100\text{ml}$ hoặc siêu âm ổ bụng có máu. Huyết sắc tố giảm hơn 3g/dl trong 6 giờ sau mổ, giảm huyết sắc tố mà phải truyền máu, mổ lại có chảy máu hay phải can thiệp nút mạch để cầm máu.

+ Chảy máu miệng nói, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là do chảy máu từ miệng nói, chủ yếu được phát hiện trong ngày đầu sau mổ.

+ Rò tiêu hóa:

* Phân độ như sau: Độ 1 (dịch tiêu hóa ra $< 200\text{ml}/24\text{h}$), Độ 2 ($200 - 500\text{ml}/24\text{h}$), Độ 3 ($> 500\text{ml}/24\text{h}$) [70].

* Rò mủ tá tràng: dịch tiêu hóa chảy qua dẫn lưu ra ngoài và xét nghiệm dịch có amylase, bilirubin tăng hoặc mô lại thấy rò tá tràng.

* Rò miệng nối thực quản hồng tràng: dịch tiêu hóa chảy qua dẫn lưu ra ngoài hoặc mô lại thấy rò miệng nối thực quản hồng tràng.

* Rò miệng nối hồng-hồng tràng: dịch tiêu hóa chảy qua dẫn lưu ra ngoài hoặc mô lại thấy rò miệng nối thực quản hồng -hồng tràng.

+ Viêm phổi sau mổ: Xquang, CLVT có hình ảnh viêm phổi.

+ Áp xe tồn dư: sau mổ bệnh nhân xuất hiện đau bụng, sốt, công thức bạch cầu $\geq 10000\text{g/ml}$, siêu âm, chụp CLVT bụng có ổ dịch $\geq 50\text{ml}$ trong ổ bụng.

+ Nhiễm khuẩn vết mổ: có sưng, nóng đỏ, đau và mủ ở vết mổ.

+ Tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ

Kết quả theo dõi sau mổ:

- Thời gian theo dõi (tháng): Tính từ khi phẫu thuật đến thời điểm kết thúc nghiên cứu (30/05/2021) hoặc đến khi BN tử vong hoặc mất thông tin liên lạc. Chúng tôi theo dõi và đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh sau mổ tại thời điểm 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng hoặc đến khi BN tử vong. Theo dõi và đánh giá bằng hình thức khám lại trực tiếp theo hẹn hoặc phỏng vấn người bệnh qua điện thoại theo bệnh án mẫu, khi có các triệu chứng liên quan đến biến chứng, tái phát, di căn thì chỉ định hoặc dựa vào các kết quả nội soi, siêu âm, Xquang, chụp CLVT để xác định.

- Đánh giá sức khỏe sau mổ theo thang điểm Spitzer [99]: Chỉ số Spitzer tính theo thang điểm 10, dựa trên 5 tiêu chí: Hoạt động, sinh hoạt hàng ngày, sức khỏe, sự giúp đỡ và đánh giá bản thân. Đánh giá tình trạng sức khỏe BN sau mổ như sau: Tốt (9 – 10 điểm), Khá (6 – 8 điểm), Trung bình (4 – 5 điểm), Kém (0 – 3 điểm).

Bảng 2.1: Đánh giá sức khỏe sau mổ theo thang điểm Spitzer [99]

Nội dung đánh giá		Điểm
Hoạt động	- Làm việc, nghiên cứu gần như bình thường	2
	- Đòi hỏi sự giúp đỡ nhiều hoặc giảm giờ làm việc	1
	- Không làm việc hoặc nghiên cứu được	0
Sinh hoạt hàng ngày	- Tự hoạt động sinh hoạt hàng ngày kể cả di chuyển	2
	- Đòi hỏi có sự giúp đỡ đối với sinh hoạt hàng ngày	1
	- Không tự chăm sóc bản thân ngay cả việc nhẹ	0
Sức khỏe	- Cảm thấy khỏe trong phần lớn thời gian trong ngày	2
	- Cảm thấy suy nhược	1
	- Cảm thấy rất yếu	0
Sự giúp đỡ	- Có mối quan tâm và sự giúp đỡ của người khác tốt	2
	- Giúp đỡ hạn chế do điều kiện bệnh nhân	1
	- Giúp đỡ khi thật cần thiết	0
Đánh giá bản thân	- Dễ chịu, cảm thấy lạc quan, tích cực	2
	- Có những giai đoạn lo âu hoặc trầm cảm	1
	- Lo âu và trầm cảm thường xuyên	0

- Tỷ lệ tái phát và di căn sau mổ:

+ Tái phát sau mổ

+ Di căn sau mổ

- Hẹp miệng nổi sau mổ

- Điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ: có điều trị, theo dõi (nhóm giai đoạn I), không điều trị hóa trị (có chỉ định điều trị hóa chất nhưng BN không điều trị), phác đồ điều trị hóa trị bổ trợ.

Theo dõi thời gian sống thêm sau mổ:

- Thời gian sống thêm sau mổ:

+ Thời gian sống không bệnh sau mổ (tính bằng tháng)

+ Thời gian sống toàn bộ sau mổ (tính bằng tháng)

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ theo từng năm.

- Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ từng giai đoạn bệnh theo từng năm.

2.2.4.5. Nghiên cứu thêm các yếu tố liên quan đến:

- Đặc điểm tổn thương UTBMDD
- Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật.
- Kết quả phẫu thuật
- Thời gian sống thêm sau mổ với tuổi, giai đoạn bệnh, kích thước u, mức độ xâm lấn, chằng hạch, tái phát u, hóa trị bổ trợ sau mổ.
- Tái phát và di căn.

2.2.5. Thu thập và xử lý số liệu

2.2.5.1. Thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo bệnh án nghiên cứu mẫu

- *Bệnh án mẫu 01:* Thu thập số liệu bệnh nhân phẫu thuật, điều trị và chăm sóc theo dõi ở bệnh viện.
- *Bệnh án mẫu 02:* Thu thập số liệu bệnh nhân tái khám trực tiếp theo hẹn tại bệnh viện hoặc bệnh nhân nằm điều trị sau mổ tại bệnh viện.
- *Bệnh án mẫu 03:* Phỏng vấn người bệnh hoặc người thân của người bệnh sau mổ theo mẫu bệnh án qua gọi điện thoại để thu thập số liệu.

Loại trừ các sai số do chủ quan: hai người thu thập thông tin một cách độc lập, nhập số liệu độc lập. Sau đó đối chiếu lại thông tin.

2.2.5.2. 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.

Sử dụng các test thống kê để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan, gồm:

- + Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn ($X \pm SD$). Biến định tính thứ tự và rời rạc trình bày dưới dạng tỷ lệ %.
- + So sánh hai giá trị trung bình bằng kiểm định T-Test. So sánh hơn hai giá trị trung bình bằng kiểm định Anova test một chiều hoặc Welch test khi biến không có phân phối chuẩn.

+ So sánh kết quả các biến định tính bằng kiểm định khi bình phương (χ^2). Kiểm định Fisher exact test được sử dụng thay thế kiểm định χ^2 khi số ô trong bảng có giá trị kỳ vọng nhỏ hơn 5 chiếm trên 20% tổng số ô trong bảng.

+ Thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không bệnh được tính theo phương pháp ước lượng Kaplan-Meier.

+ So sánh sự khác biệt của các yếu tố với thời gian sống thêm toàn bộ bằng Log-Rank Test.

+ Phân tích mối liên quan của các yếu tố (đa biến) với thời gian sống thêm toàn bộ bằng kiểm định Log-Rank theo mô hình hồi quy Cox (Mantel-Cox).

+ Sự khác biệt giữa các so sánh có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ (chọn ngưỡng sai lầm $\alpha = 0,05$ cho tất cả các trường hợp so sánh và ước lượng).

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu của đề tài

Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng chấm đề cương - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, ban Giám đốc Bệnh viện HNĐK Nghệ An thông qua nhằm đảm bảo tính khoa học và khả thi. Những can thiệp được thông báo rõ cho BN để họ tự nguyện tham gia nghiên cứu. Những người bệnh không tự nguyện tham gia không bị phân biệt đối xử và được giữ kín thông tin cá nhân.

Số liệu thu thập có tính khách quan, trung thực, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 70 BN UTMBDD được PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2020 chúng tôi thu được kết quả sau:

3.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỔN THƯƠNG VÀ KỸ THUẬT PTNS CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VÉT HẠCH D2

3.1.1. Đặc điểm chung của người bệnh UTBMDD trong nghiên cứu

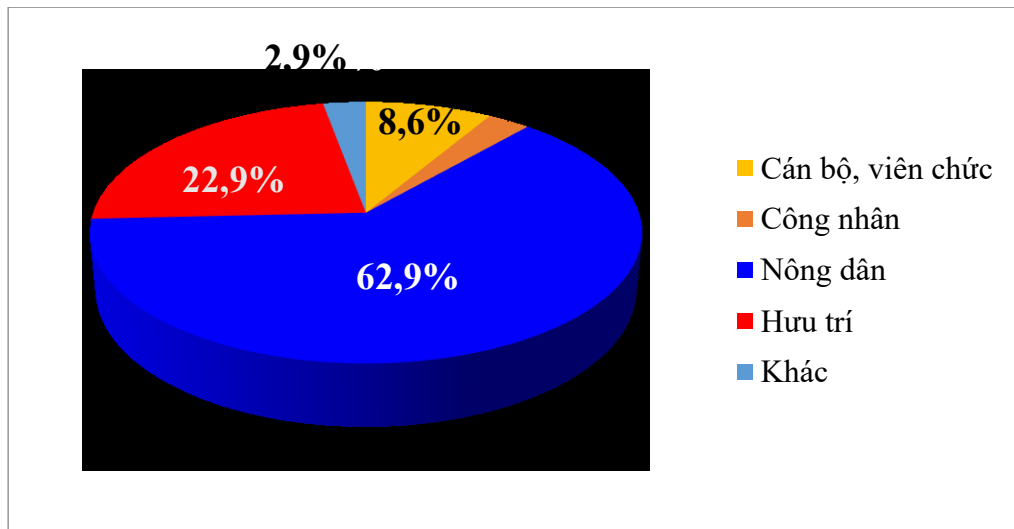
3.1.1.1. Tuổi

Bảng 3.1: Phân bố theo nhóm tuổi

Tuổi, Giới		Bệnh nhân (n = 70)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 46	5	7,1
	≥ 46 - ≤ 59	21	30,0
	> 59 - ≤ 73	34	48,6
	> 73	10	14,3
	Trung bình	62,47 ± 11,6 (29 - 88) tuổi	
Gới tính	Nam	50	71,4
	Nữ	20	28,6

Nhận xét: Tuổi trung bình là 62,47 ± 11,6 tuổi, thấp nhất là 29 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, trong đó nhóm từ >59 - ≤73 tuổi chiếm tỷ lệ 48,6%. Nhóm nghiên cứu có 71,4% là nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1.

3.1.1.2. Nghề nghiệp



Biểu đồ 3.1: Đặc điểm nghề nghiệp ($n = 70$)

Nhận xét: Đặc điểm nghề nghiệp của nhóm nghiên cứu chiếm đa số là nông dân 44 (62,9%), tiếp đến hưu trí 16 (22,9%). Có 02 trường hợp ngành nghề khác là lao động tự do và nội trợ.

3.1.1.3. Tiền sử

Tiền sử bệnh lý dạ dày: kết quả nghiên cứu có 40/70 (57,1%) BN có tiền sử bệnh lý dạ dày trước đó, trong đó 28 (40%) BN viêm dạ dày, 11 (15,7%) BN loét dạ dày và 01 (1,4%) có tiền sử xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày.

Bảng 3.2: Tiền sử bệnh lý ngoại khoa

Tiền sử bệnh ngoại khoa	Bệnh nhân ($n = 70$)	Tỷ lệ (%)
Mổ chấn thương bụng kín	1	1,4
Mổ cắt ruột thừa nội soi	1	1,4
Cắt cụt chi trên do chiến tranh	1	1,4
Không	67	95,8

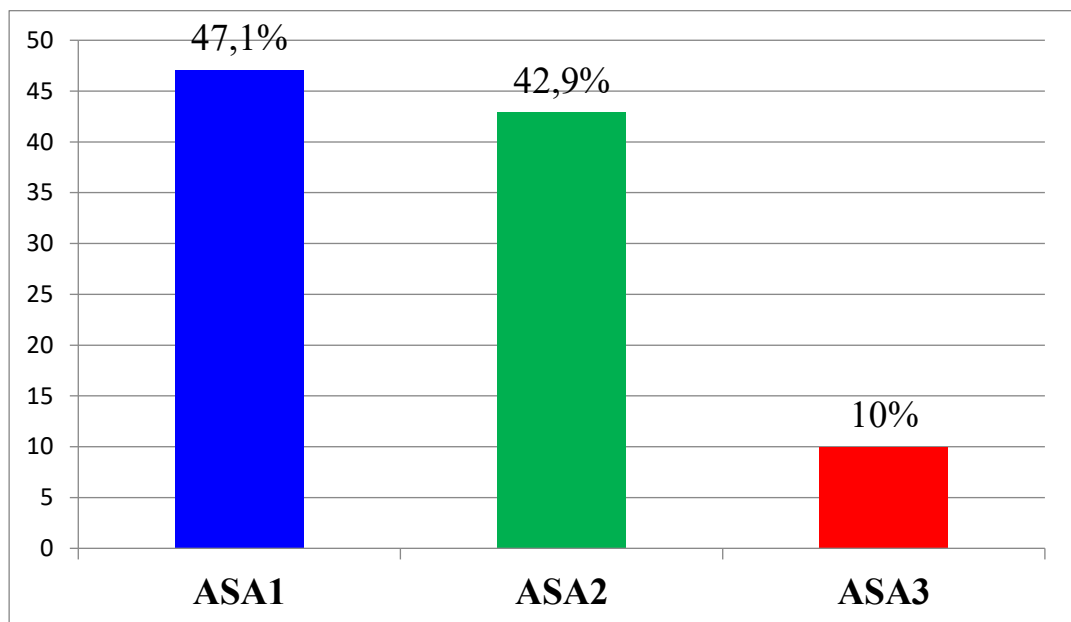
Nhận xét: 4,2% có tiền sử bệnh lý ngoại khoa: 01 BN mổ chấn thương bụng kín vỡ ruột non, 01 BN PTNS cắt ruột thừa và 01 BN cắt cụt bàn tay phải do vết thương chiến tranh.

Bảng 3.3: Tiền sử bệnh lý kết hợp

Bệnh lý kết hợp	Bệnh nhân (n =70)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	9	12,9
Mạch vành	2	2,9
Đái tháo đường	3	4,3
Viêm phế quản	2	2,9
Khác	4	5,7
Không	50	71,4

Nhận xét: 28,6% có bệnh lý kết hợp nội khoa, trong đó có 2 BN bệnh mạch vành là đặt stent mạch vành. 5,7% bệnh kết hợp khác là lao phổi cũ và nhiễm khuẩn tiết niệu đã điều trị ổn định.

3.1.1.4. Phân loại bệnh tật theo ASA và chỉ số khối cơ thể theo BMI

**Biểu đồ 3.2: Phân loại bệnh tật theo ASA (n = 70)**

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có tình trạng sức khỏe trước phẫu thuật, gây mê hồi sức chủ yếu là ASA1 và ASA2 chiếm 90%, có 10% là ASA3.

Bảng 3.4: Phân loại theo chỉ số khối cơ thể

BMI	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<18,5	9	12,9
18,5 - 24,9	60	85,7
> 24,9	1	1,4
Tổng	70	100
Trung bình	20,53 ± 2,04 (14,7 – 25,0)	

Nhận xét: Chỉ số BMI của nhóm nghiên cứu có 85,7% trong giới hạn bình thường, 12,9% thiếu cân và 1 (1,4%) có biểu hiện thừa cân (BMI = 25).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của UTBMDD

3.1.2.1. Đặc điểm triệu chứng cơ năng

Bảng 3.5: Đặc điểm các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng		Bệnh nhân (n = 70)	Tỷ lệ (%)
Đau bụng		70	100
Chán ăn		66	94,3
Đầy bụng		58	82,9
Sụt cân		67	95,7
Nôn		35	50
Ợ hơi		50	71,4
Ợ chua		51	72,9
Nóng sau xương ức		33	47,1
XHTH	Phân đen	9	12,9
	Nôn máu + phân đen	7	10,0

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng hay gặp lần lượt là đau bụng, chán ăn, đầy bụng, sụt cân với tỷ lệ lần lượt là 100%, 94,3%, 82,9%, 94,3%. Số cân sụt trung bình trong nhóm nghiên cứu là 3,24 ± 0,17 (0 – 9) kg.

Bảng 3.6: Thời gian từ khi đau bụng đến lúc vào viện

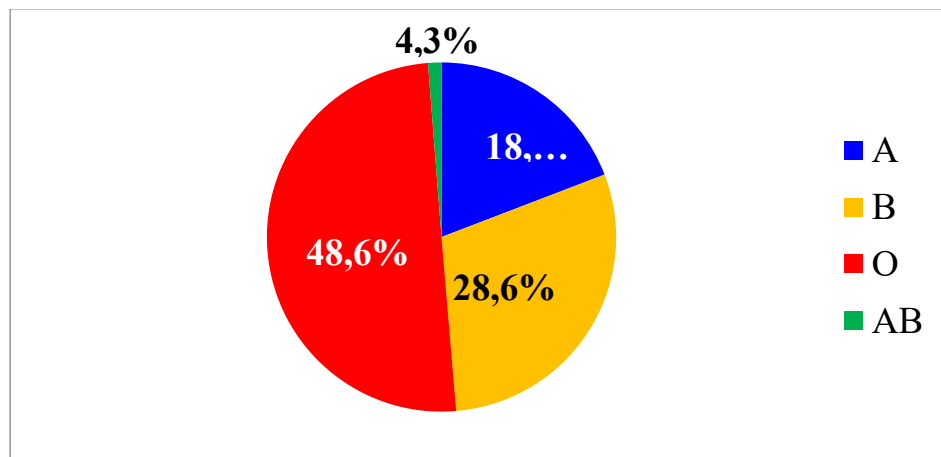
Thời gian	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 1 tháng	33	47,1
2 - 5 tháng	31	44,2
≥ 6 tháng	6	8,6
Tổng	70	100
Trung bình	2,3 ± 2,4 (1 - 12) tháng	

Nhận xét: Đau bụng ≤ 1 tháng chiếm 47,1% và 2-5 tháng chiếm 44,2%.

3.1.2.2. Đặc điểm triệu chứng thực thể: 7,1% thăm khám sờ thấy khối u vùng thượng vị.

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng của UTBMDD

Hồng cầu trung bình trước mổ là $4,4 \pm 0,9$ triệu/ml, Hemoglobin là $121,7 \pm 26,4$ g/ml. Trong đó, có 12 (17,1%) BN thiếu máu nhẹ, 11 (15,7%) BN thiếu máu vừa, 04 (5,8%) thiếu máu nặng và rất nặng.

**Biểu đồ 3.3:** Đặc điểm nhóm máu của người bệnh UTBMDD (n = 70)

Nhận xét: Người bệnh UTBMDD có nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao nhất 48,6% tiếp đến nhóm B, nhóm A và AB lần lượt là 28,6%, 18,6% và 4,3%.

Bảng 3.7: Đặc điểm vị trí nội soi tổn thương UTBMDD

Vị trí tổn thương	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tâm vị	4	5,7
Thân vị	43	61,4
Hang vị	22	31,4
Toàn bộ dạ dày	1	1,4
Tổng	70	100

Nhận xét: Vị trí tổn thương UTDD phân bố như sau: Tâm vị (5,7%), Thân vị (61,4%), Hang vị (31,4%) và Tổn thương toàn bộ (1,4%).

Bảng 3.8: Đặc điểm hình ảnh nội soi tổn thương đại thể UTBMDD

Hình ảnh nội soi tổn thương đại thể	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Sùi	6	8,6
Loét	36	51,4
Loét thâm nhiễm	28	40,0
Tổng	70	100

Nhận xét: Hình ảnh nội soi tổn thương đại thể UTBMDD có 51,4% là Loét, 40% là Loét thâm nhiễm xung quanh và 8,6% là Sùi loét.

Bảng 3.9: Đặc điểm CLVT tổn thương UTBMDD

Đặc điểm tổn thương trên CLVT		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Tổn thương	Dày thành	65	92,9
	Không	5	7,1
Hạch ổ bụng	Có	31	44,3
	Không	39	55,7

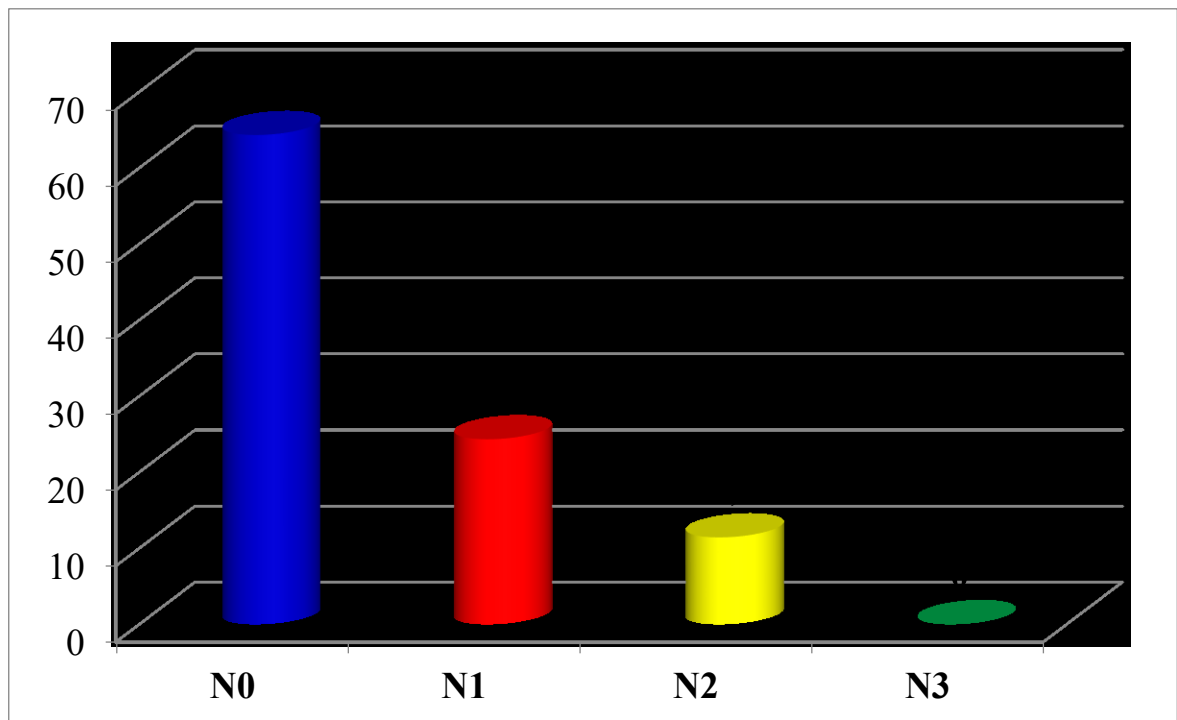
Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tổn thương dày thành trên CLVT chiếm 92,9%. Có 31 bệnh nhân có hạch trên cắt lớp ổ bụng chiếm 44,3%.

Bảng 3.10: Đặc điểm CLVT mức độ xâm lấn u (T)

Mức độ xâm lấn T	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
T1	7	10,0
T2	13	18,5
T3	44	62,9
T4a	6	8,6
Tổng	70	100

Nhận xét:

Tổn thương đa số là T3 trên CLVT, chiếm 62,9%. Có 07 BN tổn thương trên CLVT là T1, nội soi dày có tổn thương ở 2/3 trên dạ dày, kính thước u đều lớn trên 3cm, giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô dạ dày nên chỉ định cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2.

**Biểu đồ 3.4:** Đặc điểm CLVT chặng hạch (n = 70)

Nhận xét: 64,3% (45 BN) chưa có di căn hạch trên CLVT, 24,3% (17 BN) là chặng N1; 11,4% (8 BN) chặng N2 và không có BN nào chặng N3.

Bảng 3.11: Đặc điểm CLVT giai đoạn UTBMDD theo TNM

Giai đoạn TNM		Bệnh nhân (n = 70)		Tỷ lệ (%)	
I	Ia	19	12	27,1	17,1
	Ib		7		10,0
II	IIa	42	25	60,0	35,7
	IIb		17		24,3
III	IIIa	9	6	12,9	8,6
	IIIb		3		4,3

Nhận xét: 27,1% Giai đoạn I, 60% giai đoạn II và 12,9% giai đoạn III.

3.1.4. Đặc điểm tổn thương UTBMDD trong và sau mổ

Bảng 3.12: Đặc điểm tổn thương thanh mạc UTBMDD

Tổn thương thanh mạc	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Chưa thấy tổn thương thanh mạc	35	50,0
Tổn thương đến thanh mạc	31	44,3
Tổn thương thanh mạc rời thành u	4	5,7
Tổng	70	100

Nhận xét: có 44.3% tổn thương đến thanh mạc và 5,7% tổn thương thanh mạc rời thành u.

Bảng 3.13: Vị trí tổn thương UTBMDD

Vị trí tổn thương	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Vùng tâm vị	8	11,4
Vùng thân vị	58	82,9
Vùng hang vị	3	4,3
Toàn bộ dạ dày	1	1,4
Tổng	70	100

Nhận xét: 11,4% tổn thương ở vùng tâm vị, 82,9% vùng thân vị. Có 4,3% ở vùng hang vị về phía góc bờ cong nhỏ và tổn thương lan lên thân vị, cách tâm vị < 6cm nên chỉ định cắt TBDD.

Bảng 3.14: Kích thước tổn thương UTBMDD

Kích thước tổn thương	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 3cm	2	2,9
3 - 5cm	48	68,6
> 5cm	20	28,6
Tổng	70	100
Trung bình	4,74 ± 1,56 (2-9) cm	

Nhận xét: Kích thước tổn thương UTBMDD trong nhóm nghiên cứu đa số từ 3 - 5cm, chiếm 68,6%. Kích thước nhỏ nhất là 2cm và lớn nhất là 9cm.

Bảng 3.15: Khoảng cách từ bờ trên tổn thương UTBMDD đến tâm vị

Khoảng cách	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 4,5cm	65	92,9
≥ 4,5cm	5	7,1
Tổng	70	100
Trung bình	2,98 ± 0,85cm	

Nhận xét: Khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến tâm vị chủ yếu dưới 4,5cm, chiếm 95,7%. Không có trường hợp nào trên 6cm.

Bảng 3.16: Khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến diện cắt trên

Khoảng cách	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 3cm	2	2,9
3 - 6cm	65	92,8
> 6cm	3	4,3
Tổng	70	100
Trung bình	4,9 ± 0,9 (2 - 7) cm	

Nhận xét: 92,8% trường hợp có khoảng cách từ bờ tổn thương đến diện cắt trên là từ 3cm đến 6cm, ngắn nhất là 2cm và dài nhất là 7cm.

3.1.5. Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh UTBMDD

Bảng 3.17: Phân loại type UTBMDD theo WHO

Phân loại type	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
UTBM tuyến ống	56	80,0
UTBM tế bào nhân	11	15,7
UTBM tuyến nhầy	3	4,3
Tổng	70	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu chủ yếu gặp UTBMDD tuyến ống (80%) tiếp đến tế bào nhân 15,7% và tuyến nhầy 4,3%.

Bảng 3.18: Độ biệt hóa UTBMDD

Độ biệt hóa	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Biệt hóa cao	3	4,3
Biệt hóa vừa	26	37,1
Biệt hóa kém	41	58,6
Tổng	70	100

Nhận xét: 58,6% bệnh nhân tổn thương ung thư biểu mô dạ dày có độ biệt hóa kém, 37,1% biệt hóa vừa và 4,3% có độ biệt hóa cao.

Bảng 3.19: Mức độ xâm lấn UTBMDD (T)

Mức độ xâm lấn	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
T1	6	8,6
T2	13	18,6
T3	45	64,3
T4a	6	8,6
Tổng	70	100

Nhận xét: Mức độ xâm lấn u trong nhóm nghiên cứu ở giai đoạn T1, T2, T3, T4a lần lượt là 8,6%, 18,6%, 64,3% và 8,6%.

Bảng 3.20: Chặng hạch (N)

Chặng hạch di căn	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
N0 (Chưa di căn hạch)	36	51,4
N1 (1 – 2 hạch)	10	14,4
N2 (3 – 6 hạch)	12	17,1
N3 (≥ 7 hạch)	12	17,1
Tổng	70	100

Nhận xét: 14,3% di căn hạch chặng N1, 17,1% N2 và 17,1% N3.

Bảng 3.21: Tỷ lệ di căn các nhóm hạch

Nhóm hạch	Bệnh nhân (n = 70)	Tỷ lệ (%)
Nhóm 1	30	42,9
Nhóm 2	9	12,9
Nhóm 3	30	42,9
Nhóm 4	20	28,6
Nhóm 5	3	4,3
Nhóm 6	3	4,3
Nhóm 7	14	20,0
Nhóm 8	9	12,9
Nhóm 9	3	4,3
Nhóm 10	0	0,0
Nhóm 11	1	1,4
Nhóm 12	0	0,0

Nhận xét: Các nhóm hạch có tỷ lệ di căn cao là nhóm 1(42,9%), nhóm 2(12,9%), nhóm 3(42,9%), nhóm 4(28,6%), nhóm 7(20%) và nhóm 8(12,9%). Các nhóm có tỷ lệ di căn thấp hơn là nhóm 5(4,3%), nhóm 6(4,3%), nhóm 9(4,3%) và nhóm 11(1,4%). Không thấy di căn hạch nhóm 10 và nhóm 12.

Bảng 3.22: Giai đoạn UTBMDD theo phân loại TNM

Giai đoạn		Bệnh nhân (n)		Tỷ lệ (%)	
Giai đoạn I	Ia	15	5	21,4	7,2
	Ib		10		14,3
Giai đoạn II	IIa	32	20	45,7	28,6
	IIb		12		17,1
Giai đoạn III	IIIa	23	7	32,8	10
	IIIb		15		21,4
	IIIc		1		1,4
Tổng		70		100	

Nhận xét: Ung thư biểu mô dạ dày là ở giai đoạn I (21,4%), giai đoạn II (45,7%) và giai đoạn III (32,8%).

3.1.6. Ứng dụng kỹ thuật PTNS cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2

- 100% người bệnh nằm ngửa, hai chân và hai tay dạng. PTV đứng bên trái, phụ camera đứng giữa 2 chân, phụ PTV đứng bên phải người bệnh, dụng cụ viên đứng bên phải PTV và gây mê nội khí quản.

- 100% trường hợp tiến hành đặt 05 trocar: 01 trocar 10mm, 01 trocar 12mm và 03 trocar 5mm.

- 100% BN được PTNS hoàn toàn cắt TBDD vét hạch D2 và nối lưu thông ống tiêu hóa theo phương pháp Roux-en-Y, làm miệng nối thực quản hồng tràng tận-tận kiểu functional không cắt thực quản và hồng tràng trước, nối lưu thông hồng hồng tràng (chân Y) và cắt đóng mồm tá tràng bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler) hoàn toàn trong ổ bụng.

- Không có trường nào phải chuyển mổ mở do tai biến và do kỹ thuật, không có tử vong trong mổ.

- Tỷ lệ thành công của PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 theo quy trình phẫu thuật 10 bước là 100%.

Bảng 3.23: Những khó khăn trong quy trình phẫu thuật

Khó khăn	Các bước phẫu thuật (n = 70)										Tổng (n, %)
	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10	
Mỡ nhiều	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1 (1,4%)
Do dính	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 (1,4%)
KT u lớn	0	0	0	2	2	0	0	2	0	0	2 (2,9%)
VT u cao	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1 (1,4%)
OBH	0	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2 (2,9%)
Không	69	67	67	65	65	67	67	64	67	70	63 (90%)

Nhận xét: Hầu hết các bước quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 trong nghiên cứu là thuận lợi. Có 07 trường hợp, chiếm 10% có khó khăn trong quy trình phẫu thuật: 01 BN nữ (Nguyễn Thị HV – MBA 18711401), có mỡ ổ bụng nhiều gây ảnh hưởng đến thao tác phẫu thuật từ bước 2 đến bước 9; 01 BN nam (Trương Văn T – MBA 19228134), có mổ cũ là chấn thương bụng kín vỡ ruột non nên lần này mạc nối lớn dính vào thành bụng trước gây khó khăn cho thao tác phẫu thuật ở bước 1; Trong nghiên cứu của chúng tôi có 09 BN kích thước u > 6cm nhưng chỉ có 02 BN kích thước u 8cm (Vi Văn D – MBA 20059298) và 9cm (Kha Thị M – MBA19758489) có ảnh hưởng đến thao tác phẫu tích khi vét hạch nhóm 12a vùng rốn gan (bước 4), nạo vét hạch nhóm 7, 8a, 9, 11p (bước 5) và cắt nối tiêu hóa (bước 8). Có 07 BN u vùng tâm vị nhưng có 01 BN (Nguyễn Xuân H – MBA 13172124) gây khó khăn cho thao tác phẫu thuật ở bước 8 là trường hợp u sát đường Z; 02 BN gầy, thể trạng nhỏ nên ổ bụng hẹp (Trần Đình K – MBA 18067109) và (Nguyễn Thị L – MBA 20036512) gây khó khăn cho phẫu thuật từ bước 2 đến bước 8 trong quy trình phẫu thuật.

3.1.7. So sánh một số yếu tố với đặc điểm bệnh lý và kỹ thuật PTNS

3.1.7.1. So sánh một số yếu tố của đặc điểm tổn thương

Bảng 3.24: So sánh thời gian đau bụng với tít mô bệnh học

Tít mô bệnh học	n = 70	Thời gian đau	p
UTBM tuyến ống	56	2,57 ± 2,59	0,230
UTBM tuyến nhầy	3	1,67 ± 1,15	
UTBM tế bào nhẵn	11	1,27 ± 0,64	

Nhận xét: Thời gian đau bụng ở nhóm UTBM tế bào nhẵn là ngắn nhất, tiếp đến là UTBM tuyến nhầy và dài nhất là UTBM tuyến ống. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.25: So sánh thời gian đau bụng với chặng hạch trên CLVT

Chặng hạch	n = 70	Thời gian đau	p
N0	45	1,956 ± 1,834	0,079
N+	25	3,000 ± 3,082	

Nhận xét: Thời gian đau bụng ở nhóm có chặng N0 ngắn hơn chặng N+ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.26: So sánh vị trí u với tít mô bệnh học

Vị trí u với tít MBH		Vị trí u dạ dày (n)				Tổng
		Tâm vị	Thân vị	Hang vị	Toàn bộ	
Tít	UTBM tuyến ống	6	46	3	1	56
	UTBM tế bào nhẵn	2	9	0	0	11
	UTBM tuyến nhầy	0	3	0	0	3
Tổng		8	58	3	1	70
$p = 0,897$						

Nhận xét: Không có mối liên quan về tỷ lệ giữa các tít UTBM với các vị trí tổn thương UTBMDD ($p > 0,05$).

Bảng 3.27: So sánh típ MBH với tổn thương đại thể trên nội soi

Típ MBH với hình thái u		Tổn thương trên nội soi (n)			Tổng
		Sùi	Loét	Loét thâm nhiễm	
Típ	UTBM tuyến	6	29	21	56
	UTBM tế bào nhân	0	5	6	11
	UTBM tuyến nhầy	0	2	1	3
Tổng		6	36	28	70
$p = 0,803$					

Nhận xét: Không có mối liên quan về tỷ lệ giữa các típ mô bệnh học với đặc điểm tổn thương đại thể UTBMDD ($p > 0,05$).

Bảng 3.28: So sánh chẩn đoán mức độ xâm lấn u (T) trước với sau mổ

Mức độ	cT1	cT2	cT3	cT4a	Tổng	$p < 0,001$
pT1	1	4	1	0	6	
pT2	4	5	4	0	13	
pT3	2	4	33	6	45	
pT4a	0	0	6	0	6	
Tổng	7	13	44	6	70	

(cT: Mức độ xâm lấn u trên CLVT, pT: Mức độ xâm lấn u sau mổ trên kết quả giải phẫu bệnh - c: clinical, p: pathological, T: tumor).

Nhận xét: Kết quả đánh giá mức độ xâm lấn u trên hình ảnh chụp CLVT tương đồng với giải phẫu bệnh sau mổ ($p < 0,05$).

Bảng 3.29: So sánh kết quả chẩn đoán chặng hạch (N) trước với sau mổ

Chặng	cN0	cN1	cN2	Tổng	p = 0,033
pN0	29	6	1	36	
pN1	6	3	1	10	
pN2	5	4	3	12	
pN3	5	4	3	12	
Tổng	45	17	8	70	

Nhận xét: Kết quả chẩn đoán chặng hạch trước mổ trên CLVT tương đồng với chặng hạch sau mổ ($p < 0,05$).

Bảng 3.30: So sánh kết quả chẩn đoán giai đoạn bệnh trước với sau mổ:

Giai đoạn	cI	cII	cIII	Tổng	p < 0,001
pI	13	2	0	15	
pII	4	24	4	32	
pIII	2	16	5	23	
Tổng	19	42	9	70	

Nhận xét: Có sự tương đồng về kết quả về kết quả chẩn đoán giai đoạn bệnh trước mổ với sau mổ ($p < 0,05$)

Bảng 3.31: So sánh kết quả chẩn đoán vị trí UTBMDD trước với sau mổ

Vị trí	cTV	cThV	cHV	cTB	Tổng	p = 0,018
pTV	3	4	1	0	8	
pThV	1	38	18	1	58	
pHV	0	1	2	0	3	
pTB	0	0	1	0	1	
Tổng	4	43	22	1	70	

(c: lâm sàng trước mổ, p: kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, TV: tâm vị, ThV: thân vị, HV: hang vị, TB: tổn thương toàn bộ dạ dày).

Nhận xét: Kết quả chẩn đoán vị trí UTBMDD trước mổ tương đồng với sau mổ ($p < 0,05$).

3.1.7.2. So sánh một số yếu tố của đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật

Bảng 3.32: So sánh thời gian phẫu thuật với khó khăn trong mổ

Khó khăn trong mổ	n = 70	Thời gian mổ (phút)	p
Không	63	199,05 ± 28,23	0,002
Có	7	230,71 ± 17,18	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật ở nhóm có khó khăn trong quy trình phẫu thuật dài hơn so với nhóm không có khó khăn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.33: So sánh lượng máu mất với khó khăn trong mổ

Khó khăn trong mổ	n = 70	Lượng máu mất (ml)	p
Không	63	31,75 ± 9,76	0,182
Có	7	37,14 ± 12,53	

Nhận xét: Lượng máu mất trong mổ ở nhóm có khó khăn trong quy trình phẫu thuật nhiều hơn so với nhóm không có khó khăn. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. KẾT QUẢ PTNS CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2

3.2.1. Kết quả PTNS cắt toàn bộ dạ dày nao vết hạch D2

3.2.1.1. Kết quả phẫu thuật

- Số hạch nao vét được trung bình $23,2 \pm 6,7$ hạch, ít nhất là 15 hạch và số hạch nao vét được nhiều nhất trong nhóm nghiên cứu là 44 hạch.

- Số hạch di căn trung bình $2,77 \pm 3,8$ hạch, ít nhất là không di căn hạch nào và di căn nhiều nhất trong nhóm nghiên cứu là 14 hạch.

- 100% diện cắt trên và diện cắt dưới không còn tế bào ung thư.

- Lượng máu mất trung bình trong mổ là $32,29 \pm 10,09$ ml, ít nhất là 20ml và nhiều nhất là 50ml. Không có trường hợp nào phải truyền máu cấp cứu trong mổ do tai biến chảy máu.

Bảng 3.34: Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
< 170	10	14,3
170 - 240	57	81,4
> 240	3	4,3
Tổng	70	100
Trung bình	202,2 ± 28,9 phút	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật ngắn nhất trong nghiên cứu là 145 phút và dài nhất là 270 phút.

Bảng 3.35: Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương lách	1	1,4
Tổn thương gan	1	1,4
Tổn thương thanh cơ ruột non	1	1,4
Không có tai biến	67	95,7
Tổng	70	100

Nhận xét: Có 3 trường hợp xảy ra tai biến nhẹ trong mổ chiếm 4,2% trong đó có 01 BN (Nguyễn Huy K - MBA 19612992) tổn thương rách bao lách khi phẫu tích vét hạch rốn lách, tiến hành đốt điện cầm máu. 01 BN (Ngân Văn D - MBA 18990366) tổn thương nhu mô gan trái trong khi nâng gan trái, tiến hành đốt điện cầm máu và 01 BN (Hàn Danh S - MBA 18002505) tổn thương rách thanh mạc ruột non khi thực hiện miệng nói, tiến hành khâu lại một mũi chữ X bằng chỉ vicryn 4.0. Không có trường hợp nào có tai biến phải chuyển mổ mở và không có trường hợp nào tử vong trong mổ.

3.2.1.2. So sánh các yếu tố của kết quả phẫu thuật

Bảng 3.36: So sánh thời gian mổ với một số yếu tố trong mổ

Các yếu tố		n = 70	Thời gian mổ	p
BMI	< 18,5	9	228,89 ± 33,239	0,002
	≥ 18,5	61	198,28 ± 26,234	
Mức độ T	≤ T3	64	201,02 ± 28,952	0,259
	T4a	6	215,00 ± 26,833	
Khoảng cách đến tâm vị	< 4,5cm	65	203,46 ± 29,527	0,004
	≥ 4,5cm	5	186,00 ± 8,216	
Kích thước Tởn thương	≤ 5cm	50	197,70 ± 28,107	0,038
	> 5cm	20	213,50 ± 28,289	

Nhận xét:

Thời gian phẫu thuật ở nhóm BMI < 18,5 dài hơn so với nhóm BMI ≥ 18,5, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Thời gian phẫu thuật ở nhóm ≤ T3 ngắn hơn so với nhóm T4a, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thời gian phẫu thuật ở nhóm khoảng cách từ bờ trên ổ thương đến tâm vị < 4,5cm thì ngắn hơn ≥ 4,5cm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Thời gian phẫu thuật ở nhóm có kích thước u ≤ 5cm ngắn hơn so với nhóm > 5cm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.37: So sánh số hạch nạo vét với giai đoạn bệnh theo phân loại TNM

Giai đoạn bệnh	n = 70	Số hạch vét được	p
Giai đoạn I	15	18,93 ± 4,06	0,001
Giai đoạn II	32	22,56 ± 6,13	
Giai đoạn III	23	26,87 ± 7,08	

Nhận xét: Số hạch nạo vét được ở nhóm UTBMDD giai đoạn I ít hơn giai đoạn II và giai đoạn II ít hơn giai đoạn III ($p < 0,05$).

Bảng 3.38: So sánh số hạch di căn với giai đoạn bệnh theo phân loại TNM

Giai đoạn bệnh	n = 70	Số hạch di căn	p
Giai đoạn < III	47	0,51 ± 1,120	< 0,0001
Giai đoạn III	23	7,39 ± 3,258	

Nhận xét: Số hạch di căn ở giai đoạn III nhiều hơn rất nhiều so với giai đoạn I và II. Sự khác biệt này rất rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Bảng 3.39: So sánh số lượng máu mất trong mổ với một số yếu tố

Các yếu tố		n = 70	Số lượng máu mất	p
Giai đoạn	< III	47	31,49 ± 10,421	0,349
	III	23	33,91 ± 9,409	
Số hạch vét được	≥ 21 hạch	41	34,39 ± 10,012	0,037
	< 21 hạch	29	29,31 ± 9,611	

Nhận xét: Số lượng máu mất trong mổ ở giai đoạn III nhiều hơn so với giai đoạn I và II. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Số lượng máu mất trong mổ ở nhóm có số hạch nạo vét được < 21 hạch ít hơn nhóm ≥ 21 hạch ($p < 0,05$).

Bảng 3.40: So sánh tai biến với khoảng cách từ bờ trên u đến tâm vị

Tai biến	Khoảng cách đến tâm vị (n)		Tổng	p = 0,202
	< 4,5cm	≥ 4,5cm		
Tổn thương lách	0	1	1	
Tổn thương gan	1	0	1	
Tổn thương ruột non	1	0	1	
Không	63	4	67	
Tổng	65	5	70	

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến nhóm khoảng từ bờ trên tổn thương đến tâm vị <4,5cm cao hơn ≥ 4,5cm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

3.2.2. Kết quả điều trị sau mổ

3.2.2.1. Kết quả sớm

Bảng 3.41: Mức độ đau sau mổ 24 giờ theo VAS

Mức độ đau	Bệnh nhân (n = 70)	Tỷ lệ (%)
Đau ít	42	60,0
Đau vừa	28	40,0
Đau nhiều	0	0,0

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu có 60% người bệnh đau ít, 40% đau vừa. Không có trường hợp nào không đau, đau nhiều hoặc đau rất nhiều.

Bảng 3.42: Kết quả chung sau mổ (n = 70)

Thời gian	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Trung tiện (giờ)	24	72	48,6 ± 13,1
Rút thông mũi hồng tràng (giờ)	0	96	22,4 ± 26,8
Rút dẫn lưu (ngày)	2	6	3,1 ± 1,2
Cho ăn sau mổ (ngày)	2	6	3,7 ± 1,4
Nằm viện sau mổ (ngày)	5	13	7,3 ± 1,9

Nhận xét:

- Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $48,6 \pm 13,1$ (24-72) giờ.
- Thời gian rút thông mũi hồng tràng trung bình là $22,4 \pm 26,8$ giờ. Trong đó, 48,6% rút ngay sau khi kết thúc cuộc mổ (0 giờ).
- Thời gian rút dẫn lưu trung bình $3,1 \pm 1,2$ (2-6) ngày.
- Thời gian cho ăn sau mổ trung bình là $3,7 \pm 1,4$ (2-6) ngày.
- Thời gian nằm viện trung bình là $7,3 \pm 1,9$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 13 ngày.

Bảng 3.43: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Bệnh nhân (n)		Tỷ lệ (%)	
Không	67		95,7	
Viêm phổi	3	1	4,2	1,4
Áp xe tồn dư		1		1,4
Nhiễm trùng vết mổ		1		1,4
Tổng	70		100	

Nhận xét:

Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ biến chứng chung là 4,2% trong đó có 01 BN (Trần Đình K - MBA 18067109) bị viêm phổi sau mổ, điều trị nội khoa phối hợp chuyên ngành hồi sức và hô hấp bệnh ổn định, ra viện; 01 BN (Nguyễn Trọng H - MBA 18290065) nhiễm trùng vết mổ lỗ trocar 12mm, chỗ lấy bệnh phẩm, tiến hành cắt chỉ để hở vết mổ và thay băng hàng ngày, sau 4 ngày vết mổ ổn định và khâu lại vết mổ. và 01 BN (Lê Công H – MBA 18320205) áp xe tồn dư, ngày thứ 5 sau mổ BN sốt, đau bụng, siêu âm phát hiện ổ dịch không thuần nhất khu trú ở thượng vị, kích thước 3,3x2,5cm. Tiến hành chọc hút dịch dưới hướng dẫn siêu âm được gần 100ml, sau đó điều trị nội khoa ổn định ra viện. Không có trường hợp nào rò tiêu hóa sau mổ cũng như tử vong trong và sau mổ trong nghiên cứu.

So sánh các yếu tố của kết quả điều trị sớm sau mổ:

Bảng 3.44: So sánh tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm <60 tuổi với ≥60 tuổi

Biến chứng	Nhóm tuổi (n = 70)		p
	< 60 tuổi	≥ 60 tuổi	
Viêm phổi	0	1	0,309
Áp xe tồn dư	0	1	
Nhiễm trùng vết mổ	0	1	
Không	26	41	

Nhận xét: Không có sự khác biệt tỷ lệ biến chứng ở nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi ($p > 0,05$).

Bảng 3.45: So sánh tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm N0 với nhóm N+

Biến chứng	Di căn hạch (n = 70)		p
	N0	N+	
Viêm phổi	0	1	0,877
Áp xe tồn dư	0	1	
Nhiễm trùng vết mổ	1	0	
Không	35	32	

Nhận xét: Không có sự khác biệt tỷ lệ biến chứng ở nhóm chưa di căn hạch và nhóm đã di căn hạch ($p > 0,05$).

Bảng 3.46: So sánh tỷ lệ biến chứng với đặt thông mũi hồng tràng sau mổ

Biến chứng	Thông dạ dày (n = 70)		p
	Không	Có	
Viêm phổi	0	1	0,240
Áp xe tồn dư	0	1	
Nhiễm trùng vết mổ	0	1	
Không	34	33	

Nhận xét: Không có sự khác biệt tỷ lệ biến chứng ở nhóm không đặt thông mũi hồng tràng và có đặt thông mũi hồng tràng sau mổ ($p > 0,05$).

Bảng 3.47: So sánh thời gian nằm viện với một số yếu tố sau mổ

Các yếu tố sau mổ		n = 70	Thời gian nằm viện	p
Thông dạ dày	Không	34	6,26 ± 0,618	< 0,001
	Có	36	8,28 ± 2,173	
Thời gian cho ăn	≤ 2 ngày	22	6,18 ± 0,588	< 0,001
	> 2 ngày	48	7,81 ± 2,070	
Tai biến	Không	67	7,28 ± 1,921	0,735
	Có	3	7,67 ± 1,528	
Biến chứng	Không	67	7,16 ± 1,772	0,004
	Có	3	10,33 ± 2,517	

Nhận xét:

Thời gian nằm viện ở nhóm không đặt thông mũi hồng tràng (rút ngay sau mổ) ngắn hơn nhóm có đặt thông mũi hồng tràng sau mổ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Thời gian nằm viện ở nhóm bắt đầu cho ăn ≤ ngày thứ 2 sau mổ ngắn hơn so với nhóm cho ăn từ > ngày thứ 2 sau mổ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm có tai biến dài hơn nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm có biến chứng dài hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.2.2. Kết quả theo dõi sau mổ

- Trong nghiên cứu chúng tôi có 100% người bệnh có thông tin theo dõi sau mổ cho đến hết thời hạn trong nghiên cứu, trong đó 61 BN đến khám trực tiếp tại bệnh viện và thu thập hồ sơ theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Có 09 BN thu thập thông tin qua điện thoại và trả lời theo bệnh án nghiên cứu mẫu, trong đó 01 BN thời điểm 1 năm, 04 BN ở 2 năm và 03 BN ở 3 năm.

- Thời gian theo dõi trung bình $20,83 \pm 10,1$ tháng, ngắn nhất là 7 tháng và dài nhất 46 tháng.

- Có 50 (71,4%) điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ, 20 (28,6%) trường hợp không điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ.

Bảng 3.48: Tình trạng sức khỏe sau mổ đánh giá theo thang điểm Spitzer

Thời gian	Tốt	Khá	Trung bình	Kém
01 tháng (n = 70)	0	70 (100%)	0	0
06 tháng (n = 70)	69 (98,6%)	1 (1,4%)	0	0
12 tháng (n = 56)	55 (98,2%)	0	0	0
24 tháng (n = 43)	31 (72,1%)	3 (7,0%)	2 (4,7%)	4 (9,3%)
36 tháng (n = 19)	14 (73,7%)	0	0	0

Nhận xét:

- Sau mổ 01 tháng, 100% BN có tình trạng sức khỏe xếp loại Khá.
- Sau mổ 06 tháng có 98,6% loại Tốt và 1,4% Khá.
- 12 tháng có 98,2% Tốt, 01 (1,4%) BN đã tử vong.
- 24 tháng có 72,1% Tốt, 7,0% Khá, 4,7% Trung bình, 9,3% Kém. Có 03 (7,0%) BN đã tử vong.
- 36 tháng có 73,7% loại Tốt và 05 (26,3%) BN đã tử vong.

Bảng 3.49: Hẹp miệng nối sau mổ

Hẹp miệng nối	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Không	67	95,7
Có	03	4,3
Tổng	70	100

Nhận xét:

Kết quả khám lại theo hẹn có 03 (4,3%) trường hợp (Trương Văn L – MBA 19061904, Nguyễn Huy K – MBA 19612992, Thái Hữu Th – MBA 20081479) nội soi có hẹp miệng nối sau mổ 06 tháng. Không có trường hợp nào phải nội soi nong miệng nối hay mổ lại sau mổ.

Bảng 3.50: Tái phát và di căn sau mổ

Tái phát	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Không	56	80,0
Có	14	20,0
Tổng	70	100

Nhận xét:

Có 20% tái phát và di căn sau mổ, thời gian phát hiện tái phát và di căn trung bình $18,6 \pm 6,8$ tháng, ngắn nhất là 08 tháng và dài nhất là 36 tháng. Có 01 BN (Phạm Gia H – MBA 18472869) tái phát tại miệng nối thực quản hồng tràng sau mổ 23 tháng, chiếm 1,4%. Có 13 trường hợp di căn gồm: 01 BN di căn xương, chiếm 1,4%; 05 BN di căn gan, chiếm 7,2%; 04 BN di căn phúc mạc, chiếm 5,7% và 03 BN di căn phổi, chiếm 4,3%.

Bảng 3.51: So sánh số hạch di căn với tái phát và di căn sau mổ

Tái phát và di căn	n = 70	Số hạch di căn	p
Không	56	2,7 ± 4,0	0,747
Có	14	3,07 ± 3,1	

Nhận xét: Số hạch di căn ở nhóm có tái phát và di căn sau mổ cao hơn so với nhóm không có tái phát và di căn mổ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.52: So sánh kích thước tổn thương u với tái phát và di căn sau mổ

Tái phát và di căn	n = 70	Kích thước	p
Không	56	4,69 ± 1,6	0,607
Có	14	4,93 ± 1,3	

Nhận xét: Kích thước tổn UTBMDD ở nhóm có tái phát và di căn sau mổ lớn hơn so với nhóm không có tái phát và di căn mổ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

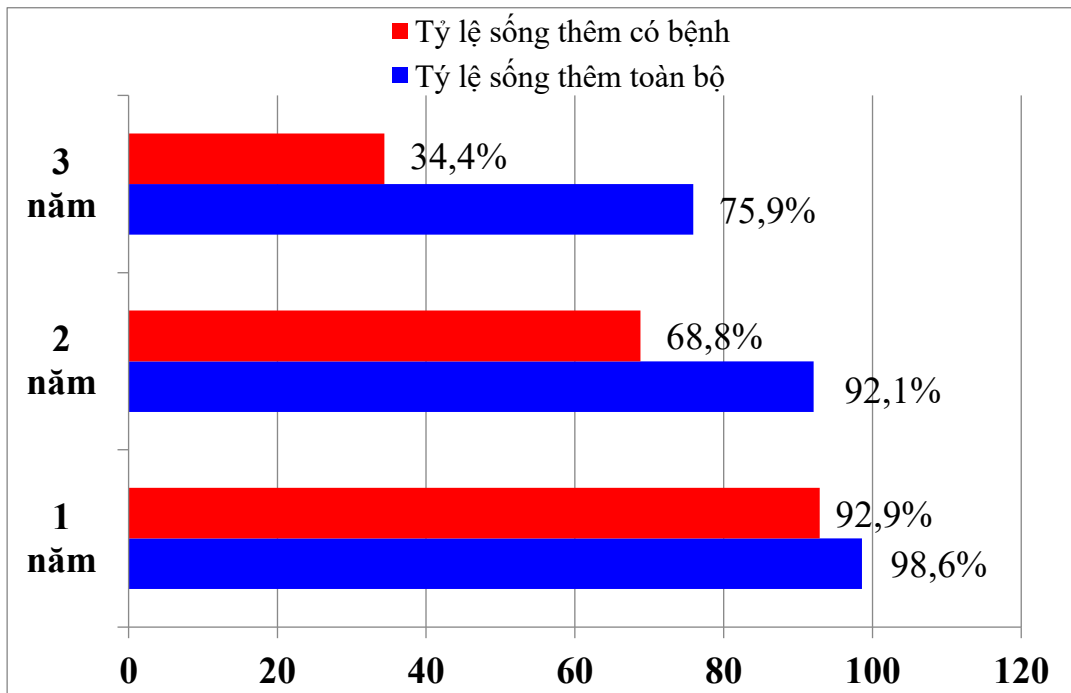
3.2.2.3. Thời gian sống thêm sau mổ

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình $40,14 \pm 1,73$ (36,75 - 43,54) tháng.

Thời gian sống thêm không bệnh $35,71 \pm 2,33$ (31,14 - 40,27) tháng.

Thời gian sống thêm có bệnh trung bình là $6,44 \pm 0,96$ (4,57 - 8,32) tháng.

Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ của giai đoạn I, II, III theo từng năm tương ứng là: 1 năm (100%, 100%, 95,7%); 2 năm (100%, 91,8%, 86,1%); 3 năm (88,9%, 79,6%, 51,7%).

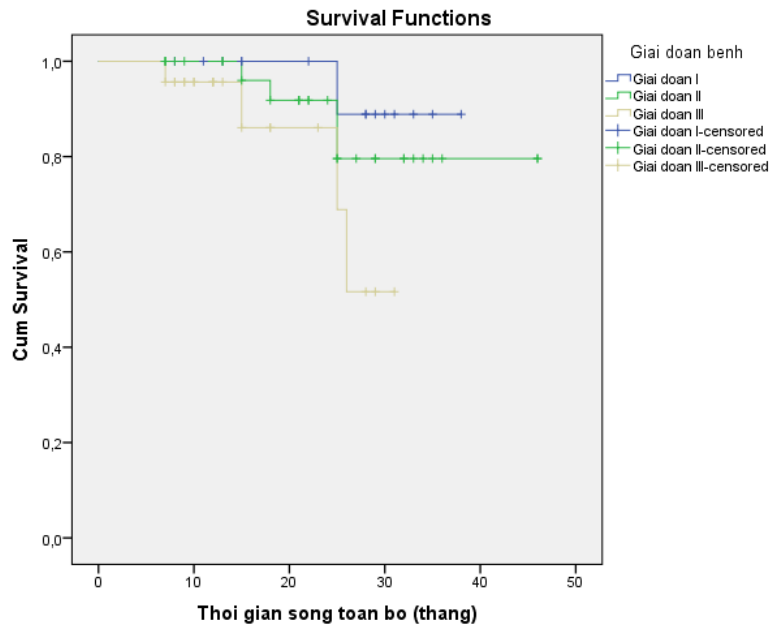


Biểu đồ 3.5: Thời gian sống thêm toàn bộ và có bệnh theo từng năm ($n = 70$)

Bảng 3.53: Thời gian sống thêm toàn bộ theo từng giai đoạn bệnh

Giai đoạn	Tỷ lệ sống thêm toàn bộ ($n = 70$)				p
	1 năm	2 năm	3 năm	Trung bình	
I	100%	100%	88,9%	36,56 ± 1,4 tháng	0,140
II	100%	91,8%	79,6%	41,9 ± 1,7 tháng	
III	95,7%	86,1%	51,7%	26,5 ± 1,8 tháng	

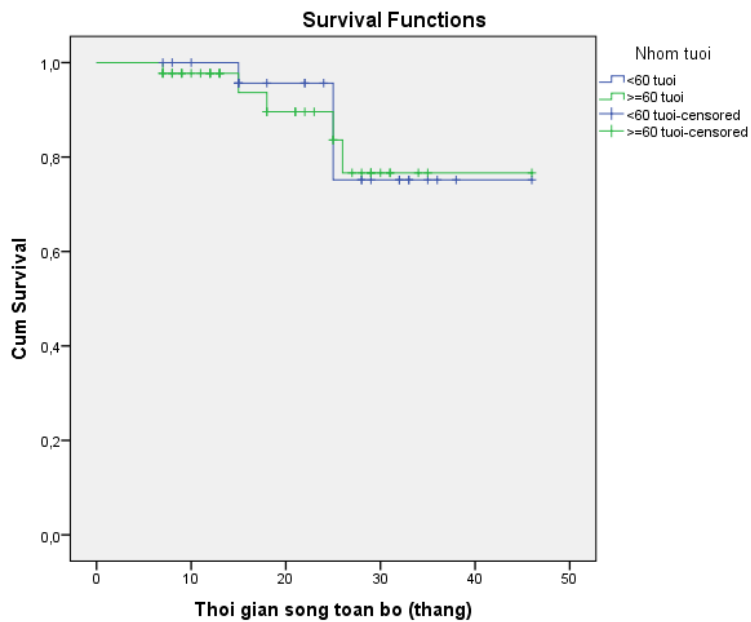
Nhận xét: Giai đoạn bệnh UTBMDD càng muộn thì tỷ lệ % và thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ càng thấp nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.6: Thời gian sống thêm toàn bộ theo từng giai đoạn

So sánh các yếu tố của thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ:

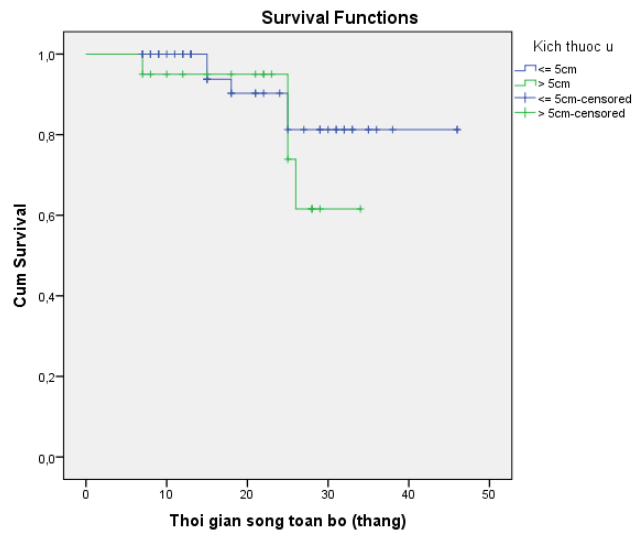
Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm tuổi:



Biểu đồ 3.7: Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm tuổi

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ ở hai nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi là không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

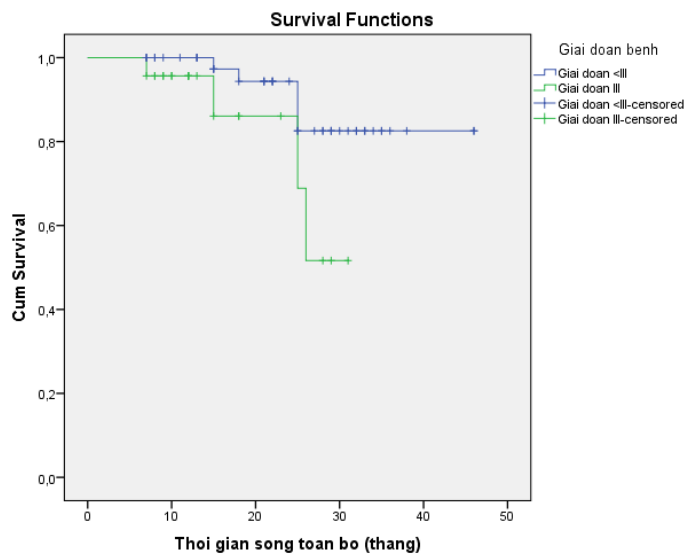
Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm kích thước u:



Biểu đồ 3.8: Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm kích thước u.

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm có kích thước $u \leq 5$ cm dài hơn so với > 5 cm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

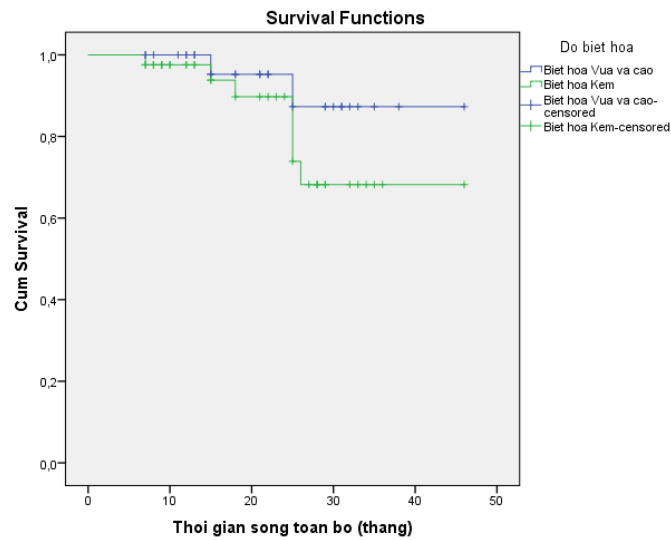
Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh (TNM):



Biểu đồ 3.9: Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ ở giai đoạn $< III$ dài hơn so với giai đoạn III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

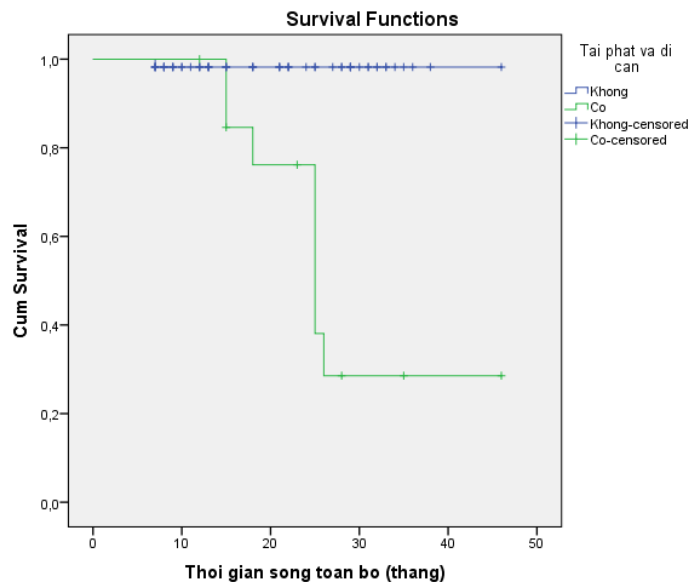
Thời gian sống thêm toàn bộ theo mức độ biệt hóa:



Biểu đồ 3.10: Thời gian sống thêm toàn bộ theo độ biệt hóa

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm UTBM biệt hóa vừa và cao dài hơn so với UTBM biệt hóa kém, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Thời gian sống thêm toàn bộ theo di căn và tái phát u:



Biểu đồ 3.11: Thời gian sống thêm toàn bộ theo di căn và tái phát u

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ giữa nhóm không di căn và tái phát u cao hơn so với nhóm di căn và tái phát u ($p < 0,05$).

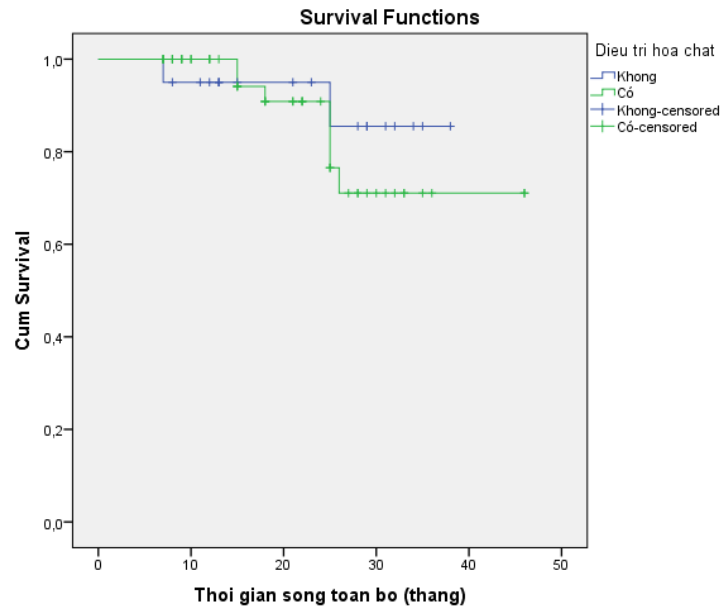
Bảng 3.54: Thời gian sống thêm toàn bộ theo một số yếu tố liên quan

Các yếu tố liên quan		n = 70	Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng)	p
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	26	40,3 ± 2,5	0,891
	≥ 60 tuổi	44	40,1 ± 2,4	
Kích thước u	≤ 5cm	50	41,19 ± 1,96	0,043
	> 5cm	20	29,76 ± 1,79	
Giai đoạn bệnh	< III	47	41,86 ± 1,695	0,031
	III	23	26,53 ± 1,847	
Độ biệt hóa	Vừa và Cao	29	42,86 ± 2,096	0,203
	Kém	41	38,28 ± 2,467	
Tái phát và di căn	Không	56	45,304 ± 0,690	< 0,001
	Có	14	28,962 ± 3,396	

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ có liên quan đến kích thước u, giai đoạn bệnh, tái phát và di căn sau mổ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.55: Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng) theo theo hóa trị sau mổ

Hóa trị		n = 70		Thời gian sống thêm toàn bộ	p
Không điều trị		5		29,667 ± 1,905	> 0,05
Có	XELOX	50	30	40,400 ± 2,845	
	EOX		6	38,930 ± 2,342	
	Capecitabine		14	24,867 ± 1,551	
Theo dõi		15		36,556 ± 1,362	



Biểu đồ 3.12: Thời gian sống thêm toàn bộ theo hóa trị sau mổ

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ ở nhóm điều trị hóa chất hỗ trợ sau mổ (giai đoạn II và III) dài hơn nhóm không điều trị (giai đoạn II và III nhưng BN không điều trị) và nhóm theo dõi (giai đoạn I) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,492 > 0,05$). Trong đó, điều trị theo phác đồ XELOX (Xeloda + Oxaliplatin) thấy thời gian sống thêm sau mổ dài hơn điều trị theo phác đồ EOX (Epirubicin + Oxaliplatin + Capecitabine) và điều trị theo phác đồ Capecitabin đơn chất nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,655 > 0,05$).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỔN THƯƠNG VÀ KỸ THUẬT PTNS CẮT TBDD NẠO VẾT HẠCH D2

4.1.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

4.1.1.1. Tuổi, giới tính

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $62,47 \pm 11,6$ tuổi, thấp nhất là 29 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, trong đó nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm 62.9 %.

Kết quả này cao hơn tác giả Võ Duy Long, Nguyễn Đăng Bảo tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày lần lượt là $55,3 \pm 11,3$ (29 – 79) tuổi và $59,3 \pm 10,52$ (35 - 90) tuổi [100],[101]; nhưng kết quả này lại thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả Brenkman HJF là 66 tuổi (28 – 85) và Kodera Y là 69 tuổi (62 – 75) ở nhóm BN mổ nội soi [102],[103]. Tuổi trung bình của các tác giả ở Nhật Bản là 62,7 - 64,8 [3], [4] và của các tác giả Châu Âu và Mỹ là 63,6 – 73 tuổi [5],[6],[7],[8],[9]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy chỉ định PTNS cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD áp dụng cho mọi lứa tuổi [100],[101],[102],[103]. Tuổi tác không phải là chống chỉ định của PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 mà nó nằm ở chỗ là có kèm theo các bệnh lý kết hợp có chống chỉ PTNS. Tuổi càng cao thì bệnh lý kết hợp càng nhiều và ảnh hưởng đến kết quả điều trị [104],[105],[106]. Vì vậy, chúng ta cần phải thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng đầy đủ, cẩn thận để đánh giá hết tổng trạng người bệnh trước khi quyết định chỉ định PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD.

Nhóm nghiên cứu có 20 nữ chiếm tỷ lệ 28,6% và 50 nam chiếm 71,4%; tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Kết quả nghiên cứu tương tự các tác giả trong nước như Nguyễn Đăng Bảo và cộng sự với tỷ lệ nam là 65,9% [101], Võ Duy Long tỷ

lệ nam/nữ là 7/4 [22] và tương tự tác giả Li Z và cộng sự ghi nhận tỷ lệ nam ở nhóm PTNS là 71,8% [96], thấp hơn tác giả Kim EY tỷ lệ nam là 81,5%[88],

Đa số kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới đều cho thấy tỷ lệ UTBMDD ở nam giới cao nữ giới. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc UTBMDD gặp ở nữ giới ít hơn là có nguyên nhân được ghi nhận bởi tác dụng của estrogen, các yếu tố khác như chế độ ăn uống và sự tiếp xúc nghề nghiệp ... [2].

4.1.1.2. Nghề nghiệp

Biểu đồ 3.1 cho thấy nghề nghiệp chủ yếu của người bệnh trong nghiên cứu là nông dân chiếm 62,9%, tiếp đến hưu trí chiếm 22,9%, thấp nhất là công nhân chiếm 2,9% và các nghề nghiệp khác như nội trợ, tự do chiếm 2,9%. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp đặc tính sinh sống của nhóm nghiên cứu chủ yếu ở nông thôn – miền núi, bởi một số người bệnh trong nhóm nghiên cứu sinh sống ở nông thôn miền núi nhưng lại là công nhân ở các công ty, khu công nghiệp và một số cán bộ công chức cấp xã, huyện lại sinh sống ở nông thôn – miền núi, nhất là hưu trí sau khi nghỉ hưu về sinh sống ở quê nhà. Kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Thời, người già và hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất 54%, nông dân chiếm 36%, nhóm trí thức và công nhân chiếm tỷ lệ thấp [105].

Yếu tố nghề nghiệp có ảnh hưởng đến sự hiểu biết về vấn đề chăm sóc y tế và bảo vệ sức khỏe. Người có sự hiểu biết về lĩnh vực y học, họ sẽ biết cách phòng ngừa bệnh tật và tìm cách tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng. Từ đó, họ sẽ hạn chế được các yếu tố nguy cơ như viêm dạ dày hoặc các thói quen ăn uống không tốt...

Cho I.S. và cộng sự đã chỉ ra rằng nông dân chiếm ưu thế trong nghiên cứu với 37%, tác giả đã giải thích là do sự hiểu biết về căn bệnh của nhóm đối tượng này cũng có phần hạn chế, dẫn tới khả năng loại bỏ các yếu tố

nguy cơ như viêm, loét dạ dày, thói quen ăn uống... là không cao, nên dễ mắc UTBMDD cao hơn so với nhóm trí thức và công nhân [106].

4.1.1.3. Tiền sử bệnh

UTBMDD thường khởi phát từ các bệnh lý tiên phát của dạ dày mà chúng ta có thể khai thác qua bệnh sử để thấy tiền sử bệnh lý dạ dày của người bệnh. Kết quả nghiên cứu có 57,1% người bệnh có bệnh có tiền sử bệnh lý dạ dày trước đó, trong đó 40% là do viêm, 15,7% do loét và 1,4% là có biến chứng xuất huyết do loét dạ dày. Đây là vấn đề đặt ra cho chúng ta tầm soát và quản lý người bệnh có các bệnh lý dạ dày khởi phát để phát hiện, chẩn đoán và điều trị UTDD sớm hiệu quả.

Kết quả tiền sử viêm dạ dày này của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của một số tác giả như Đỗ Trọng Quyết là 11,4% [107], Nguyễn Lam Hòa là 31,5% [104], Đặng Văn Thời [105], là 6%. Các tác giả cũng đều chỉ ra rằng người có tiền sử viêm loét dạ dày thì dễ bị UTBMDD, tính năng phổ biến của việc bắt đầu và tiến triển đến UTBMDD là yếu tố viêm nhiễm.

Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng có một quá trình thời gian thay đổi tiền ung thư, cuối cùng dẫn đến UTBMDD. Một tính năng phổ biến của việc bắt đầu và tiến triển đến UTBMDD loại đường ruột là yếu tố viêm nhiễm. Trong khi đó nhiễm Hp là nguyên nhân chính của viêm dạ dày và nếu không được điều trị một cách hợp lý thì Hp chính là tác nhân liên quan đến bệnh lý UTBMDD. Một số bệnh lý lành tính của dạ dày cũng có thể tiến triển thành ung thư, trong đó có hai bệnh cần chú ý là viêm dạ dày teo loét và polyp dạ dày. Một số tác giả còn coi bệnh này như là tiền ung thư [105].

Kết quả nhóm nghiên cứu có 28,6% có bệnh lý kết hợp nội khoa như tăng huyết áp (12,9%), bệnh lý mạch vành là đặt stent mạch vành (2,9%), đái tháo đường (4,3%), viêm phế quản (2,9%), lao phổi cũ, nhiễm khuẩn tiết niệu (5,7%), đây là những bệnh lý kết hợp đã được điều trị ổn định và không có chống chỉ định tuyệt đối với PTNS. Vì vậy, chúng tôi đã chỉ định điều trị

UTBMDD bằng PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 cho những người bệnh có các bệnh kết hợp này và kết quả sau mổ các người bệnh đều ổn định, không có trường hợp nào tử vong trong thời gian điều trị sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Võ Duy Long có tỷ lệ bệnh lý kết hợp kèm theo là 31,2% như bệnh lý tim mạch, hô hấp, nội tiết [22]. Chen K có 28,3% có bệnh tim mạch, 7,9% bệnh nội tiết và 3,8% bệnh hô hấp kèm theo [108]. Li HT với 61% các trường hợp có bệnh tim mạch, 42,6% có bệnh hô hấp và 22,3% bệnh nội tiết [109].

Tiền sử bệnh lý ngoại khoa chủ yếu là những trường hợp phẫu thuật tăng trên ổ bụng thì mới ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật như do dính, tai biến trong mổ, thời gian phẫu thuật dài do gỡ dính ... nhưng nó không có chống chỉ định tuyệt đối với PTNS. Tùy theo kinh nghiệm, trình độ tay nghề của PTV và trang thiết bị phẫu thuật mà có thể chỉ định cho những người bệnh có tiền sử mổ củ tăng trên ổ bụng bằng PTNS hay mổ mở. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 03 (4,2%) trường hợp có tiền sử bệnh lý ngoại khoa, đó là phẫu thuật chấn thương bụng kín vỡ ruột non (1,4%), PTNS cắt ruột thừa (1,4%), phẫu thuật cắt cụt bàn tay phải do vết thương chiến tranh (1,4%), sau mổ tất cả đều ổn định ra viện.

Ngoài ra, tiền sử về phẫu thuật tại dạ dày cũng được xem là một yếu tố nguy cơ của UTBMDD. Lý do là phẫu thuật dạ dày đã phá vỡ độ pH bình thường của dạ dày, dẫn đến những biến đổi về sự phân chia ở những tế bào trong lòng dạ dày. Các nghiên cứu cũng chứng minh rằng một số trường hợp cắt polyp dạ dày cho thấy tế bào ung thư xâm lấn trong giải phẫu bệnh của polyp, đồng thời phát hiện này chứng tỏ polyp có thể là những thương tổn tiền ung thư [105].

Như vậy, tiền sử ngoại khoa có thể là yếu tố nguy cơ của UTBMDD và ảnh hưởng đến quy trình phẫu thuật cũng như kết quả điều trị.

4.1.1.4. Phân loại bệnh tật theo ASA và chỉ số khối cơ thể (BMI)

Đánh giá tình trạng bệnh tật theo phân loại của Hiệp hội gây mê hồi sức Hoa Kỳ (American Society of Anesthesiologist – ASA) cho người bệnh trước gây mê hồi sức và phẫu thuật là rất quan trọng để chúng ta tiên lượng bệnh và lựa chọn phương pháp gây mê hồi sức, phẫu thuật thích hợp. Kết quả nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng sức khỏe trước gây mê hồi sức, phẫu thuật chủ yếu là ASA1 và ASA2 chiếm 90%, có 07 trường hợp chiếm 10% là ASA3. Không có trường hợp nào là ASA4 và ASA5. Li Z và cộng sự (2018) ghi nhận tỷ lệ ASA1 và ASA2 là 86,4%, ASA3 là 13,6% ở nhóm PTNS [96], Nghiên cứu của tác giả Võ Duy Long cũng chỉ ra tỷ lệ tai biến và biến chứng ở nhóm ASA2 và ASA3 cao hơn ASA1, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê [100].

Chỉ số BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $20,53 \pm 2,04 \text{ kg/m}^2$, thấp nhất là 14,7 và cao nhất là 25,0; trong đó có 85,7% trong giới hạn bình thường, 12,9% thiếu cân và 01(1,4%) trường hợp có biểu hiện thừa cân. Đỗ Trường Sơn [110] có 52,3% số người bệnh có BMI < 18, chỉ có 2,3% BMI > 25. Strong VE [9] BMI trung bình là 26 (19 – 47). Li Z và cộng sự (2018) $22,53 \pm 3,43$ [96]. Kết quả nghiên cứu BMI trung bình của các tác giả Châu Á là từ 22,3 - 25 [3],[4],[87],[108],[111]. Thừa cân chiếm tỷ lệ rất thấp trong nghiên cứu, hơn nữa cũng chỉ mới biểu hiện thừa cân (BMI = 25); đây cũng là đặc tính nhân chủng học của người châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng. Có 12,8% người bệnh trong nhóm nghiên cứu có BMI < 18,5 là những trường hợp có thời gian mắc bệnh dài, điều kiện kinh tế và trình độ học vấn thấp, điều kiện chăm sóc sức khỏe còn hạn chế, vì vậy đến viện trong tình trạng bệnh suy kiệt. Chúng tôi đã tiến hành hồi sức, nâng cao thể trạng trước phẫu thuật, kết quả sau mổ tất cả đều ổn định ra viện. Thừa cân hay thiếu cân đều gây ra khó khăn cho quá trình phẫu thuật nạo vét hạch, có thể gây ra tai biến trong mổ. So sánh một số kết quả phẫu thuật với BMI của nhóm nghiên cứu

chúng tôi thấy: Thời gian phẫu thuật ở nhóm BMI < 18,5 dài hơn so với nhóm BMI \geq 18,5, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). BMI ở nhóm có tai biến cao hơn nhóm không có tai biến nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). BMI ở nhóm có biến chứng thấp hơn nhóm không có biến chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). BMI ở hai nhóm (nhóm thời gian nằm viện < 7 ngày và nhóm \geq 7 ngày) là tương đương nhau và không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Như vậy, chỉ số khối cơ thể có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật hay không còn tùy thuộc vào kinh nghiệm, trình độ chuyên môn và sự thành thạo về thao tác kỹ thuật phẫu thuật của PTV. Nếu BMI thấp kèm trên người bệnh thể trạng nhỏ bé thì rõ ràng là có ảnh hưởng đến phẫu thuật và BMI thấp thì người bệnh đó là suy kiệt thì tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật sẽ cao hơn.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng của UTBMDD

Đặc điểm lâm sàng của UTBMDD thường không điển hình ngay cả khi người bệnh đến muộn. Theo các tác giả thì các triệu chứng thường gặp là đau bụng, đầy hơi, chán ăn, ăn chậm tiêu và sụt cân [11],[52]. Kết quả trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có các triệu chứng khi vào viện là đau bụng, chán ăn, đầy bụng, sụt cân với các tỷ lệ lần lượt là 100%, 94,3%, 82,9%, 94,3%. Có 16/70 (22,9%) người bệnh triệu chứng XHTH như nôn ra máu, đại tiện phân đen hoặc vừa nôn ra máu vừa đại tiện phân đen. Số cân sụt trung bình là $3,24 \pm 0,17$ (0 - 9) kg. Thời gian đau trung bình là $2,3 \pm 2,4$ tháng, ngắn nhất là 1 tháng và lâu nhất là 12 tháng, kết quả này của chúng tôi ngắn hơn nhiều so với nghiên cứu Đỗ Văn Tráng [112], thời gian đau trung bình là $21,4 \pm 39,8$ tháng, Trịnh Hồng Sơn thời gian đau trung bình là 6 tháng [43]. Điều này có lẽ do thời điểm nghiên cứu của chúng tôi sau hơn 10 năm so với nghiên cứu của Đỗ Văn Tráng nên đời sống kinh tế xã hội đã được nâng cao và chất lượng chăm sóc sức khỏe cũng được cải thiện nhiều hơn nên thời gian đau được rút ngắn ngày càng nhiều.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả như Heemskerk VH [7] có 99% bệnh nhân có đau bụng, ăn chậm tiêu; Trịnh Hồng Sơn có các triệu chứng đau bụng chiếm 97,4%; đầy bụng, chán ăn, sụt cân chiếm 92,2% [43]; Lê Minh Sơn thì tỷ lệ đau bụng vùng thượng vị có tỷ lệ 92,7% [113]; Đỗ Trọng Quyết đau bụng thượng vị đối với UTDD là 93,3% [107] nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Đặng Văn Thới, đau bụng thượng vị là 62% [105]; Đỗ Đình Công triệu chứng đau bụng chiếm 49,1% [45]. Triệu chứng sụt cân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Lam Hòa tỷ lệ này lên đến 98% [104]; nghiên cứu của Đỗ Trọng Quyết là 93,3% [107]. Các nghiên cứu đều thấy số cân sụt trung bình là khoảng 6kg [42]. Tỷ lệ gầy sụt cân ở những người bệnh UTBMDD là 22-92,2% [13],[43], [44]. Viste A[114] ghi nhận 20,8% (91/437 trường hợp) sụt cân > 6 kg trước phẫu thuật.

Chán ăn là triệu chứng gặp ở nhiều bệnh lý khác nhau. Đối với UTBMDD chán ăn có thể là hậu quả của tình trạng đầy bụng, khó tiêu hoặc do tình trạng suy kiệt, dẫn đến mệt mỏi và chán ăn. Nghiên cứu của chúng tôi chán ăn là 94,3%. So với các tác giả khác thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Võ Duy Long gặp 55,5% [22], Đỗ Trọng Quyết tỷ lệ này là 78% nhưng lại thấp hơn Nguyễn Lam Hòa là 97,5% [104],[107].

Sờ được khối u ổ bụng khi thăm khám là triệu chứng thực thể trong UTBMDD khi người bệnh đến muộn. Lúc đó, kích thước khối u đã lớn nhờ đó mà bác sĩ dễ dàng sờ được khối u khi thăm khám. Khi người bệnh ở giai đoạn sớm, thăm khám hoàn toàn không phát hiện được triệu chứng này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 05 người bệnh sờ được khối u khi thăm khám, chiếm 7,1%. Những trường hợp này chưa có di căn xa, ở giai đoạn xâm lấn T3 và T4a trên chụp CLVT nên chúng tôi chỉ định PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 và tổn thương trong mổ cũng tương ứng T3 và T4a. Kết quả này tương đương với tác giả Đặng Văn Thới là 6% [105], nhưng thấp hơn Đỗ

Trọng Quyết là 9,5% [107], Nguyễn Lam Hòa là 17,8% [104], Đỗ Đình Công có 20% [45], Vũ Hải là 23,8% [97]. Mabula JB và cộng sự gặp 69,8% [46].

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng UTBMDD

Nghiên cứu về tỷ lệ UTBMDD theo nhóm máu chúng tôi thấy nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao nhất 48,6% tiếp đến nhóm B, nhóm A và AB lần lượt là 28,6%, 18,6% và 4,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các tác giả ở trong nước là nhóm máu O chiếm tỷ lệ cao nhất và nhóm máu AB chiếm tỷ lệ thấp nhất trong bệnh UTDD [10],[107]. Theo y văn, nhóm máu A thường chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nhóm máu [10]. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi thì nhóm máu A không phải là nhóm nguy cơ như trong y văn đối với bệnh lý UTDD, điều này có thể cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ và cũng có thể tỷ lệ dân số Việt Nam có nhóm máu A thấp hơn so với nước ngoài.

Số lượng Hồng cầu trung bình trước mổ là $4,4 \pm 0,9$ (1,5-6,8) triệu/ml. Hemoglobin trung bình trước mổ là $121,7 \pm 26,4$ (44 - 175) g/ml. Trong đó, có 12 (17,1%) BN thiếu máu nhẹ, 11 (15,7%) BN thiếu máu vừa, 04 (5,8%) thiếu máu nặng và rất nặng trước mổ. Những trường hợp này chúng tôi đã chủ động bù máu trước mổ, một số người bệnh được bù máu thêm trong và sau mổ do vẫn còn thiếu máu. Không có trường hợp nào thiếu máu cấp do tai biến phải bù máu cấp cứu.

Hirschowitz (1925-2013) là người đầu tiên sử dụng ống soi mềm hoàn toàn trong soi dạ dày vào năm 1950, đã mở ra một phương pháp chẩn đoán mới trong UTDD. Kết hợp với nội soi dạ dày khi có tổn thương là tiến hành sinh thiết. Độ chính xác của phương pháp này đạt từ 90-100%, càng sinh thiết nhiều mảnh độ chính xác càng cao [115]. Hiện nay nội soi dạ dày và sinh thiết được sử dụng thường xuyên để chẩn đoán bệnh lý dạ dày. Vai trò của nội soi tiêu hóa trên và sinh thiết rất quan trọng giúp xác định vị trí khối u dạ dày, ngoài ra nội soi còn giúp xác định hình thái thương tổn qua

hình ảnh được quan sát trực tiếp. Tại Nhật Bản, nội soi dạ dày đã trở thành một phương tiện thường quy để chẩn đoán UTDD sớm và đã nâng được tỷ lệ chẩn đoán ung thư sớm lên gần 50%, tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ đối với UTBMDD sớm lên 90% [10],[116]. Nghiên cứu 70 trường hợp PTNS cắt toàn bộ dạ dày chúng tôi thấy vị trí tổn thương UTBMDD trên nội soi dạ dày có tỷ lệ phân bố như sau: tâm vị (5,7%), thân vị (61,4%), hang vị (31,4%) và loét thâm nhiễm toàn bộ (1,4%). Tuy nhiên, kết quả này không tương xứng với phân bố vị trí tổn thương trong mổ và giải phẫu bệnh sau mổ, điều này có thể lý giải là do kinh nghiệm, trình độ của bác sĩ nội soi cũng như trang thiết bị nội soi. Kích thước tổn thương trung bình là $4,7 \pm 1,55\text{cm}$, nhỏ nhất là 2cm và lớn nhất là 9cm. Trong đó 45,7% có kích thước tổn thương từ 2 - 4cm và 54,3% có tổn thương trên 4cm. Vị trí và kích thước tổn thương dạ dày là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định PTNS cắt TBDD, nếu u to quá thì không an toàn khi thực hiện PTNS, nếu u ở hang môn vị có bờ tổn thương cách tâm vị $< 6\text{cm}$ hoặc tổn thương $\geq 6\text{cm}$ về phía bờ cong lớn, di căn hạch 4sa, 4sb thì thường chỉ định cắt TBDD. Tác giả Nguyễn Cường Thịnh, nghiên cứu trên 208 trường hợp ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho thấy, vị trí u ở 1/3 dưới chiếm 21,4%, 1/3 giữa là 54,45%, 1/3 trên là 21,45% và toàn bộ dạ dày là 5,6% [117]. Vũ Quang Toàn [118], vị trí khối u tại tâm vị chiếm 3,3%, thân vị chiếm 3,3%, hang vị-tiền môn vị chiếm 67,8% và toàn bộ dạ dày chiếm 1,3%. Lê Quý Hưng [119], vị trí ung thư dạ dày cao nhất ở hang môn vị chiếm 79,3%, thân vị chiếm 17,2% và tâm vị chiếm 3,5%. Babaei (Iran) [120], cho thấy ung thư tâm vị chiếm 32,7%, thân vị 16,9%, hang vị 10,6%, môn vị 1,1%. Nelen SD [121], tỷ lệ khối u ở hang vị chiếm tỷ lệ 40%, không xác định được vị trí và toàn bộ dạ dày chiếm 30%, tâm vị và thân vị chiếm 30%. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi về vị trí tổn thương UTDD cũng như kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới còn khác nhau ở các nghiên cứu, điều này có thể do mục tiêu và cách lựa chọn BN nghiên cứu.

Hình ảnh nội soi tổn thương đại thể UTBMDD trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, có 51,4% tổn thương dạ dày là Loét, 40% là Loét thâm nhiễm xung quanh và 8,6% là Sùi loét. Kết quả hình ảnh đại thể của tổn thương UTBMDD có một số điểm khác nhau ở các nghiên cứu. Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Bộ [82], 34% là thể Loét, 43,4% là thể Loét xâm lấn, 11,3% thể Sùi, 11,3% thể thâm nhiễm. Trịnh Hồng Sơn [43], 80,2% thể loét, Bùi Văn Lạc [122] thể loét là 73,9%, thể sùi 21,9%, thể thâm nhiễm chiếm 4,2%. Trần Văn Phoi [123], với thể loét xâm lấn 51,9%, thể loét 34%, thể sùi 1,9%, thể thâm nhiễm 10,4%, Nguyễn Lam Hòa, thì thể loét xâm lấn 43,1%, thể loét là 40,6%, thể sùi chiếm 12,2%, thể thâm nhiễm 4,1% [104]. Đa số các tác giả trong nước [122],[124] đều cho thấy rằng thể loét chiếm cao nhất và chiếm tỉ lệ >50% tất cả các thể đại thể trên nội soi các BN ung thư dạ dày.

Đặc điểm CLVT của UTBMDD trong nhóm nghiên cứu, đa số người bệnh có tổn thương dày thành, chiếm 92,9% và 31 người bệnh có hạch ổ bụng, chiếm 44,3%. Có 62,9% tổn thương xâm lấn thành dạ dày ở mức T3. 64,3% trường hợp chưa có di căn hạch, 24,3% là chặng N1; 11,4% chặng N2 và không có bệnh nhân nào chặng N3. Phân giai đoạn bệnh theo hệ thống TNM, có 27,1% là Giai đoạn I, 60% giai đoạn II và 12,9% giai đoạn III. Không có trường hợp nào giai đoạn IIIc và IV. Nguyễn Quang Bộ, tổn thương dày thành trong UTBMDD của CLVT là 80,6% và phát hiện hạch ổ bụng 25,8%, xâm lấn 19,4% [82]. Còn nhiều ý kiến khác nhau về vai trò chụp CLVT trong chẩn đoán và tiên lượng UTDD. Giới hạn chủ yếu của chụp CLVT là không thể chẩn đoán được UTDD giai đoạn sớm và không phát hiện được các nhân ung thư di căn dưới 5 mm. Khả năng phát hiện hạch ổ bụng của CLVT phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó kích thước là yếu tố quan trọng nhất, kích thước nhỏ hơn 5mm thì khả năng phát hiện hạch chỉ đạt 1,1%, khi kích thước >1cm thì khả năng phát hiện hạch là 72%. Độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán di căn hạch của UTDD là từ 25% - 80% và chẩn đoán đúng là 45%. Khả năng phát

hiện di căn gan của CLVT được nhiều tác giả đánh giá có độ nhạy từ 28,6 - 100%, trong khi đó khảo sát di căn phúc mạc của CLVT chỉ đạt 0 - 8%. Chụp CLVT là phương tiện hình ảnh cần thiết giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh UTBMDD và tiên lượng bệnh nhân trước mổ [125],[126].

4.1.4. Đặc điểm tổn thương UTBMDD trong và sau mổ

Đặc điểm tổn thương thanh mạc UTBMDD trong mổ: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 50% người bệnh chưa thấy tổn thương thanh mạc dạ dày, 44,3% tổn thương đến thanh mạc (thanh mạc đổi màu, chắc, trơn nhẵn và chưa lồi thành u), 5,7% tổn thương thanh mạc lồi thành u (chưa xâm lấn vào các tạng xung quanh). Kết quả tổn thương thanh mạc trong mổ của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu trong và ngoài nước như Đỗ Trọng Quyết, tổn thương dạ dày đã xâm lấn ra thanh mạc chiếm 45,7% [107]; Nguyễn Lam Hòa thì tỷ lệ này là 50% [104]; Nguyễn Quang Bộ là 30,2% [82]. Hầu hết các nghiên cứu trong nước đều cho kết quả tổn thương xâm lấn ra thanh mạc, chiếm khoảng 50% số người bệnh UTBMDD [126], kết quả này chứng tỏ đa số UTDD được phát hiện ở giai đoạn muộn. Một số tác giả nước ngoài như Pourhoseingho M.A cho tỉ lệ T3: 45,9%, T4: 38,6% [127]. Bajetta E thì T3 53,8%, T4 12,6% [128]; Jung JJ cho tỉ lệ: T3 50%, T4: 3% [129]. Bruno Zilberstein nghiên cứu trên 108 bệnh nhân cũng cho các kết quả T3: 48%, T4: 6% [130]. Maruyama K, Mocan L đều cho kết quả T3, T4 với các tỉ lệ 71%, 49% [131],[132]. Như vậy, các nghiên cứu ngoài nước cũng cho thấy tỉ lệ tổn thương thanh mạc dạ dày trong mổ chiếm tỷ lệ cao từ 38,6% đến 71%. Theo Shiraishi N, cho rằng xâm lấn vượt qua thanh mạc có liên quan đến tái phát sớm và thời gian sống thêm ngắn [133], Theo Barr H, nhận thấy sự xâm lấn đến thanh mạc dạ dày ảnh hưởng lớn đến tiên lượng, xâm lấn thanh mạc và vượt qua thanh mạc xem như tiên lượng xấu, có 18% di căn hạch khi ung thư chưa lan đến thanh mạc, nếu vượt thanh mạc thì tỷ lệ di căn hạch sẽ là 80% [134].

Vị trí tổn thương UTBMDD phân bố như sau: 11,4% ở tâm vị, 82,9% thân vị, 4,3% hang vị và 1,4% loét tổn thương toàn bộ dạ dày. Những trường hợp tổn thương ở hang vị là tổn thương về phía bờ cong nhỏ, lan lên thân vị và cách tâm vị dưới 6cm nên chúng tôi chỉ định cắt TBDD. Mặc dù có 19 BN nội soi trước mổ là tổn thương ở hang vị, trong và sau mổ lại thấy tổn thương ở thân vị là do tổn thương ở phía góc BCN nên co kéo gập góc, do khi nội soi hình ảnh dễ nhầm ở hang vị, có 4 BN tổn thương ở thân vị trước mổ nhưng sau mổ bờ tổn thương sát tâm vị. So sánh kết quả chẩn đoán vị trí tổn thương trước mổ trên nội soi với sau mổ chúng tôi thấy có mối liên quan khá mật thiết có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sự liên quan tương đồng về chẩn đoán vị trí tổn thương trước và sau mổ này là phụ thuộc vào trình độ, kinh nghiệm và sự thành thạo về thao tác của bác sĩ và kỹ thuật viên nội soi cũng như trang thiết bị nội soi chẩn đoán, còn kết quả sau mổ thì bao giờ cũng chính xác hơn bởi phẫu thuật viên vừa quan sát đánh giá trong mổ và vừa phẫu tích bệnh phẩm để đánh giá và nghiên cứu sau mổ. Kết quả nghiên cứu Nguyễn Cường Thịnh, nghiên cứu trên 208 trường hợp ung thư dạ dày cho thấy, vị trí u ở 1/3 dưới chiếm 21,4%, 1/3 giữa là 54,45%, 1/3 trên là 21,45% và toàn bộ dạ dày là 5,6% [117]. Tỷ lệ tổn thương ở thân vị trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn là bởi vì chúng tôi nghiên cứu trên nhóm người bệnh có tổn thương phải cắt toàn bộ dạ dày.

Kích thước tổn thương UTBMDD trong nhóm nghiên cứu có 2,9% <3cm, 68,6% là từ 3 – 5cm, 28,6% >5cm. Kích thước tổn thương trung bình là $4,74 \pm 1,56$ cm, nhỏ nhất là 2cm và lớn nhất là 9cm. Kết quả kích thước tổn thương của chúng tôi có nhỏ hơn so với các nghiên cứu như Nguyễn Quang Bộ, cho thấy kích thước u dạ dày trong phẫu thuật <5cm chiếm 22,6%, ≥ 5 cm là 77,4% và kích thước trung bình $5,38 \pm 1,88$; không có u nào dưới 1cm [82]. Vũ Hải, khối u <5cm chiếm tỷ lệ 23,6%, khối u ≥ 5 cm là 76,6%, nhưng kích thước tổn thương trung bình cũng gần tương tự với các nghiên cứu của các tác giả [97]. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật đều ở giai đoạn muộn. Kích thước

tổn thương là một yếu tố quan trọng để tiên lượng bệnh. Theo Wang HM tỉ lệ sống 5 năm sau mổ của nhóm u trên 4,8cm là 32,9% thấp hơn nhóm kích thước u dưới 4,8cm là 63,7% [135]. Theo Lu J nghiên cứu về kích thước khối u, xem như là một thông số để tiên lượng [136]. Takeno A, cho biết nguy cơ tái phát sau mổ 2,75 lần đối với u có kích thước $\geq 5\text{cm}$ so với $u < 5\text{cm}$ [137].

Khoảng cách từ bờ trên tổn thương UTBMDD đến tâm vị trung bình là $2,98 \pm 0,85\text{cm}$, trong đó 97,7% dưới 4,5cm. Không có trường hợp nào có khoảng cách này trên 6cm. Tác giả Trần Hữu Vinh, nghiên cứu trên 55 BN phẫu thuật cắt TBDD, 94,5% BN có khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến tâm vị $\leq 6\text{cm}$ [99]. Xác định khoảng cách từ bờ trên tổn thương dạ dày đến tâm vị là rất quan trọng trong phẫu thuật, giúp phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp cắt đoạn dạ dày hay cắt toàn bộ dạ dày. Để xác định đúng chúng ta phải đánh dấu mốc bờ trên tổn thương và tâm vị đúng, cụ thể, rõ ràng, sau đó dùng thước đo qua PTNS để xác định. Mặc dù đây là một thông số rất quan trọng trong xác định phương thức cắt toàn bộ dạ dày hay cắt đoạn nhưng chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về khoảng cách này mà chủ yếu nghiên cứu khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến diện cắt. Vấn đề đặt ra ở đây là chúng ta nên có một chỉ số sớm trong phẫu thuật để quyết định phương thức phẫu thuật theo đúng quy trình thì sẽ thuận lợi hơn và thời gian phẫu thuật sẽ ngắn hơn. Để xác định được khoảng cách này thì phải xác định đúng tâm vị và bờ trên tổn thương từ đó tiến hành đo khoảng cách này sẽ dễ dàng hơn và quyết định phương thức phẫu thuật ngay từ bước thăm dò (Bước 1). Dựa theo các nghiên cứu về khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến diện cắt trên, để đảm bảo nguyên tắc triệt căn ung thư thì lựa chọn phương thức phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày khi khoảng cách này $< 6\text{cm}$ hoặc $\geq 6\text{cm}$ về phía bờ cong lớn dạ dày, di căn hạch 4sa, 4sb [69],[71],[99].

Nghiên cứu về khoảng cách từ bờ trên tổn thương UTBMDD đến diện cắt trên, khoảng cách trung bình là $4,9 \pm 0,9\text{cm}$, ngắn nhất là 2cm và dài nhất là 7cm, trong đó 92,8% trường hợp là từ 3cm đến 6cm. Có 02 (2,9%) trường

hợp dưới 3cm. Khoảng cách từ bờ trên tổn thương dạ dày đến diện cắt trên rất quan trọng trong cắt TBDD, vừa quyết định tính triệt căn và vừa quyết định phương pháp làm miệng nối, bằng máy cắt nối tròn (circular stapler) hay máy cắt nối thẳng (linear stapler). Khoảng cách này càng ngắn thì làm miệng nối bằng máy cắt nối tròn sẽ thuận lợi hơn do nó tiết kiệm được khoảng cách cắt thực quản và miệng nối sẽ đỡ treo lên cao hơn so với làm miệng nối bằng máy cắt nối thẳng. Ngược lại, nếu khoảng cách này dài hơn 2cm thì cắt nối thực quản hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng sẽ thuận lợi hơn, phẫu trường rộng rãi hơn, thao tác dễ dàng hơn, nhanh hơn, sử dụng máy cắt nối ít hơn, kinh phí rẻ hơn nhờ đó mà rút ngắn được thời gian phẫu thuật, giảm được chi phí điều trị và áp dụng được cho những bệnh nhân thể trạng yếu, lớn tuổi ... cần thời gian phẫu thuật, gây mê ngắn. Nghiên cứu của Võ Duy Long [22], khoảng cách này trong cắt TBDD trung bình là $4,3 \pm 1,4$ cm, ngắn nhất là 1 cm, dài nhất là 6 cm; tất cả các trường hợp nghiên cứu đều không còn tế bào ác tính ở bờ mặt cắt trên và dưới. Lê Minh Sơn, phần dạ dày cắt bỏ ở phía trên phải lấy xa bờ khối u ít nhất 6-8cm, những khối u ở vùng thân vị và tâm-phình vị thì nên cắt TBDD [113]. Khoảng cách từ bờ trên của thương tổn đến bờ mặt cắt trên đóng vai trò quan trọng trong PTNS cắt dạ dày. Để phòng ngừa tái phát tại miệng nối, các khuyến cáo mới nhất của Hiệp hội Ung thư dạ dày của Nhật Bản và Mỹ đều cho rằng khoảng cách này ít nhất là 5 cm [77].

4.1.5. Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh UTBMDD

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ UTBM tuyến ống là 80%, UTBM tế bào nhẵn 15,7% và UTBM tuyến nhày 4,3%. Có 58,6% UTBM dạ dày có độ biệt hóa kém, 37,1% biệt hóa vừa và 4,3% có độ biệt hóa cao. Theo tác giả Vũ Quang Toàn, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (75,7%), trong đó ung thư biểu mô tuyến biệt hoá cao (4,6%), biệt hoá vừa (32,3%) và biệt hoá thấp 38,8%; tiếp theo là ung thư biểu mô tế bào nhẵn (24,3%) [118]. Lê Văn Thành, cho biết ung thư biểu mô tuyến chiếm 62,9%, trong đó ung thư biểu mô tuyến biệt hoá cao chiếm 4,7%, biệt hoá vừa 23,3%, biệt hoá kém

34,9%; ung thư biểu mô tế bào nhân chiếm 23,3%, ung thư biểu mô tuyến nhầy chiếm 14% [138]. Theo Hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản, ung thư biểu mô tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là ung thư biểu mô tuyến vảy, ung thư biểu mô kém biệt hoá, ung thư biểu mô tế bào nhân và ung thư biểu mô tuyến nhầy [27]. Như vậy, kết quả nghiên cứu về mô bệnh học của chúng tôi cũng nằm trong tỷ lệ nghiên cứu chung (giới hạn thấp và giới hạn cao) của các tác giả trong nước và trên thế giới.

Mức độ xâm lấn u trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ở giai đoạn T1, T2, T3, T4a lần lượt là 8,6%, 18,6%, 64,3% và 8,6%. Không có trường hợp nào T0, Tis, T4b. Tỷ lệ mức xâm lấn ở T2 và T3 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Cường Thịnh, tỷ lệ T4 chiếm 57,2%, T3 chiếm 24%, T2 chiếm 9,6%, T1 chiếm 6,7% và không xác định được độ xâm lấn của khối u là 2,4% [117]. Lê Văn Thành, T4a chiếm 51,2%, T4b chiếm 30,2%, T3 chiếm 4,7%, T2 chiếm 9,3% và T1 chiếm 4,7% [138]. Li Z và cộng sự (2018) [96], ghi nhận 30,5% T2, 41,9% T3, 27,6% T4a.

Bảng 4.1: Mức độ xâm lấn u (T) của các tác giả

Tác giả	Năm	Mức độ xâm lấn T (%)			
		T1	T2	T3	T4a
Pourhoseingholi MA [127]	2009	3,2	12,3	45,9	38,6
Vũ Hải [97]	2009	6,6	13,3	25,2	34,9
Đỗ Trọng Quyết [107]	2010	0	15,3	39,0	45,7
Sakcak I [90]	2011	7,5	12,5	62,5	17,5
Nguyễn Quang Bộ [82]	2017	0	24,5	45,3	30,2
Võ Duy Long [22]	2017	3,6	2,7	28,6	65,2
Li Z [96]	2019	0	30,5	41,9	27,6
Nghiên cứu chúng tôi	2021	8,6	18,6	64,3	8,6

So với các tác giả trong và ngoài nước, mức độ xâm lấn của khối u còn khác nhau giữa các nghiên cứu, sự khác nhau này có lẽ do chọn mẫu,

cỡ mẫu, vị trí u, thời điểm nghiên cứu ... nhưng kết quả xâm lấn u ở giai đoạn T4 của chúng tôi thấp hơn đa số các tác giả trong và ngoài nước.

Đặc điểm chặng hạch, trong nhóm nghiên cứu có 51,4% bệnh nhân chưa di căn hạch (N0), 14,3% di căn hạch chặng N1, 17,1% chặng N2 và 17,1% chặng N3. Tỷ lệ di căn các chặng hạch của chúng tôi thấp hơn các tác giả Nguyễn Cường Thịnh [117], mức độ di căn hạch vùng N3 chiếm 36%, N2 chiếm 35,1%, N4 chiếm 22,6%, N1 chiếm 3,9% và N0 chiếm 2,4%. Lê Văn Thành [138], mức độ di căn hạch vùng: N3 chiếm 25,6%, N2 chiếm 14%, N1 chiếm 27,9% và N0 chiếm 32,6%. Đỗ Trọng Quyết, kết quả di căn hạch chặng N1 chiếm 46,7%, N2 chiếm 28,6% [107]. Như vậy, tỷ lệ di căn hạch vùng của chúng tôi khác với các nghiên cứu trong nước có thể do khác nhau về cỡ mẫu, chọn bệnh và giai đoạn bệnh. Một số nghiên cứu ngoài nước cũng cho thấy tỷ lệ di căn hạch chiếm hơn 50%, Bruno ZinberStein với N1: 31%, N2: 17%, N3: 8% [130], Jung JJ [129], N1: 10%, N2: 50%, N3: 10%, Wang CS nghiên cứu trên 1322 BN cho kết quả N1: 30,94%, N2: 19,44%, N3: 11,72% [139]. Kết quả tỷ lệ di căn hạch vùng của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu ngoài nước có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn và chia giai đoạn bệnh sớm hơn. Với kết quả mức độ xâm lấn u và chặng hạch này chứng tỏ người bệnh UTDD trong nhóm nghiên cứu chúng tôi đến bệnh viện sớm hơn, điều này có lẽ là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trong giai đoạn nền kinh tế nước ta phát triển lên tầm cao mới, đời sống xã hội được nâng cao nên nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người bệnh cũng cao hơn và chất lượng chăm sóc sức khỏe cũng tốt hơn.

Nghiên cứu về tỷ lệ di căn các nhóm hạch, chúng tôi ghi nhận các nhóm hạch có tỷ lệ di căn cao trong UTBMDD có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày là các nhóm nằm xung quanh 1/2 trên của dạ dày gồm nhóm 1 (42,9%), nhóm 2 (12,9%), nhóm 3 (42,9%), nhóm 4 (28,6%), nhóm 7 (20%), và nhóm 8 (12,9%). Các nhóm có tỷ lệ di căn thấp hơn là các nhóm ở xung quanh 1/2

dưới dạ dày gồm nhóm 5 (4,3%), nhóm 6 (4,3%), nhóm 9 (4,3%) và nhóm 11 (1,4%). Không thấy di căn hạch nhóm 10 và nhóm 12.

Hạch bạch huyết là con đường di căn chính của UTDD và di căn hạch là yếu tố quan trọng để tiên lượng bệnh. Vì vậy, phẫu thuật UTBMDD không chỉ để là phẫu thuật cắt u, mà vấn đề quan trọng là phải nạo vét hạch.

Năm 1951 Mac Neer là người đầu tiên đề cập đến vấn đề nạo vét hạch trong phẫu thuật UTDD. Đến nay, nạo vét hạch đã trở thành vấn đề cơ bản trong phẫu thuật UTDD và là một yếu tố quan trọng để quyết định kết quả phẫu thuật. Moynihan (1908) đã nói: “Phẫu thuật điều trị ung thư không phải là phẫu thuật cơ quan, mà là phẫu thuật hệ bạch huyết” [140]. Đặng Văn Thời, nghiên cứu 50 bệnh nhân UTDD được phẫu thuật vét hạch có tỷ lệ di căn hạch là 84,57% và các nhóm hạch vét được có tỷ lệ cao là các nhóm 4,6,3,5 [105]. Đã hơn hai thập kỷ, bằng các nghiên cứu lâm sàng với một lượng mẫu đủ lớn và tin cậy, các tác giả Nhật Bản [141],[142] đã chứng minh được di căn hạch là yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTDD, qua đó khẳng định lợi ích của việc nạo vét hạch là giúp kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh. Tỷ lệ sống thêm 5 năm sau phẫu thuật vét hạch D2 là 50% so với vét hạch D1 là 30%.

Theo nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [43], các nhóm hạch thường bị di căn là 3,4,6 và tỷ lệ di căn hạch là 80%. Hoàng Mạnh An [143], tỷ lệ di căn hạch là 44,2%; Vũ Hải [97] là 69,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Bộ [82], tỷ lệ di căn hạch là 58,8%; các nhóm hạch có tỷ lệ di căn cao trên 80% là nhóm 3, 4, 5, 6. Các nhóm hạch có tỷ lệ di căn thấp hơn là nhóm 1, 7, 8, 9 tỷ lệ tương ứng là 16,9%; 47,4%; 26,3%; 20,7%. Tỷ lệ các nhóm hạch di căn và tỷ lệ hạch di căn còn khác nhau giữa các nghiên cứu trong nước cũng như ngoài nước, lý giải vấn đề này còn phụ thuộc vào cỡ mẫu, vị trí ung thư mà đề tài nghiên cứu, thời điểm nghiên cứu ...

Các nhà phẫu thuật Âu, Mỹ [144],[145] không thống nhất với quan điểm vét hạch mở rộng D2, D3 vì cho rằng sẽ làm tăng tỷ lệ tai biến, biến chứng, tử vong phẫu thuật và không giúp kéo dài thời gian sống thêm. Đây là một quan điểm không phải là không có cơ sở, bởi lẽ việc nạo vét hạch trong phẫu thuật UTDD là một thì khó khăn. Đối với các hạch nằm cạnh dạ dày thì việc bóc tách không mấy khó khăn, nhưng với các hạch nằm xa dạ dày và cạnh các mạch máu lớn, các hạch nằm sau tụy ... thì sẽ rất khó khăn trong quá trình vét. Hơn nữa, đặc điểm người châu Âu, Mỹ thường to, béo, ổ bụng nhiều mỡ nên việc nạo vét hạch khó khăn hơn và nguy cơ tai biến cao hơn so với người châu Á. Chúng tôi nhận thấy rằng, để có thể vét hạch một cách triệt để và có hiệu quả, giúp đem lại một kết quả tốt sau phẫu thuật UTDD còn phụ thuộc vào trình độ, kinh nghiệm và thành thạo kỹ thuật của phẫu thuật viên thì việc nạo vét hạch mới có thể mang lại hiệu quả như mong muốn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ung thư biểu mô dạ dày ở giai đoạn I là 21,4%, giai đoạn II là 45,7% và giai đoạn III là 32,8%. Trong đó, 5 trường hợp giai đoạn Ia đều có kích thước tổn thương trên 3 cm, nằm ở thân vị về phía bờ cong nhỏ, gần sát tâm vị và là UTBMDD kém biệt hóa nên chúng tôi chỉ định cắt TBDD vét hạch D2.

Bảng 4.2: Giai đoạn bệnh UTBMDD của các tác giả trong và ngoài nước

Tác giả	Năm	Giai đoạn bệnh theo TNM (%)			
		I	II	III	IV
Trịnh Hồng Sơn [43]	2001	4,6	9,5	61,4	24,5
Sakcak I [90]	2011	14,6	19,8	65,7	0
Nguyễn Quang Bộ [82]	2017	22,6	45,2	32,2	0
Võ Duy Long [22]	2017	6,3	49,1	44,6	0
Li Z [96]	2018	15,3	40,3	44,4	0
Nghiên cứu chúng tôi	2021	21,4	45,7	32,8	0

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quang Bộ nhưng còn khác với kết quả của các tác giả khác trong và ngoài nước. Với kết quả này cho thấy người bệnh đến với chúng tôi sớm hơn so với các tác giả khác, điều này có thể lý giải do khác nhau về thời điểm nghiên cứu, cỡ mẫu và đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu đều cho kết quả giai đoạn bệnh chủ yếu là từ giai đoạn II đến giai đoạn III. Điều này gây khó khăn cho phẫu thuật, ảnh hưởng tới kết quả tiên lượng sau phẫu thuật càng kém, thời gian sống sau điều trị càng giảm. Ở các nước phát triển thì tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện sớm hơn nên tỷ lệ sống sau mổ cũng cao hơn.

4.1.6. Ứng dụng kỹ thuật PTNS cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2

100% người bệnh nằm ngửa, hai tay dạng 30° - 45° , PTV đứng bên trái, phụ camera đứng giữa 2 chân, phụ phẫu thuật đứng bên phải người bệnh, dụng cụ viên đứng bên phải PTV và gây mê nội khí quản.

100% trường hợp đặt 05 trocar theo vị trí và kích thước như sau: 01 trocar 10mm đầu tiên đặt ngay dưới rốn: dành cho ống soi 10 mm, nghiêng 30° , 01 trocar 12mm đặt trên đường nách trước bên trái ngang rốn, dùng để thao tác và dùng cho máy cắt nối. 01 trocar 5mm đặt ở hạ sườn trái để sử dụng dao siêu âm và dao điện để phẫu tích. 02 trocar 5 mm còn lại đặt trên đường nách trước bên phải ngang rốn và hạ sườn phải để phụ một hỗ trợ.

Về vị trí PTV và số lượng cũng như vị trí trocar có khác nhau giữa các nghiên cứu, đa số tác giả thì PTV đứng giữa 2 chân như Hồ Chí Thanh (2008) [146], Lê Mạnh Hà (2007) [89], Trịnh Hồng Sơn (2001) [43], Sakcak I (2011) [90], Đỗ Văn Tráng (2012) ... Còn tác giả Võ Duy Long (2017) [22], thì bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng 45° nghiêng phải 15° , PTV đứng bên phải, phụ một ở bên trái và phụ camera đứng giữa hai chân và tiến hành đặt 05 trocar theo thứ tự sau : 01 trocar 10 mm ở rốn để đặt kính soi, 01 trocar 12 mm bờ

ngoài cơ thẳng bụng phải ngang qua rốn để phẫu tích và đặt máy cắt nối ruột. 01 trocar 5 mm dưới sườn phải để cầm nắm. Trường hợp thực hiện miệng nối tay ngoài cơ thể thì thêm trocar dưới sườn trái là 5 mm, còn trong trường hợp thực hiện miệng nối hoàn toàn trong cơ thể thì thêm trocar 12mm dưới sườn trái để đặt máy cắt nối và trocar 5 mm cuối cùng ở hông trái. Tác giả Nguyễn Quang Bộ (2017) [82], thì bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng 30^0 đầu cao 20^0 , PTV đứng giữa 2 chân và tiến hành đặt 04 trocar theo thứ tự và kích thước như sau: trocar đầu tiên cạnh rốn (10mm): dành cho ống soi 10 mm, nghiêng 30^0 . Trocar thứ 2 (10 mm) dùng để thao tác. Vị trí của trocar này đặt trên đường nách trước bên trái ngang rốn. Trocar thứ 3 (5 mm) để thao tác hỗ trợ. Vị trí của trocar này đặt trên đường nách trước bên phải ngang rốn. Trocar thứ 4 (5 mm) để hỗ trợ. Vị trí trocar này thường đặt trên đường nách trước bên trái dưới bờ sườn. Tác giả Strong VE [81] cũng sử dụng 5 trocar để PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 với PTV đứng bên phải của BN. Có 1 trocar 11mm đặt dưới rốn cho camera, 1 trocar 12mm đường trắng bên phải trên rốn, 1 trocar 5mm đường trắng bên trái trên rốn, 2 trocar 5mm dưới bờ sườn hai bên. Như vậy, các tác giả đều thống nhất về tư thế bệnh nhân nằm ngửa nhưng khác nhau giữa các nghiên cứu về độ dạng chân và độ nghiêng. Về vị trí PTV, số lượng trocar và kích thước trocar còn khác nhau giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt này tùy theo cơ sở đào tạo, PTV, trang thiết bị ... nhưng nhìn chung kết quả của các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước đều có tỷ lệ thành công từ 90%-100% [18],[22], [113],[146].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thành công của PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 theo quy trình 10 bước là 100%. Không có trường nào phải chuyển mổ mở do tai biến và do kỹ thuật, không có tử vong trong mổ và trong thời gian điều trị sau mổ. 100% bệnh nhân được phẫu thuật nối lưu thông ống tiêu hóa theo phương pháp Roux-en-Y, làm miệng nối thực

quản hồng tràng tận - tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler) hoàn toàn trong ổ bụng. Tác giả Ebihara Y và cộng sự lập lại lưu thông tiêu hóa với miệng nối thực quản hồng tràng tận - tận theo kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng 45mm cho 65 BN, kết quả có 01 (1,5%) trường hợp rò miệng nối chân chữ Y, 03 (4,6%) trường hợp hẹp miệng thực quản hồng tràng và có 03 (4,6%) trường hợp có biến chứng liên quan đến miệng nối thực quản hồng tràng như khi làm miệng nối bằng máy cắt nối thẳng thì cặp vào thông dạ dày, nối ngược quai [18].

Về quy trình kỹ thuật phẫu thuật theo trình tự cơ bản giống nhau giữa các nghiên cứu trong và ngoài nước, chỉ khác nhau là các tác giả phân chia bước gộp hay không mà thôi. Tác giả Võ Duy Long [18], phân thành 7 bước nhưng các bước sau tác giả đã gộp lại với nhau thành một bước. Quy trình phẫu thuật của chúng tôi cũng tương tự như tác giả Đỗ Văn Tráng [112], thực hiện theo 10 bước nhưng chúng tôi có cải tiến thêm để phù hợp hơn như: (1) PTV đứng bên trái, phụ camera đứng giữa 2 chân, phụ PTV đứng bên phải. (2) Tiến hành cắt dạ dày và làm miệng nối trước khi cắt đóng tá tràng. (3) Làm miệng nối thực quản hồng tràng tận – tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng.

Với những cải tiến này chúng tôi nhận thấy có các ưu điểm: (1) Tư thế PTV bên trái thuận lợi cho việc nạo vét hạch trong cắt TBDD, như chúng ta biết các góc mạch máu nuôi dưỡng dạ dày chủ yếu nằm từ đường giữa cơ thể về bên phải, theo trọng lực u dạ dày thường lệch về bên trái, vùng tâm vị nằm cao và có gan trái phủ lên theo hướng từ bên phải. Vì vậy, PTV đứng bên trái sẽ thuận lợi hơn trong nạo vét hạch cũng như thực hiện cắt nối thực quản hồng tràng và tá tràng. (2) Cắt, đóng mồm tá tràng sau cùng sẽ thuận lợi cho việc nạo vét hạch quanh tá tràng trong PTNS do nâng được tá tràng và các động mạch quanh tá tràng lên nên dễ bộc lộ để nạo vét hạch hơn. Đồng thời

cắt, đóng mồm tá tràng sau cùng sẽ tạo thuận lợi cho việc cắt và làm miệng nối thực quản hồng tràng tận - tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng do có điểm cố định ở 2 đầu dạ dày là tá tràng và thực quản. (3) Làm miệng nối thực quản hồng tràng tận – tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng thao tác dễ dàng hơn, sử dụng ít máy cắt nối hơn nhờ đó làm giảm được thời gian phẫu thuật, giảm thời gian gây mê hồi sức, giảm được số lượng máy cắt nối (giảm 2 stapler, đó là 1 cái cắt ngang thực quản và 1 cái cắt ngang hồng tràng), làm giảm chi phí điều trị cho người bệnh. Ngược lại cũng có nhược điểm là khi tiến hành nạo vét hạch nhóm 11d và nhóm 10 ở rốn lách có khó khăn hơn, nhưng nếu PTV thành thạo kỹ thuật và có kinh nghiệm thì việc nạo vét hạch 2 nhóm này sẽ đỡ khó khăn hơn. Theo hướng dẫn điều trị UTBMDD 2018 của JGCA [77], thì không thấy di căn hạch nhóm 10 khi nghiên cứu hơn 1101 BN PTNS cắt dạ dày nạo vét hạch D2. Vì vậy, không khuyến cáo nạo vét hạch nhóm 10 trong nạo vét hạch D2. Lách nên được bảo tồn với những khối u không liên quan đến bờ cong lớn [77].

Thực hiện theo quy trình phẫu thuật chúng thấy hầu hết kỹ thuật PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 là thuận lợi. Có 07 (10%) trường hợp có khó khăn trong quy trình phẫu thuật, đó là 01 (1,4%) trường hợp khó khăn trong thăm dò đánh giá thương tổn (Bước 1) là do mạc nối lớn dính vào thành bụng và gan ở tầng trên ổ bụng sau phẫu thuật chấn thương bụng vỡ ruột non cũ. Tiến hành gỡ dính mạc nối lớn ra khỏi thành bụng và gan sau đó tiến hành các bước phẫu thuật đều thuận lợi. 02 (2,9%) trường hợp có u kích thước lớn, di động, nằm về ở giữa phía bờ cong nhỏ nên gây khó khăn khi phẫu tích nạo vét hạch nhóm 12a (Bước 4) bị vướng dụng cụ do u đội lên, vét hạch nhóm 7,8a, 9,11p (bước 5) do u lớn, nặng nên khó khăn khi nâng lên để vét hạch và khi nối thực quản hồng tràng (bước 8) do u lớn choáng chỗ gây khó khăn khi

đặt máy nối hồng tràng vào thực quản và khi cắt ngang thực quản hồng tràng đóng kín miệng nối. Chúng tôi đã tiến hành phẫu tích để di động dạ dày và u về bên trái, qua đó chúng tôi phẫu tích vét hạch ở bước 4, nâng dạ dày lên về phía trên gan để vét hạch ở bước 5 và di động ngược lại dạ dày về bên phải để thực hiện nối tiêu hóa ở bước 8 được thuận lợi hơn. 01 (1,4%) có vị trí u nằm cao ngay sát tâm vị nhưng chưa xâm lấn thực quản, gây khó khăn trong quá trình nối thực quản hồng tràng (Bước 8), chúng tôi tiến hành phẫu tích di động thực quản lên cao trên khe cơ hoành để kéo dài thực quản đoạn bụng, từ đó chúng tôi nối nối thực quản hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng dễ dàng hơn. 02 (2,9%) trường hợp ổ bụng hơi hẹp do thể trạng bệnh nhân nhỏ, gầy yếu (BMI = 14,7 và 16,5) và có 01 (1,4%) trường hợp là BN nữ, mỡ trong ổ bụng nhiều hơi khó khăn trong quá trình thao tác từ bước 2 đến bước 9 nhưng không có tai biến trong mổ. PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 là một kỹ thuật mổ lớn, kỹ thuật khó và là kỹ thuật cao. Vấn đề thuận lợi hay khó khăn còn phụ thuộc vào trình độ, kỹ thuật phẫu thuật thành thạo và kinh nghiệm của PTV, do đó PTV phải có đường cong đào tạo (learning curve) đủ chuẩn. Ngoài ra, còn phụ thuộc vào phụ PTV, dụng cụ viên, cơ sở vật chất, máy móc, trang thiết bị có đầy đủ theo yêu cầu kỹ thuật hay không.

Một số chú ý về kỹ thuật PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2:

Để thực hiện các thao tác phẫu thuật dễ dàng, chúng tôi luôn sử dụng 05 trocar để phẫu thuật. Đỗ Văn Tráng [147], có 19% các trường hợp sử dụng năm trocar, còn lại tác giả sử dụng bốn trocar. Tuy nhiên, tác giả kết luận là nên dùng năm trocar để dễ dàng thao tác phẫu thuật hơn. Chen QY [84] và Lin JX và cộng sự [148] cũng sử dụng năm trocar để phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy việc sử dụng bao nhiêu trocar trong phẫu thuật cắt dạ dày là không quan trọng, mà quan trọng là đặt số lượng và vị trí cũng như kích thước trocar thích hợp thì phẫu thuật sẽ dễ dàng hơn.

Theo đặc điểm giải phẫu thì gan trái che phủ mặt trước 1/2 trên dạ dày nên trong quá trình phẫu thuật gan trái sẽ che khuất tầm nhìn của PTV. Vì vậy, đã có nhiều tác giả nghiên cứu về vấn đề vén gan này và đã đưa ra các kỹ thuật cũng như phương tiện để vén gan như dùng bộ dụng cụ bằng kim loại để vén thông qua lỗ ở thành bụng ngay dưới mũi ức. Võ Duy Long sử dụng bộ vén gan tự chế bằng penrose để vén gan và khâu xuyên ra ngoài thành bụng để treo gan, trong trường hợp thùy gan trái to, việc vén này có thể làm thiếu máu thùy gan trái, vì vậy cần phải nối penrose mỗi 30 phút để tránh thùy trái gan thiếu máu kéo dài [22]. Nghiên cứu chúng tôi tiến hành dùng chỉ vicryl 1.0 để khâu treo gan lên cơ hoành 2 bên, trước tiên chúng tôi bộc lộ trụ hoành phải và xuyên lỗ qua dây chằng liềm trên gan để luôn chỉ từ bên trái qua phải. Khâu vào đỉnh vòm cơ hoành bên phải rồi luôn chỉ trở lại sang bên trái, tiếp tục khâu vòng qua trụ hoành phải ở dưới rồi tiến lên khâu vào đỉnh vòm cơ hoành trái. Chú ý, không khâu qua cơ hoành vào màng phổi gây tràn khí mang phổi. Sau đó, người phụ nâng gan trái lên, tay phải nắm đầu chỉ từ vòm hoành trái kéo sang phải, còn PTV nắm đầu chỉ từ vòm hoành phải kéo căng sang trái tạo thành hình tam giác ngay mặt dưới gan trái, khi hai đầu chỉ kéo lại song song và sát nhau thì dùng clip để khóa chặt 2 đầu chỉ lại với nhau. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy thao tác khâu vén gan dễ dàng và không thấy có tai biến hay biến chứng trong phẫu thuật do khâu vén gan.

Theo tác giả Chen [108],[149] nạo vét các nhóm hạch 7, 8a, 9, 11p, 12a thường khó thực hiện trong PTNS cắt dạ dày, còn chúng tôi nhận thấy nạo vét hạch các nhóm này không khó khi đã thành thạo kỹ thuật và có kinh nghiệm trong nạo vét hạch bằng PTNS. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy nạo vét nhóm hạch 10, 11d, 12a là khó khăn nhất, để nạo vét hạch nhóm 10 và 11d thuận lợi thì sau khi cắt mạc nối lớn đến vùng lách, nhất là ở bệnh nhân nhiều mỡ, mạc nối lớn và đại tràng ngang thường che khuất vùng này nên khó bộc lộ phẫu

trường. Hơn nữa, vị trí này gần rốn lách và rất dễ tổn thương lách nếu kéo căng mạc nối vị tỳ. Vì vậy, cần phải vén toàn bộ mạc nối lớn lên trên dạ dày và PTV phụ kéo dạ dày về bên phải và nâng lên, tay còn lại cầm vào mạc nối nâng lên đồng thời PTV cầm đại tràng ngang gần góc lách kéo nhẹ xuống dưới để bộc lộ phẫu trường vùng đuôi tụy. Chúng ta cắt dây chằng mạc nối – lách trước để tránh rách cực dưới lách khi căng mạnh. Một số trường hợp, chúng ta thắt thân chung ĐM cực dưới lách và ĐM vị mạc nối trái thì cực dưới lách sẽ thiếu máu nuôi. Tuy nhiên, tình trạng này không ảnh hưởng đến toàn bộ lách và toàn trạng của bệnh nhân.

Theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản [76], chúng ta chỉ nạo nhóm 12a dọc theo ĐM gan riêng trong nạo vét hạch D2. Để nạo vét hạch nhóm này PTV phụ hỗ trợ nâng gan cao lên để bộc lộ sâu vùng rốn gan, PTV phẫu tích theo bờ mạc nối nhỏ ở vòm chân hoành về phía rốn gan và lột hết hạch và mô mỡ rốn gan từ trên gan xuống đến môn vị, khi đến động mạch vị phải thì phụ phẫu thuật viên cầm vào động mạch vị phải để nâng lên. Phải lưu ý tránh tổn thương các thành phần rốn gan. Khi nạo vét hạch dọc TM cửa phải lưu ý trường hợp TM vị trái đổ vào ngay phía trên bờ tụy. Theo một số nghiên cứu thì tỉ lệ di căn hạch nhóm 12b, 12p từ 3,1 – 9,2% [150],[151]. Vì vậy, khi nạo vét hạch nhóm 12a thì các hạch 12b, 12p và mô mỡ quanh vùng này thường dính với nhau nên chúng ta nạo vét luôn cả ba nhóm hạch này.

Kỹ thuật làm miệng nối thực quản hồng tràng ngoài cơ thể thường khó hơn khi thực hiện hoàn toàn trong cơ thể bằng PTNS. Có nhiều cách để làm miệng nối như sau: (1) Nối thực quản hồng tràng tận – bên bằng máy khâu nối tròn kiểu Orvil thực hiện qua đường mổ nhỏ giữa trên rốn hay qua PTNS, kích thước phù hợp là 25mm, để tránh hẹp cũng như không vừa khẩu kính ruột thực quản. Cách này thường khó thực hiện. (2) Nối thực quản hồng tràng tận - bên bằng khâu tay qua đường mổ nhỏ giữa trên rốn hay bờ ngoài cơ

thẳng bụng trái. Cách này cũng khó khăn do thực quản nằm sâu và thùy gan trái che khuất nên thường rất khó kéo thực quản ra ngoài. (3) Nối thực quản hồng tràng bên – bên kiểu Overlap bằng máy cắt nối thẳng thực hiện hoàn toàn qua PTNS trong ổ bụng. Cách nối này nhiều thao tác và sử dụng số lượng máy cắt nối thẳng nhiều hơn nên chi phí cao hơn. (4) Nối thực quản hồng tràng tận - tận kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng thực hiện hoàn toàn qua PTNS. Cách nối này cũng nhiều thao tác và sử dụng số lượng máy cắt nối thẳng nhiều hơn nên chi phí cao hơn (5) Nối thực quản hồng tràng tận – tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng thực hiện hoàn toàn qua PTNS trong ổ bụng. Cách nối này ít thao tác hơn và sử dụng số lượng máy cắt nối thẳng ít hơn nên chi phí thấp hơn. Qua nghiên cứu 70 trường hợp, chúng tôi ghi nhận kỹ thuật nối thực quản hồng tràng tận – tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng thực hiện hoàn toàn qua PTNS trong ổ bụng là kỹ thuật thao tác dễ dàng nhất, nhanh nhất và sử dụng ít máy cắt nối thẳng nhất nên làm giảm được thời gian phẫu thuật cũng như thời gian gây mê hồi sức và làm giảm được kinh phí điều trị cho người bệnh.

4.1.7. So sánh một số yếu tố với đặc điểm LS, CLS và kỹ thuật PTNS

Nghiên cứu về thời gian đau bụng với một số đặc điểm tổn thương, chúng tôi thấy như sau: Thời gian đau bụng ở nhóm có chặng N0 ngắn hơn chặng N+ nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Như vậy, không có sự khác biệt về thời gian đau bụng với đặc điểm tổn thương mô bệnh học và chặng hạch trong nhóm nghiên cứu.

Nghiên cứu mô bệnh học với một số đặc điểm tổn thương: Không có mối liên quan giữa các típ UTBM với vị trí tổn thương UTBMDD ($p>0,05$). Không có mối liên quan về tỷ lệ giữa các típ mô bệnh học với đặc điểm hình thái tổn thương đại thể UTBMDD ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu không có

mối liên quan có ý nghĩa thống kê về type mô bệnh học với vị trí tổn thương và đặc điểm hình thái tổn thương đại thể.

So sánh kết quả chẩn đoán trước với sau mổ, chúng tôi thấy như sau: Có mối liên quan tương đồng về kết quả chẩn đoán mức độ xâm lấn u trên hình ảnh chụp CLVT (cT) với giải phẫu bệnh sau mổ (pT) ($P < 0,05$). Mối liên quan tương đồng về kết quả chẩn đoán chặng hạch trước mổ trên CLVT (cN) với chặng hạch sau mổ (pN) ($P < 0,05$). Mối liên quan tương đồng về kết quả chẩn đoán giai đoạn bệnh trước mổ với kết quả chẩn đoán giai đoạn bệnh sau mổ ($P < 0,05$). Mối liên quan tương đồng về kết quả chẩn đoán vị trí UTBMDD trước với sau mổ ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng về kết quả chẩn đoán mức độ xâm lấn (T), chặng hạch di căn (N), giai đoạn bệnh (TNM) và vị trí tổn thương UTBMDD trước với sau mổ ($p < 0,05$). Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, để có kết quả chẩn đoán trước mổ tương đồng với kết quả chẩn đoán sau mổ thì còn phụ thuộc vào trình độ chuyên môn, kinh nghiệm của bác sĩ đọc phim, kỹ thuật chụp CLVT và trang thiết bị máy móc [10],[82],[105]. Độ chính xác của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T là 74% (trong đó T1 46%, T2 53%, T3 86%, T4 86%) và chẩn đoán chặng hạch N là 75% (trong đó N0 76%, N1 69%, N2 80%) [59]. Tỷ lệ chính xác UTBMDD giai đoạn sớm của CLVT là 41% [60].

Nghiên cứu một số yếu tố với đặc điểm kỹ thuật, chúng tôi thấy: Thời gian phẫu thuật ở nhóm có các khó khăn trong quy trình phẫu thuật dài hơn so với nhóm không có khó khăn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mặc dù lượng máu mất trong mổ ở nhóm có khó khăn trong quy trình phẫu thuật nhiều hơn so với nhóm không có khó khăn nhưng không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng không thấy sự khác biệt giữa khó khăn trong các bước của quy trình phẫu thuật với tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ ($p > 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với thực tế, khi có khó

khẩn trong các bước phẫu thuật thì PTV phải phẫu tích chậm hơn, tỷ mỹ hơn nên thời gian phẫu thuật sẽ dài hơn. Ngược lại, phẫu tích cẩn thận và tỷ mỹ hơn thì sẽ làm giảm nguy cơ chảy máu cũng như tai biến trong mổ từ đó làm giảm biến chứng sau mổ.

4.2. KẾT QUẢ PTNS CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2

4.2.1. Kết quả PTNS cắt toàn bộ dạ dày nao vết hạch D2

Kết quả phẫu thuật

Số hạch nao vét được trung bình $23,2 \pm 6,7$ hạch, ít nhất là 15 hạch và nhiều nhất là 44 hạch. Số hạch di căn trung bình $2,77 \pm 3,8$ hạch, ít nhất là không di căn hạch nào và di căn nhiều nhất trong nhóm nghiên cứu là 14 hạch. 100% diện cắt trên và diện cắt dưới không còn tế bào ung thư (R0).

Bảng 4.3: Số lượng hạch nao vét được trung bình của các tác giả

Tác giả	Năm	n	Số lượng hạch
Lê Mạnh Hà [89]	2007	54	15,0
Hồ Chí Thanh [146]	2008	98	23,6
Sakcak I [90]	2011	334	23,5
Ebihara Y [18]	2013	65	30,2
Nguyễn Quang Bộ [82]	2017	53	8,3
Võ Duy Long [22]	2017	112	25,1
Nghiên cứu chúng tôi	2021	70	23,6

Như vậy, số hạch nao vét được trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương tự Võ Duy Long, Hồ Chí Thanh, Sakcak I nhưng cao hơn tác giả Lê Mạnh Hà, Nguyễn Quang Bộ, Đặng Văn Thời là $6,22 \pm 3,2$ [105]. Nguyễn Xuân Kiên là $5,26 \pm 5,62$ [152]. Thấp hơn tác giả Lee JH là $55,0 \pm 17,8$ hạch [87]. Kim EY và cộng sự là $38,3 \pm 14,2$ [88].

Lượng máu mất trong mổ là yếu tố để đánh giá tính an toàn và thành công của phẫu thuật, nếu lượng máu mất trong mổ nhiều thì phẫu thuật đó

chưa đảm bảo an toàn và dễ dẫn đến tai biến và biến chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi lượng máu mất trung bình trong mổ là $32,29 \pm 10,09$ ml, ít nhất là 20ml và nhiều nhất là 50ml. Không có trường hợp nào phải truyền máu cấp cứu trong mổ do tai biến chảy máu. Lượng máu mất trong mổ còn khác nhau giữa các nghiên cứu, theo Shinohara T và cộng sự nghiên cứu với 55 BN UTBMDD được PTNS cắt TBDD vét hạch D2 tại Nhật Bản, lượng máu mất trung bình trong mổ là 102ml (20-694ml) [17]. Lee JH và cộng sự thực hiện nghiên cứu tại Hàn Quốc trên 94 BN UTDD, lượng máu mất trong mổ trung bình là 150ml (10-800ml) [20]. Kyogoku N báo cáo 291 trường hợp PTNS cắt TBDD ở bệnh viện Đại học Hokkaido, lượng máu mất trung bình ở nhóm dùng stapler tròn là 100ml và ở nhóm stapler thẳng là 23ml [86].

Bảng 4.4: Lượng máu mất trong PTNS cắt dạ dày của các tác giả

Tên tác giả	Năm	n	Lượng máu mất
Cristiano GS [5]	2005	30	229 ± 144 ml
Triệu Triệu Dương [21]	2008	31	158 ± 121 ml
Strong VE [9]	2009	30	200 ml
Chen QY [84]	2012	224	$82,7 \pm 102,3$ ml
Ebihara Y [18]	2013	65	85,2 ml
Haga N [153]	2013	24	50 ml
Lê Mạnh Hà [73]	2013	54	91,51 ml
Lin JX [148]	2015	2041	75,2 ml
Võ Duy Long [22]	2017	112	$32,9 \pm 21,2$ ml
Nghiên cứu chúng tôi	2021	70	$32,29 \pm 10,09$ ml

Như vậy, kết quả số lượng máu mất trong mổ của chúng tôi tương đương nghiên cứu của tác giả Võ Duy Long [22] nhưng thấp hơn các nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước.

Thời gian phẫu thuật dài hay ngắn còn tùy thuộc vào kinh nghiệm, thành tạo động tác PTNS của phẫu thuật viên, thể trạng bệnh nhân mập hay gầy, cao

hay thấp, mức xâm lấn u, kích thước u và giai đoạn bệnh, tùy thuộc vào tình trạng ổ bụng nhiều hay ít mỡ, tình trạng viêm và tăng sinh mạch xung quanh dạ dày. Ngoài ra, còn phụ thuộc vào trang thiết bị như dàn phẫu thuật nội soi, dao siêu âm, máy cắt nối, ống hút và máy hút, clip ... cũng như phương pháp phẫu thuật cắt đoạn hay cắt toàn bộ dạ dày, các mức độ nạo vét hạch D1, D1+ hay D2 ... Một yếu tố quan trọng góp phần quyết định thời gian phẫu thuật dài hay ngắn là trình độ, kinh nghiệm, thành thạo kỹ thuật (learning curve) và sự đồng bộ nhịp nhàng của các bác sĩ trong ê kíp phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật trung bình $202,2 \pm 28,9$ phút, ngắn nhất 145 phút và dài nhất là 270 phút, 81,4% từ 170 phút đến 240 phút. 03 (4,3%) trường hợp có thời gian mổ dài > 240 phút, đó là 01 trường hợp 250 phút, do BN này có thể trạng nhỏ gầy, BMI $16,5 \text{ kg/m}^2$, ổ bụng hẹp. 01 trường hợp 245 phút là bệnh nhân nữ, mỡ trong ổ bụng nhiều, mặc dù BMI bình thường. 01 trường hợp 270 phút do u kích thước u to, mức độ xâm lấn T4a. Ngoài ra, những trường hợp có tai biến trong mổ và một số yếu tố ngoại cảnh tác động đến như hết CO₂ trung tâm, lỗi máy móc, trang thiết bị ... mặc dù đều được khắc phục tốt trong mổ nội soi nhưng đó là các yếu tố làm cho thời gian phẫu thuật dài hơn những người bệnh khác.

Bảng 4.5: Thời gian mổ của các tác giả PTNS cắt toàn bộ dạ dày

Tên tác giả	n	Thời gian mổ trung bình
Shinohara T (2009) [17]	55	406 phút
Ebihara Y (2013) [18]	65	271,5 phút
Jeong O (2014) [92]	203	284 ± 91 phút
Đỗ Trường Sơn (2015) [23]	23	$235,8 \pm 59,0$ phút
Võ Duy Long (2017) [22]	15	$226 \pm 25,3$ phút
Chang KK (2017) [91]	40	266 phút
Nghiên cứu chúng tôi (2021)	70	$202,2 \pm 28,9$ phút

Như vậy, thời gian PTNS cắt toàn bộ dạ dày của các tác giả trong và ngoài nước đều có dài hơn so với kết quả nghiên cứu chúng tôi từ 24 phút đến hơn 200 phút. Chúng tôi cho rằng đó là do thời điểm của chúng tôi nghiên cứu sau các nghiên cứu trên từ 5 cho đến 12 năm, khi đó khoa học kỹ thuật, cũng như trang thiết bị ngày càng hiện đại, PTV ngày càng thành thạo kỹ năng cũng như kinh nghiệm nên rút ngắn được thời gian phẫu thuật hơn. Chúng tôi đã có đường cong đào tạo (learning curve) với thời gian dài hơn 5 năm, đồng bộ trong ê kíp phẫu thuật trước khi bước vào nghiên cứu, do đó mà các kỹ năng phẫu thuật nội soi đã tốt và đã có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi nên đã góp phần làm giảm thời gian phẫu thuật đáng kể.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian mổ được ghi nhận trong các nghiên cứu là kinh nghiệm cắt dạ dày và nạo hạch khi mổ mở [108],[154], đường cong huấn luyện (learning curve) PTNS cắt dạ dày [155],[156] và sự phối hợp tốt giữa các phẫu thuật viên trong cuộc mổ cũng như việc dùng quen các dụng cụ PTNS [45] sẽ góp phần làm giảm thời gian phẫu thuật. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, thì phẫu tích đúng theo từng lớp giải phẫu và cầm máu kỹ ở các bước phẫu thuật cùng với sự phối hợp nhuần nhuyễn giữa phẫu thuật viên, phụ phẫu thuật viên, phụ camera, dụng cụ viên trong cuộc mổ cũng như sự sẵn sàng hỗ trợ từ vòng ngoài trong phòng mổ tốt thì sẽ làm giảm được thời gian phẫu thuật đáng kể.

Tai biến trong mổ: Nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp xảy ra tai biến nhẹ trong mổ chiếm 4,2%, trong đó có 01 trường hợp tổn thương rách bao lách gây chảy máu và 01 trường hợp tổn thương nhu mô gan trái trong quá trình vén gan gây chảy máu, hai trường hợp này đều được xử lý đốt điện cầm máu ổn định trong phẫu thuật nội soi. Có 01 trường hợp tổn thương rách thanh mạc ruột non trong quá trình khâu nối tiêu, tiến hành khâu lại thanh cơ bằng chỉ vicyn 4.0 mũi chữ X trong PTNS. Không có trường hợp nào có tai

biên phải chuyển mỡ mỡ và không có trường hợp nào tử vong trong mổ. Võ Duy Long ghi nhận 2 trường hợp tai biến trong mổ, chiếm 1,8% [22]. Đỗ Văn Tráng có tỷ lệ tai biến trong mổ là 8,6% [147].

Nghiên cứu về các yếu tố của kết quả PTNS cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 trong điều trị UTBMDD chúng tôi thấy: Thời gian phẫu thuật ở nhóm BMI < 18,5 dài hơn so với nhóm BMI ≥ 18,5, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). BMI < 18,5 là những trường hợp gây yếu thiếu cân, đến muộn, u to, phẫu trường hẹp nên thao tác phẫu thuật hạn chế hơn do đó thời gian phẫu thuật dài hơn. Thời gian phẫu thuật ở nhóm có khoảng cách từ bờ trên tổn thương u đến tâm vị < 4,5cm ngắn hơn so với nhóm ≥ 4,5cm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian phẫu thuật ở nhóm có kích thước u ≤ 5cm ngắn hơn so với nhóm > 5cm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật với BMI, khoảng cách từ bờ tổn thương đến tâm vị và kích thước tổn thương.

Số hạch nạo vét được ở nhóm có mức độ xâm lấn ≤ T3 ít hơn so với nhóm T4a. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Số hạch nạo vét được ở nhóm UTBMDD giai đoạn I và II ít hơn so với nhóm giai đoạn III. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Số hạch di căn ở nhóm UTBMDD giai đoạn I và II ít hơn so với nhóm giai đoạn III. Sự khác biệt này rất rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Không có sự khác biệt về số hạch nạo vét được và số hạch di căn ở các nhóm type MBH và mức độ biệt hóa ($p > 0,05$). Qua nghiên cứu chúng tôi thấy có sự khác biệt giữa số hạch nạo vét được với mức độ xâm lấn T, giai đoạn bệnh UTBMDD nhưng không có sự khác biệt giữa số hạch nạo vét được với các type mô bệnh học. Có sự khác biệt giữa số hạch di căn với giai đoạn bệnh UTBMDD nhưng không có sự khác biệt giữa số hạch di căn với type mô bệnh học.

Số lượng máu mất trong mổ ở nhóm có mức độ xâm lấn $\leq T3$ ít hơn so với nhóm T4a. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,05$). Số lượng máu mất trong mổ ở nhóm UTBMDD giai đoạn I và II ít hơn so với nhóm giai đoạn III. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Số lượng máu mất trong mổ ở nhóm có số hạch nạo vét được < 21 hạch ít hơn so với nhóm nạo vét được ≥ 21 hạch. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt giữa lượng máu mất trong mổ với số hạch nạo vét được nhưng không có sự khác biệt giữa lượng máu mất trong mổ với giai đoạn bệnh UTBMDD.

Tỷ lệ tai biến ở nhóm khoảng từ bờ trên tổn thương đến tâm vị $< 4,5\text{cm}$ cao hơn nhóm $\geq 4,5\text{cm}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả có sự khác biệt giữa tai biến với khoảng cách từ bờ trên tổn thương u đến tâm vị nhưng không có sự khác biệt giữa tai biến, biến chứng với các yếu tố khác trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.2. Kết quả điều trị sau mổ

4.2.2.1. Kết quả sớm

Chúng tôi tiến hành đánh giá mức độ đau theo VAS sau mổ 24 giờ, bởi lúc này người bệnh đã tỉnh táo hoàn toàn và tinh thần đã ổn định nên việc đánh giá mức độ đau sẽ chính xác hơn. Kết quả nghiên cứu có 60% người bệnh đau ít, 40% đau vừa. Không có trường hợp nào không đau, đau nhiều hoặc đau rất nhiều. Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là $2,3 \pm 0,5$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 4 ngày. Sau PTNS cắt TBDD chúng tôi thường dùng thuốc giảm đau là Paracetamol 1g, ngày 2g chia 2 lần sáng chiều, cách nhau 6 giờ đến 12 giờ, trường hợp người bệnh đau vừa thì chúng tôi dùng thuốc giảm đau là Morphin 10mg, dùng ngày 2 lần sáng chiều, cách nhau 6 giờ đến 12 giờ, tùy theo nhu cầu dùng thuốc giảm đau của người bệnh. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy đa số người bệnh đau ít và có nhu cầu dùng

thuốc giảm đau ít. Đây chính là ưu điểm của PTNS nói chung và PTNS cắt TBDD nói riêng, bởi vết mổ nhỏ, lực tác động vào cơ thành bụng ít nên sau mổ người bệnh ít đau, hồi phục vận động và sức khỏe sớm. Cũng chính nhờ những ưu điểm này mà phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD áp dụng được cho cả người cao tuổi, trong nghiên cứu chúng tôi có 05 BN ≥ 80 tuổi và 14 BN ≥ 70 tuổi, tất cả đều hồi phục sức khỏe sớm và ổn định ra viện. Nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Tráng [112], nghiên cứu 70 BN PTNS hỗ trợ cắt dạ dày, cho thấy có 80% đau ít và đau vừa, 20% đau nhiều. Tỷ lệ đau ít và đau vừa trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Tráng [112], là do chúng tôi tiến hành PTNS hoàn toàn nên vết mổ ít hơn, nhỏ hơn và tác động vào cơ thành bụng ít hơn nên mức độ đau sẽ ít hơn so với PTNS hỗ trợ.

Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $48,6 \pm 13,1$ giờ, nhanh nhất là 24 giờ, dài nhất là 72 giờ. Thời gian có trung tiện sớm sau mổ là một trong những ưu điểm của PTNS nói chung và PTNS cắt TBDD vét hạch D2 điều trị UTBMDD riêng, bởi vết mổ nhỏ, tổn thương phúc mạc ít, lực tác động lên phúc mạc và thành bụng ít do đó BN có trung tiện sớm và sẽ phục hồi nhanh, giảm biến chứng cũng như rút ngắn được thời gian nằm viện [22]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Ebihara Y và cộng sự thời gian trung tiện là 1,9 ngày [18], nhưng ngắn hơn kết quả nghiên cứu ở nhóm cắt toàn bộ dạ dày của Võ Duy Long là $3,2 \pm 0,9$ ngày [22], tác giả Kim EY và cộng sự báo cáo thời gian trung tiện của nhóm PTNS hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày là $3,0 \pm 0,9$ ngày và $3,2 \pm 0,7$ ngày ở nhóm PTNS hỗ trợ [88].

Thời gian rút thông mũi hồng tràng sau mổ trung bình là $22,4 \pm 26,8$ giờ, ngắn nhất 0 giờ và dài nhất 96 giờ. Lưu thông mũi hồng tràng sau mổ là một thủ thuật ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của người bệnh như khó chịu, đau, viêm họng, viêm phổi, ảnh hưởng hô hấp và hạn chế vận động sớm cũng như

hạn chế những ưu điểm của dinh dưỡng sớm đường tiêu hóa cho người bệnh. Những bệnh nhân trong thời gian đầu triển khai nghiên cứu chúng tôi lưu thông mũi hồng tràng sau mổ thời gian dài hơn, có 01 (1,4%) bệnh nhân đến 96 giờ sau mổ; trong quá trình nghiên cứu chúng tôi thấy miệng nối an toàn và không có chảy máu hay rò miệng nối nên đã chủ động rút ngắn thời gian lưu và tiến tới không đặt thông mũi hồng tràng sau mổ nữa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 34 (48,6%) trường hợp sau mổ không đặt thông mũi hồng tràng (rút luôn ngay sau mổ - tức là 0 giờ) và 17 (24,3%) trường hợp rút thông mũi hồng tràng sau mổ 24 giờ. Với kết quả này, chúng tôi thấy lưu thông mũi hồng tràng sau mổ là thủ thuật không cần thiết sau PTNS cắt TBDD.

Thời gian rút dẫn lưu trung bình $3,1 \pm 1,2$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày và dài nhất là 6 ngày. Mục đích chủ yếu của dẫn lưu ổ bụng vùng dưới gan và hố lách là dẫn lưu dịch tồn dư ổ bụng sau mổ và dự phòng rò mỏm tá tràng, miệng nối thực quản hồng tràng sau mổ. Quá trình nghiên cứu chúng tôi thấy mỏm tá tràng và miệng nối thực quản hồng tràng khi thực hiện miệng nối tận - tận kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler) không cắt thực quản và hồng tràng trước là an toàn không có biến chứng. Mục đích chủ yếu của dẫn lưu bây giờ là dẫn lưu dịch tồn dư sau mổ nên chúng tôi chỉ lưu dẫn lưu ngày đầu sau mổ. Kết quả nghiên cứu có 27 (38,6%) bệnh nhân rút dẫn lưu ngày thứ 2 sau mổ.

Thời gian cho ăn sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $3,7 \pm 1,4$ ngày, sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 6 ngày. Có 22 (31,4%) người bệnh được cho ăn vào ngày thứ 2 sau mổ, 12 (17,1%) người bệnh cho ăn vào ngày thứ 3 sau mổ và 8 (11,4%) cho ăn vào ngày thứ 6 sau mổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với kết quả trong các nghiên cứu của Chang KK, BN không có diễn biến bất thường sẽ được ăn mềm vào ngày thứ 3 sau mổ [91]. Jeong O và cộng sự cho BN ăn mềm sau mổ cắt toàn bộ dạ dày nội soi vào ngày thứ nhất hoặc ngày thứ 2 [92]. Nhưng lại sớm hơn

so với kết quả của các nghiên cứu như Ebihara Y và cộng sự là 4,6 ngày [18]. Kim EY và cộng sự báo cáo thời gian ăn qua đường miệng của nhóm PTNS hoàn toàn và nhóm PTNS hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày tương ứng là $4,6 \pm 1,2$ ngày và $5,0 \pm 3,5$ ngày [88]. Lee JH và cộng sự cho BN ăn chế độ mềm trung bình vào ngày thứ tư sau mổ (từ 4 đến 21 ngày) [20]. Cũng tương tự lưu thông dạ dày, những người bệnh trong thời gian đầu triển khai nghiên cứu PTNS cắt TBDD chúng tôi thường cho ăn muộn, về sau chúng tôi cho ăn sớm hơn. Ưu điểm của cho ăn sớm sau mổ nói chung và đường tiêu hóa nói riêng đã được nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới khẳng định. Cho ăn sớm sau mổ không làm gia tăng hay giảm biến chứng miệng nối tiêu hóa sau mổ mà nó có tác dụng làm giảm stress sau mổ và hồi phục sức khỏe sớm cho người bệnh sau mổ. Dinh dưỡng cho người bệnh sau mổ theo 5 giai đoạn và phải có chế độ dinh dưỡng phù hợp. Vấn đề quan trọng là cho người bệnh ăn sớm sau mổ đúng giai đoạn và dinh dưỡng phù hợp.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là $7,3 \pm 1,9$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 13 ngày.

Bảng 4.6: Thời gian nằm viện trung bình sau mổ giữa các nghiên cứu

Tác giả	Năm	n	Thời gian nằm viện
Ebihara Y [18]	2013	65	$21,4 \pm 13,5$ ngày
Jung DH [93]	2016	256	$9,3 \pm 5,7$ ngày
Kim EY [88]	2016	27	$13,6 \pm 17,8$ ngày
Võ Duy Long [22]	2017	15	$9,3 \pm 2,2$ (7 – 16) ngày
Chang KK [91]	2017	40	9 (5 - 24) ngày
Li Z [96]	2018	296	$7,56 \pm 2,78$ ngày
Nghiên cứu chúng tôi	2021	70	$7,3 \pm 1,9$ (5 - 13) ngày

Như vậy, thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Khi kỹ thuật phẫu thuật nội soi và điều trị sau mổ được cải tiến và ngày càng hoàn thiện thì người bệnh hồi phục sức khỏe sau mổ càng sớm như không hoặc lưu thông dạ dày ngay, ăn uống sớm, vận động sớm ... hồi phục sớm, vì vậy rút ngắn được thời gian điều trị sau mổ từ đó làm giảm được kinh phí điều trị cho người bệnh. Kết quả nghiên cứu có 3 (4,3%) trường hợp nằm viện 5 ngày sau mổ, 27 (38,6%) trường hợp nằm viện 6 ngày sau mổ, 21 (30,0%) trường hợp nằm viện 7 ngày sau mổ. Có 3 (4,3%) nằm viện 13 ngày sau mổ, đây là những trường hợp có biến chứng sau mổ nên thời gian nằm viện dài hơn. Ngoài ra, thời gian nằm viện có thể bị kéo dài hơn một đến 2 ngày là do trùng vào 2 ngày nghỉ cuối tuần cũng như tâm lý của người bệnh và người nhà người bệnh muốn ở lại viện cho yên tâm hơn.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ được ghi nhận là tùy thuộc vào khoảng thời gian thực hiện của từng nghiên cứu, địa điểm và từng trung tâm. Tác giả Noh SH thống kê lại rằng, qua nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm tại Hàn Quốc (KLASS-01) những yếu tố nguy cơ biến chứng sau mổ gồm: tình trạng bệnh của BN, số lượng BN trong từng nghiên cứu, kỹ năng phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật và mức độ vết hạch, phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa, thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, kinh nghiệm của PTV [94]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng chung là 4,2% trong đó có 01 (1,4%) trường hợp bị viêm phổi, 01 (1,4%) nhiễm trùng vết mổ lỗ trocar 12mm, chỗ lấy bệnh phẩm và 01 (1,4%) áp xe tồn dư sau mổ. Có 67 (95,7%) trường hợp không có biến chứng sau mổ. 01 (1,4%) áp xe tồn dư sau mổ, ngày thứ 5 sau mổ người bệnh đau bụng vùng thượng vị, sốt; siêu âm lại ổ bụng phát hiện thấy có ổ dịch không thuần nhất khu trú ngay thượng vị, kích thước 3,3 x 2,5cm. Tiến hành chọc hút dịch dưới hướng dẫn siêu âm, hút ra

gân 100ml, sau hút dịch điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện. 01 (1,4%) trường hợp bị viêm phổi, tiến hành điều trị nội khoa phối hợp chuyên ngành hồi sức và hô hấp bệnh nhân ổn định ra viện. 01 (1,4%) nhiễm trùng vết mổ lỗ trocar 12mm, chỗ lấy bệnh phẩm, tiến hành cắt chỉ vết mổ tách rộng mép vết mổ và kết hợp thay băng ngày 2 lần, tình trạng vết mổ ổn định dần, khâu lại vết mổ cho ra viện. Không có trường hợp nào có biến chứng rò miệng nối thực quản hồng tràng, hồng tràng hồng tràng và rò móm tá tràng sau mổ và không có trường hợp nào phải mổ lại do biến chứng. Tác giả Ebihara Y và cộng sự (2013) [18], nghiên cứu 65 BN PTNS hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch, nối thực quản hồng tràng tận – tận theo kiểu Functional có tỷ lệ biến chứng chung là 15,4%, trong đó không có trường hợp nào rò miệng nối thực quản hồng tràng, 1,5% rò miệng nối hồng tràng – hồng tràng, 1,5% rò móm tá tràng, 4,6% hẹp miệng nối, 3,1% rò tụy, 1,5% liệt ruột sau mổ, 4,6% biến chứng liên quan đến miệng nối thực quản hồng tràng như máy cắt nối cắt vào ống thông dạ dày, nối ngược quai và 3,1% nhiễm trùng vết mổ. Tác giả Li Z (2018) [18], nghiên cứu 296 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày có 04 (1,35%) BN nhiễm trùng vết mổ, 08 (2,7%) BN viêm phổi, 02 (0,7%) BN áp xe tồn dư sau mổ, 06 (2,0%) BN rò miệng nối thực quản hồng tràng, 04 (1,35%) BN rò móm tá tràng, 03 (1,0%) BN hẹp miệng nối sau mổ ... Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp là một trong những ưu điểm vượt trội của PTNS cắt toàn bộ dạ dày so với mổ mở [156]. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ của Lee JH là 1,0% [20]. Tử vong trong 30 ngày sau mổ: Các nghiên cứu về PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị UTBMDD cho thấy tỷ lệ tử vong trong 30 ngày rất thấp. Võ Duy Long và Chang KK không gặp trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày [22],[91]. Jung DH và cộng sự gặp 0,4% tử vong trong vòng 30 ngày [93], tỷ lệ này ở nghiên cứu của Jeong O là 1,5% [92], của Kawaguchi Y và cộng sự là 0 – 2,8% [157].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong trong 30 ngày sau mổ.

Bảng 4.7: Tỷ lệ biến chứng sau mổ giữa các nghiên cứu

Tác giả	Năm	n	Tỷ lệ % biến chứng
Triệu Triều Dương [21]	2008	31	9,6
Đỗ Văn Tráng [112]	2012	70	8,6
Matshashi N [4]	2013	231	12,6
Ebihara Y [18]	2013	65	15,4
Chen K [108]	2014	240	10,8
Li HT [158]	2014	200	13,0
Lin JX [148]	2015	2041	13,6
Jung DH [93]	2016	256	27,3
Võ Duy Long [22]	2017	112	11,6
Li Z [96]	2019	308	15,2
Kodera Y [103]	2019	3912	17,8
Nghiên cứu chúng tôi	2021	70	4,2

Như vậy, tỷ lệ biến chứng chung của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, điều này có thể do thời điểm nghiên cứu, cỡ mẫu, phương pháp lựa chọn người bệnh cũng như sự tiên bộ trong phẫu thuật, trang thiết bị, máy cắt nối tự động ... trong điều trị ung thư dạ dày.

Nghiên cứu một số yếu tố với kết quả điều trị sớm sau mổ chúng tôi thấy: Tỷ lệ biến chứng ở nhóm < 60 tuổi thấp hơn so với nhóm ≥ 60 tuổi, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ biến chứng ở nhóm chưa có di căn hạch thấp hơn so với nhóm đã có di căn hạch,

nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ biến chứng ở nhóm không đặt thông da dày sau mổ thấp hơn so với nhóm có đặt thông da dày sau mổ, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm không đặt thông mũi hồng tràng (nhóm rút ngay sau mổ) ngắn hơn so với nhóm có đặt thông mũi hồng tràng sau mổ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Thời gian nằm viện ở nhóm bắt đầu cho ăn ≤ 2 ngày sau mổ ngắn hơn nhóm cho ăn từ > 2 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm có tai biến trong mổ dài hơn so với nhóm không có tai biến trong mổ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm có biến chứng dài hơn so với nhóm không có biến chứng sau mổ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Như vậy, không thấy có sự khác biệt giữa biến chứng với một số yếu tố trong nghiên cứu như nhóm tuổi, tình trạng di căn hạch, đặt thông da dày hay không cũng như thời gian nằm viện sau mổ với mức độ biệt hóa của tế bào ung thư và tai biến trong mổ ($p > 0,05$). Có sự khác biệt giữa thời gian nằm viện sau mổ với một số yếu tố trong nghiên cứu như đặt thông da dày, thời gian cho ăn sau mổ, típ mô bệnh học và biến chứng sau mổ ($p < 0,05$).

4.2.2.2. Kết quả theo dõi sau mổ

Sau mổ 01 tháng, 100% người bệnh có tình trạng sức khỏe xếp loại Khá. Sau mổ 06 tháng có 98,6% (69/70) người bệnh có sức khỏe xếp loại Tốt và 1,4% (1/70) xếp loại Khá do tuổi cao kèm bệnh phổi tắc nghẽn. Có 56/70 người bệnh đến hạn tái khám 12 tháng, trong đó: 55 (98,2%) trường hợp có sức khỏe xếp loại Tốt, 01 (1,4%) trường hợp đã tử vong do bệnh lý phổi tắc nghẽn (COPD) ở người bệnh 83 tuổi. 43/70 trường hợp đến hạn tái khám 24 tháng, trong đó: 72,1% (31/43) có sức khỏe xếp loại Tốt, 4,3% (3/43) xếp loại Khá là 01 trường hợp tái phát miệng nổi gậy bán hẹp, 02 trường hợp do điều

kiện dinh dưỡng không đầy đủ, 2,9% (2/43) xếp loại Trung bình là do 01 trường hợp di căn phúc mạc và 01 trường hợp di căn xương, 5,7% (4/43) xếp loại Kém do di căn, trong đó 03 trường hợp di căn gan và 01 trường hợp di căn phổi. Có 4,3% (3/43) đã tử vong, trong đó 01 trường hợp do suy kiệt và 02 trường hợp do di căn. 19/70 trường hợp đến hạn tái khám 36 tháng, trong đó 73,7% (14/19) trường hợp có sức khỏe xếp loại Tốt và 05 trường hợp đã tử vong do 02 trường hợp di căn gan, 01 trường hợp di căn phúc mạc, 01 trường hợp di căn phổi và 01 di căn xương. 03/70 trường hợp đến hạn tái khám 48 tháng, cả 03/03 (100%) trường hợp có sức khỏe xếp loại Tốt.

Hẹp miệng nối sau mổ: Kết quả khám lại theo hẹn có 03 (4,3%) trường hợp có nuốt nghẹn nhẹ (hẹp nhẹ miệng nối) sau mổ 06 tháng. Tiến hành nội soi miệng nối thực quản hồng tràng thì có hình ảnh hẹp nhẹ, đường kính miệng nối 2,5cm đến 3cm nên không có trường hợp nào phải nong miệng nối hay mổ lại sau mổ, tiếp tục theo dõi đến 1 năm thì BN nuốt hoàn toàn bình thường. Những trường hợp này có thể do khi tiến hành cắt thực quản và hồng tràng đồng thời đóng kín miệng nối đã kéo mặt sau miệng nối xuống hơi dài vì vậy khi cắt ngang mặt sau hơi cao nên miệng nối hơi hẹp, cũng có thể do phẫu tích bóc tách thực quản hơi cao lên ngực gây thiếu dưỡng nên hơi hẹp hoặc tổn thương một phần thần kinh nên gây rối loạn vận động đoạn cuối thực quản dẫn đến nuốt nghẹn nhẹ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Ebihara Y và cộng sự [18], nghiên cứu 65 BN nối thực quản hồng tràng tận – tận theo Functional hoàn toàn trong ổ bụng bằng máy cắt nối thẳng có tỷ lệ biến chứng hẹp miệng nối 4,6%. Tỷ lệ hẹp này lại cao hơn tác giả Li Z [96], nghiên cứu 296 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày có 3 (1,0%) BN hẹp miệng nối sau mổ.

Tái phát và di căn sau mổ: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 14 (20%) trường hợp tái phát u và di căn sau mổ, thời gian phát hiện tái phát và

di căn trung bình $18,6 \pm 6,8$ tháng, ngắn nhất là 08 tháng và dài nhất là 36 tháng. Có 01 trường hợp tái phát tại miệng nối thực quản hồng tràng (Phạm Gia H – MBA 18472869) là u vùng tâm vị, chúng tôi đã tiến hành cắt cao trên đường Z hơn 2cm và làm sinh thiết diện cắt không còn tế bào ung thư, sau mổ khám lại ở các thời điểm thì bệnh nhân ổn định, không có biểu hiện nuốt nghẹn, nội soi không có loét, không hẹp miệng nối, theo dõi đến 23 tháng sau mổ thì BN nuốt vướng, nội soi có hình ảnh loét miệng nối, sinh thiết là UTBM tuyến. Chúng tôi phối hợp chuyên ngành ung thư kết hợp hóa xạ trị và điều trị nhắm trúng đích. Có 01 trường hợp di căn xương, chiếm 1,4%. Gan là cơ quan phát hiện di căn với số bệnh nhân nhiều nhất là 05 bệnh nhân, chiếm 7,2% và thứ hai là phúc mạc với 04 trường hợp chiếm 5,7%, thứ ba là phổi với 03 trường hợp, chiếm 4,3%. Tất cả những BN phát hiện di căn chúng tôi phối hợp chuyên ngành ung thư để hóa xạ trị bổ sung và điều trị đích. Tỷ lệ tái phát u sau mổ của các tác giả ở châu Á từ 0,3 – 1,7% và di căn sau mổ là 4,5% - 15% [87],[108]. Còn các tác giả ở Châu Âu có tỷ lệ di căn cao hơn, từ 13,3 – 37,9% [5],[9]. Tác giả Hồ Chí Thanh [146], cho thấy 23 (63,88%) trường hợp di căn phúc mạc, 05 (13,88%) di căn gan và phúc mạc, 03 (8,33%) di căn hạch và tắc mật, 02 (5,55%) di căn phổi, 01 (2,77%) di căn não, 01 (2,77%) di căn hạch thượng đòn, 01 (2,77%) di căn buồng trứng và phúc mạc. Shinohara T và cộng sự [17], báo cáo tỷ lệ tái phát sau PTNS UTBMDD là 20,0%. Tác giả Ebihara Y và cộng sự [18], theo dõi BN trung bình 37 tháng (11-68 tháng) không gặp trường hợp nào tái phát sau mổ. Kyogoku N [86], theo dõi BN trong 1093 ngày (11 – 4177) phát hiện 14,5% di căn phúc mạc, 21,8% di căn hạch bạch huyết xa, 21,8% di căn gan, 7,3% di căn phổi, 7,3% di căn xương và 18,2% các cơ quan khác. Shinohara T cho kết quả tái khám lần cuối cùng của nghiên cứu với 55 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày, có 44 BN còn sống không có tình trạng tái phát, 03 BN tái phát với thời gian trung

bình là 16 (7 - 130) tháng, 07 BN tử vong vì tái phát và 01 BN tử vong vì nguyên nhân khác [17].

Các bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi được điều trị hóa trị hỗ trợ sau mổ theo chuyên ngành ung thư. Kết quả nghiên cứu có 50 (71,4%) điều trị hóa trị hỗ trợ sau mổ, trong đó 30 (60,0%) trường hợp điều trị phác đồ XELOX, 06 (12,0%) trường hợp điều trị phác đồ EOX và 14 (28,0%) trường hợp phác đồ uống Capecitabine đơn chất. Có 20 (28,6%) trường hợp không điều trị hóa trị hỗ trợ sau mổ, trong đó có 15 (21,4%) trường hợp ở giai đoạn I nên theo dõi không điều trị, 05 (7,1%) trường hợp người bệnh không đồng ý điều trị hóa chất sau mổ (04 trường hợp tuổi cao không điều trị). Tác giả Lee JH và cộng sự điều trị hóa trị hỗ trợ cho tất cả BN trong nghiên cứu (79 BN), theo dõi trung bình 16,03 (2,2 – 69,9) tháng, tại thời điểm tái khám lần cuối cùng của nghiên cứu, ghi nhận 13 trường hợp tái phát và di căn. Thời gian theo dõi trung bình của 13 trường hợp này là 12,77 tháng. Vị trí di căn được ghi nhận là cơ quan tạo máu (gan hoặc xương), phúc mạc, hạch bạch huyết sau phúc mạc, tái phát tại vùng quanh tụy [20].

Nghiên cứu số hạch di căn và kích thước u với tái phát, di căn sau mổ chúng tôi thấy: Số hạch di căn ở nhóm có tái phát và di căn sau mổ cao hơn so với nhóm không có tái phát và di căn. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kích thước tổn thương UTBMDD ở nhóm có tái phát và di căn sau mổ lớn hơn so với nhóm không có tái phát và di căn mổ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy, không có sự khác biệt giữa số hạch di căn và kích thước tổn thương u với tái phát và di căn sau mổ cũng như các yếu tố khác trong nghiên cứu.

4.2.2.3. Thời gian sống thêm sau mổ

PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 là phương pháp điều trị triệt căn với UTBMDD, do đó mà thời gian sống thêm sau mổ của BN là kết quả của điều

trị triệt căn ung thư nên được nhiều tác giả trong và ngoài nước nghiên cứu. Thời gian sống thêm của BN đã được kéo dài đáng kể trong những năm gần đây do những phát triển về mặt kỹ thuật, trang thiết bị điều trị cũng như về phương pháp điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ $40,14 \pm 1,73$ tháng, ngắn nhất 36,75 tháng và dài nhất là 43,54 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình sau mổ $35,71 \pm 2,33$ tháng, ngắn nhất 31,14 tháng và dài nhất là 40,27 tháng. Thời gian sống thêm có bệnh trung bình sau mổ là $6,44 \pm 0,96$ tháng, ngắn nhất 4,57 tháng và dài nhất là 8,32 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ 1 năm là 98,6%, 2 năm là 92,1% và 3 năm là 75,9%. Thời gian sống thêm có bệnh sau mổ 1 năm là 92,9%, 2 năm là 68,8% và 3 năm là 34,4%. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn I: 1 năm là 100%, 2 năm là 100% và 3 năm là 88,9%. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn II: 1 năm là 100%, 2 năm là 91,8% và 3 năm là 79,6%. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn III: 1 năm là 95,7%, 2 năm là 86,1% và 3 năm là 51,7%. Giai đoạn bệnh UTBMDD càng muộn thì tỷ lệ % và thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ càng thấp. Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự nghiên cứu 149 BN cắt TBDD từ 1994 đến 2000 và chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 có thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ 1, 2, 3, 4, 5 năm là 76,36%, 60,0%, 40,0%, 27,27%, 25,45% và nhóm 2 sống thêm 1, 2, 3 năm là 75,93%, 53,7%, 46,0% [71]. Tác giả Kyogoku N và cộng sự nghiên cứu trên 379 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị UTBMDD cho kết quả sống tới 5 năm là 81,2%, trong đó tỷ lệ sống 5 năm theo các giai đoạn lần lượt là 94,0%, 77,1% và 43,9% cho các giai đoạn I, II và III. Ngoài ra, còn có 144 BN sống trên 5 năm, tỷ lệ sống trên 5 năm ứng với giai đoạn bệnh lần lượt là 93,1%, 74,4% và 50,0% cho các giai đoạn I, II và III [86]. Nghiên cứu của Li Z và cộng sự, với 296 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị UTBMDD cho tỷ lệ sống 5 năm chung là 60,5%, sống 5 năm không có bệnh là 57,4%.

Trong đó phân tích cụ thể sống 5 năm theo giai đoạn bệnh lần lượt giữa thời gian sống chung và sống không có bệnh có kết quả như sau: giai đoạn IB (89,4% và 85,1%), giai đoạn II (66,4% và 63,9%), giai đoạn III (44,6% và 41,5%) [96]. Như vậy, kết quả nghiên cứu về thời gian sống thêm sau mổ của các tác giả trong và ngoài nước còn khác nhau về tỷ lệ theo từng năm, từng giai đoạn bệnh giữa các nghiên cứu. Tuy nhiên kết quả các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ thời gian sống thêm sau mổ theo từng năm ngày càng tăng ở các nghiên cứu gần đây, đặc biệt là PTNS điều trị UTBMDD giai đoạn I và II.

Nghiên cứu một số đặc điểm bệnh lý và kỹ thuật với thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ, chúng tôi thấy: Thời gian sống thêm toàn bộ ở hai nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi là không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm có kích thước $u \leq 5$ cm dài hơn so với > 5 cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm có giai đoạn bệnh < III dài hơn so với giai đoạn III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm UTBM biệt hóa vừa và cao dài hơn so với UTBM biệt hóa kém, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian sống thêm toàn bộ giữa nhóm không tái phát u dài hơn so với nhóm có tái phát u. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, Kích thước u càng lớn, giai đoạn bệnh càng muộn và di căn sau mổ thì thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ càng thấp ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Võ Duy Long [22], khi phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống thêm sau mổ là có di căn hạch và giai đoạn bệnh. Nhưng khi phân tích đa biến thì yếu tố giai đoạn chặng hạch liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ. Theo phân tích đơn biến của Đỗ Trường Sơn [23] thì các yếu tố giới, tuổi (≤ 65 và > 65 tuổi), giai đoạn bệnh, mức độ xâm lấn T, chặng hạch N, di căn hạch có liên quan đến tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ. Nhưng phân tích đa biến thì chỉ có ba yếu tố có liên quan là tuổi, mức độ xâm lấn T và có

di căn hạch. Hồ Chí Thanh [146] thì tỷ lệ sống thêm sau PTNS cắt dạ dày có liên quan đến các yếu tố là: giai đoạn bệnh, mức độ xâm lấn T, có di căn hạch và tít mô bệnh học. Lee JH [87] cũng cho thấy khi phân tích đơn biến thì các yếu tố kích thước thương tổn, chặng hạch N, có di căn hạch và phân tích đa biến thì chỉ có yếu tố chặng hạch N có liên quan đến tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ. Chúng tôi ghi nhận thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm có điều trị hóa trị sau mổ dài hơn so với nhóm không điều trị hóa trị và nhóm theo dõi sau mổ, thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ ở nhóm điều trị hóa trị theo phác XELOX dài hơn sơ với phác đồ EOX và phác đồ Capecitabine đơn chất nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 70 BN UTBMDD được PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 từ tháng 7/2017 đến tháng 11/2020, chúng tôi có kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương và kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2

- Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $62,47 \pm 11,6$ tuổi.
- Các triệu chứng thường gặp là đau bụng, chán ăn, đầy bụng, sụt cân.
- Vị trí u gặp chủ yếu ở thân vị (82,9%), tiếp đến là tâm vị (11,4%).
- Kích thước tổn thương trung bình là $4,74 \pm 1,56$ (2 - 9) cm.
- 80% UTBMDD tuyến ống và 15,7% tế bào nhẵn.
- 58,6% UTBM biệt hóa kém và 37,1% biệt hóa vừa.
- Mức độ xâm lấn u đa số ở giai đoạn T3, chiếm 64,3%.
- 51,4% chưa di căn hạch (N0), 14,3% N1, 17,1% N2 và 17,1% N3.
- Các nhóm hạch có tỷ lệ di căn cao là nhóm 1, 3, 4, 7.
- UTBMDD đa số gặp ở giai đoạn II và giai đoạn III.
- PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 là khả thi, an toàn và đảm bảo triệt căn trong phẫu thuật điều trị UTBMDD.

- Nói thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng là kỹ thuật khả thi và an toàn sau cắt TBDD.

- Vị trí PTV đứng bên trái và sử dụng 5 trocar là thuận lợi trong PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2.

2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày

- Tỷ lệ thành công của PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 theo quy trình 10 bước là 100%.

- Số hạch nạo vét được trung bình $23,2 \pm 6,7$ (15-45) hạch.

- Số hạch di căn trung bình $2,77 \pm 3,8$ (0-14) hạch.
- 100% diện cắt trên và diện cắt dưới không còn tế bào ung thư.
- Lượng máu mất trung bình trong mổ là $32,29 \pm 10,09$ ml.
- Thời gian phẫu thuật trung bình $202,2 \pm 28,9$ (145-270) phút.
- Tỷ lệ tai biến chung là 4,2%, không có trường hợp nào tử vong
- Thời gian rút thông mũi hồng tràng sau mổ là $22,4 \pm 26,8$ giờ.
- Thời gian cho ăn sau mổ trung bình là $3,7 \pm 1,4$ (2 - 6) ngày.
- Thời gian nằm viện trung bình là $7,3 \pm 1,9$ (5 - 13) ngày.
- Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 4,2%
- Thời gian theo dõi sau mổ trung bình $20,83 \pm 1,2$ (7 - 46) tháng.
- Tình trạng sức khỏe người bệnh sau mổ: 1 năm là 98,2% Tốt, 2 năm 72,1% Tốt và 3 năm 73,7% Tốt.
- 20% có tái phát u và di căn, thời gian tái phát và di căn $18,6 \pm 6,8$ tháng.
- Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình $40,14 \pm 1,73$ (36,7 - 43,5) tháng.
- Thời gian sống thêm toàn bộ 1 năm 98,6%; 2 năm 92,1%; 3 năm 75,9%.
- Giai đoạn bệnh càng muộn thì thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ càng thấp ($p < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

Nghiên cứu 70 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày, chúng tôi có kiến nghị ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, nối thực quản hồng tràng tận-tận không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng cho các cơ sở y tế có đủ cơ sở vật chất, trang thiết bị phẫu thuật nội soi và có ê kíp phẫu thuật viên, dụng cụ viên đã được đào tạo về kỹ thuật phẫu thuật nội soi dạ dày.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Dinh Van Chien, Nguyen Van Huong, Pham Van Anh (2019), “Outcomes of laparoscopic gastrectomy in Nghe An Friendship General Hospital”. The first congress upper gastro - intestinal society of ASEAN 2019, Abstract report, tr.53.
2. Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương và cộng sự (2019), “Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày”. *Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*. Số 1 – Tập 9/2019. tr: 44-49.
3. Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương, Hà Văn Quyết (2019), “Kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An”. *Tạp chí Y Học Thực Hành* (1095), Số 4/2019; tr 62-65.
4. Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương, Hà Văn Quyết (2020), “Kết quả ứng dụng kỹ thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn”. *Tạp chí Y Học Thực Hành* (1129). Số 3/2020. Tr: 54-56.
5. Đinh Văn Chiến, Đặng Đình Khoa và cộng sự (2020), “Kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 ở người cao tuổi”. *Tạp chí Y Học Lâm Sàng*. Số 61/2020. tr: 19-24.
6. Dinh Van Chien, Nguyen Van Huong, Pham Van Duyet et al (2020), “Totally laparoscopic total gastrectomy with technique of functional end-to-end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of the esophagus and jejunum”. *International Surgery Journal* | November 2020 | Vol 7 | Issue 11. pp: 3614-3619.
7. Dinh Van Chien, Nguyen Van Huong, et al (2021), “The efficiency of early oral feeding in gastric cancer patients after laparoscopic total gastrectomy”. *International Journal of Medical and Biomedical Studies* | Volume 5, Issue 10; October: 2021; pp No. 51-55.

8. Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương và cộng sự (2022), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương và kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2”. *Tạp Chí Y Dược Học*. Số 47 - Tháng 4/2022 tr: 87-92.
9. Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Hương và cộng sự (2022), “Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, nối thực quản hồng tràng tạm-tạm trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày”. *Tạp chí Y Học Lâm Sàng*. Số 77/2022. tr: 110-117.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyuna S, Ferlay J, et al (2020). “Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries”, *CA CANCER J CLIN*, 71, 209-249.
2. Rawla P, Barsouk A (2019). “Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention”, *Gastroenterology Rev*, 14(1), 26-38.
3. Kitano S, Shiraishi N, Uyama I, et al (2007). “A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in Japan”, *Ann Surg*, 245(1), 68-72.
4. Matsuhashi N, Osada S, Yamaguchi K, et al (2013). “Oncologic outcomes of laparoscopic gastrectomy: a single-center safety and feasibility study”, *Surg Endosc*, 27, 1973–1979.
5. Cristiano GS, Mingoli A, Sgarzini G, et al (2005). “Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five-year results of a randomized prospective trial”, *Ann Surg*, 241(2), 232–237.
6. Desai AM, Pareek M, Nightingale PG, et al (2004). “Improving outcomes in gastric cancer over 20 years”, *Gastric Cancer*, 7, 196-203.
7. Heemskerk VH, Lentze F, Hulsewé KWE, Hoofwijk AGM (2007). “Gastric carcinoma: review of the results of treatment in a community teaching hospital”, *World J Surg Oncol*, 5(1), 81-87.
8. Kharbutli B, Velanovich V (2009). “Gastrointestinal symptomatic outcomes of laparoscopic and open gastrectomy”, *World J Gastrointest Surg*, 1(1), 56-58.
9. Strong VE, Devaud N, Allen PJ, et al (2009). “Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for adenocarcinoma: a case–control study”, *Ann Surg Oncol*, 16, 1507–1513.
10. Phan Cảnh Duy (2019), “Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến phần xa dạ dày giai đoạn tiên triên tại chỗ bằng phẫu thuật kết hợp xạ-hóa sau mổ”, Luận Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.

11. Nguyễn Đình Hối (2013), “Ung thư dạ dày”, *Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa*, Nhà xuất bản Y học, 261-270.
12. Ajani JA, D’Amico TA, Almhanna K, et al (2016). “NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Gastric Cancer, Version 3.2016”, *JNCCN*, 14(10), 1286-1312.
13. DeVita VT, Lawrence TS, Rosenberg SA (2018), “Cancer of the Stomach”, *DeVita, Hellman, and Rosenberg’s Cancer: Principles & Practice of Oncology - 11th edition*, Wolters Kluwer, 1386-1447.
14. Noh SH, Hyung WJ (2019), “History of Gastric Cancer Surgery”, *Surgery for Gastric Cancer*, Springer, 3-44.
15. Zinner MJ, Ashley SW, Hines OJ (2018), “Gastric Adenocarcinoma and Other Neoplasms”, *Maingot’s Abdominal Operations - 13th edition*, McGraw-Hill Education, 1386-1444.
16. Nussbaum MS (2012), “Laparoscopic Total Gastrectomy and Esophagojejunostomy”, *Master Techniques in Surgery: Gastric Cancer*, Lippincott Williams & Wilkins, 207-218.
17. Shinohara T, Kanaya S, Taniguchi K, et al (2009). “Laparoscopic Total Gastrectomy With D2 Lymph Node Dissection for Gastric Cancer”, *Arch Surg*, 144(12), 1138-1142.
18. Ebihara Y, Okushiba S, Kawarada Y, et al (2013). “Outcome of functional end-to-end esophagojejunostomy in totally laparoscopic total gastrectomy”, *Langenbecks Arch Surg*, 398, 475-479.
19. Okabe H, Tsunoda S, Tanaka E, et al (2014). “Is laparoscopic total gastrectomy a safe operation? A review of various anastomotic techniques and their outcomes”, *Surg Today*, 45(5), 549-558.
20. Lee JH, Ahn SH, Park DJ, et al (2012). “Laparoscopic Total Gastrectomy with D2 Lymphadenectomy for Advanced Gastric Cancer”, *World J Surg*, 36(10), 2394-2399.
21. Triệu Triều Dương (2008). “Nghiên cứu kỹ thuật cắt dạ dày, vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 12(4), 204-208.

22. Võ Duy Long (2017). “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III”. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
23. Đỗ Trường Sơn, Phạm Hoàng Hội, Đỗ Mai Lâm, Phạm Đức Huân (2015). “Kết quả sau 10 năm ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại khoa PTTH - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”, *Tạp chí Ngoại khoa Việt Nam*, 66(4), 12-20.
24. Trịnh Văn Minh (2010), “Dạ dày”, *Giải phẫu người - Tập 2*, Nhà xuất bản Giáo dục, 272-290.
25. Standring S (2016), “Abdominal oesophagus and stomach”, *Gray's Anatomy: The Anatomical Basis of Clinical Practice - 41st edition*, Elsevier, 1111-1123.
26. Delaney CP, Netter FH, Machado CAG, et al (2013), “Gastrectomy”, *Netter's Surgical Anatomy and Approaches*, Elsevier Saunders, 93-100.
27. Japanese Gastric Cancer Association (2011). “Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition”, *Gastric Cancer*, 14, 101-112.
28. Siewert J.R., Stein H.J. (1998). “Classification of adenocarcinoma of the oesophagogastric junction”, *British Journal of Surgery*, 1457–1459.
29. Yeo CJ (2019), “Anatomy and Physiology of the Stomach”, *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract - 8th edition, Volume 1*, Elsevier, 634-646.
30. Ellison EC, Zollinger RM (2016), “Total Gastrectomy”, *Zollinger's Atlas of Surgical Operations - 10th edition*, McGraw-Hill Education, 98-109.
31. Shiotani A (2019), “Surgical Treatment: Evidence in Gastric Cancer Surgery Based on Japanese Clinical Trials”, *Gastric Cancer: With Special Focus on Studies from Japan*, Springer, 161-172.
32. Mishra PK (2016), “Stomach and Duodenum”, *Textbook of Surgical Gastroenterology (volume 1)*, Jaypee Brothers Medical Publishers, 269-282.

33. Seong NJ, Chung JW, Kim HC, et al (2012). “Right Gastric Venous Drainage: Angiographic Analysis in 100 Patients”, *Korean J Radiol*, 13(1), 53-60.
34. Nguyễn Quang Quyền (2012), “Dạ dày”, *Bài giảng giải phẫu học - Tập 2*, Nhà xuất bản Y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 102-113.
35. Lirosi MC, Biondi A, Ricci R (2017). “Surgical anatomy of gastric lymphatic drainage”, *Transl Gastroenterol Hepatol*, 2(14), 1-4.
36. Nguyễn Văn Hiếu (2010), “Ung thư dạ dày”, *Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học, 256-268.
37. Dicken BJ, Bigam DL, Cass C, et al (2005). “Gastric Adenocarcinoma: Review and Considerations for Future Directions”, *Annals of Surgery*, 241(1), 27-39.
38. Maconi G, Manes G, Porro GB (2008). “Role of symptoms in diagnosis and outcome of gastric cancer”, *World J Gastroenterol*, 14(8), 1149-1155.
39. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL (2016), “Stomach”, *Sabiston Textbook of Surgery: The biological basis of modern surgical practice - 20th edition*, Elsevier, 1188-1236.
40. Strong VE (2015), “Diagnosis, Staging, and Workup of Gastric Cancer”, *Gastric cancer: Principles and Practice*, Springer, 127-142.
41. Yeo CJ, DeMeester SR, McFadden DW, Matthews JB, Fleshman JW (2018), “Gastric Adenocarcinoma”, *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract - 8th edition*, Elsevier, 712-718.
42. Doherty GM (2015), “Stomach & Duodenum”, *Current Diagnosis & Treatment Surgery - 14th edition*, McGraw-Hill Education, 513-541.
43. Trịnh Hồng Sơn (2001). “Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày”. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
44. Mishra PK (2016), “Carcinoma Stomach”, *Textbook of Surgical Gastroenterology, volume 1* - Jaypee Brothers Medical Publishers, 300-312.

45. Đỗ Đình Công (2006). “Đổi chiều lâm sàng và giải phẫu bệnh với kết quả lâu dài của carcinom tuyến dạ dày”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 10(1), 6-9.
46. Mabula JB, Mchembe MD, Koy M, et al (2012). “Gastric cancer at a university teaching hospital in northwestern Tanzania: a retrospective review of 232 cases”, *World Journal of Surgical Oncology*, 10(257), 1-10.
47. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, et al (1993). “Cancer of the stomach. A patient care study by the American College of Surgeons”, *Ann Surg*, 218(5), 583-592.
48. Shiotani A (2019), “Gastric Cancer Screening in Japan”, *Gastric Cancer: With Special Focus on Studies from Japan*, Springer, 99-118.
49. Takahashi T, Saikawa Y, Kitagawa Y (2013). “Gastric Cancer: Current Status of Diagnosis and Treatment”, *Cancers*, 5, 48-63.
50. Cui D (2017), “Background of Gastric Cancer Prewarning and Early Diagnosis System”, *Gastric Cancer Prewarning and Early Diagnosis System*, Springer, 1-10.
51. Shiotani A (2019), “Endoscopic Diagnosis”, *Gastric Cancer: With Special Focus on Studies from Japan*, Springer, 119-148.
52. Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, et al (2011). “Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer”, *Gut*, 60, 1149-1172.
53. Thrumurthy SG, Chaudry MA, Ferrier DHK, Mughal M (2013). “The diagnosis and management of gastric cancer”, *BMJ*, 347, 1-9.
54. Faigel DO, Kochman ML (2006), “Endoscopic Ultrasound for Staging Gastric Cancer”, *Endoscopic Oncology: Gastrointestinal Endoscopy and Cancer Management*, Humana Press Inc, 121-128.
55. Papanikolaou IS, Triantafyllou M, Triantafyllou K, Rösch T (2011). “EUS in the management of gastric cancer”, *Ann Gastroenterol*, 24(1), 9-15.
56. Han C, Lin R, Shi H, et al (2016). “The role of endoscopic ultrasound on the preoperative T staging of gastric cancer: A retrospective study”, *Medicine*, 95(36), 1-6.

57. Redondo-Cerezo E, Martinez-Cara JG, Jimenez-Rosales R, et al (2016). “Endoscopic ultrasound in gastric cancer staging before and after neoadjuvant chemotherapy. A comparison with PET-CT in a clinical series”, *United European Gastroenterol J*, 5(5), 641-647.
58. Almeida MFA, Verza L, Bitencourt AGV, et al (2018). “Computed tomography with a stomach protocol and virtual gastroscopy in the staging of gastric cancer: an initial experience”, *Radiologia Brasileira*, 51(4), 211-217.
59. Yan C, Zhu ZG, Yan M, et al (2009). “Value of Multidetector-Row Computed Tomography in the Preoperative T and N Staging of Gastric Carcinoma: A Large-Scale Chinese Study”, *Journal of Surgical Oncology*, 100, 205-214.
60. Nagpal P, Prakash A, Pradhan G, et al (2017). “MDCT imaging of the stomach: advances and applications”, *Br J Radiol*, 90(1069), 1-13.
61. Borggreve AS, Goense L, et al (2019). “Imaging strategies in the management of gastric cancer: current role and future potential of MRI”, *British Institute of Radiology*, 92(1097), 1-20.
62. Mariampillai AI, Cruz JPD, Suh J, et al (2017). “Evaluation of tumor marker cancer antigen 72-4 (CA 72-4) in the monitoring of metastatic or recurrent tumors of the gastrointestinal tract, lung, breast, and ovaries”, *Anticancer Research*, 37, 3649-3656.
63. Haminton SR, Aatonen LA (2000). “Tumour and Stomach, Chapter 3”, *WHO of Tumour, IARC Press-Lyon*, 38-52.
64. Đặng Trần Tiến (2013). “Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư biểu mô dạ dày và mối liên quan với tổn thương niêm mạc ngoài vùng ung thư”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 17(3), 173-179.
65. Hu B, El-Hajj N, Sittler S, et al (2012). “Gastric cancer: Classification, histology and application of molecular pathology”, *J Gastrointest Oncol*, 3(3), 251-261.

66. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C (2009), “Digestive system tumours”, *TNM Classification of Malignant Tumours - 7th edition*, John Wiley and Sons, 63-135.
67. Washington K (2010). “7th edition of the AJCC cancer staging manual: stomach”, *Ann Surg Oncol*, 17(12), 3077-3079.
68. Đỗ Đức Vân (1993). “Điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Việt Đức (1970-1992)”, *Y học Việt Nam*, 7, 45-50.
69. Lê Viết Nho, Trần Văn Huy, Đặng Công Thuận, Tạ Văn Tờ (2011). “Khảo sát mối liên quan giữa hình ảnh nội soi, mô bệnh học với sự biểu lộ HER2 ở bệnh nhân ung thư dạ dày”. *Tạp chí tiêu hóa Việt Nam*, 24(3), 1611-1619.
70. Nguyễn Đình Hối, Bùi Văn Ninh, Nguyễn Hoàng Bắc (2004). “Lập lại lưu thông sau cắt dạ dày toàn bộ”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 8(3), 125-127.
71. Nguyễn Anh Tuấn, Hoàng Công Đắc (2001). “Ung thư dạ dày: kết quả theo dõi lâu dài trên 149 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày triệt căn”, *Tạp chí Y học thực hành*, 1, 39-44.
72. Phạm Như Hiệp (2006). “Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2, 34-40.
73. Lê Mạnh Hà (2013). “Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt dạ dày nội soi hỗ trợ trong điều trị ung thư dạ dày”, *Tạp chí Y học thực hành*, 869(5), 37-39.
74. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung, Hồ Cao Vũ, et al (2006). “Đánh giá ban đầu về phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch qua nội soi hỗ trợ”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 10(4), 109-113.
75. Strong VE (2015), “Historical Perspective and Gastric Pathophysiology”, *Gastric Cancer: Principles and Practice*, Springer, 3-22.
76. Japanese Gastric Cancer Association (2017). “Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4)”, *Gastric Cancer*, 20(1), 1-19.

77. Japanese Gastric Cancer Association (2020). “Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition)”, *Gastric Cancer* (<https://doi.org/10.1007/s10120-020-01042-y>).
78. Noh SH, Hyung WJ (2019), “Part V: Open Surgery for Gastric Cancer”, *Surgery for Gastric Cancer*, Springer, 98-133.
79. Noh SH, Hyung WJ (2019), “Part VI: Laparoscopic Surgery for Gastric Cancer”, *Surgery for Gastric Cancer*, Springer, 135-167.
80. Nguyen NT, Scott-Conner CEH (2012), “Laparoscopic Total Gastrectomy for Cancer”, *The SAGES Manual Volume 2: Advanced Laparoscopy and Endoscopy*, Springer, 303-316.
81. Strong VE (2015), “Laparoscopic Methods of Resection and Reconstruction for Subtotal and Total Gastrectomy with D2 Lymphadenectomy”, *Gastric Cancer: Principles and Practice*, Springer, 211-227.
82. Nguyễn Quang Bộ (2017). “Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn có kết hợp hóa chất”. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
83. Siquini W, et al (2015), “Total and Subtotal D2 Laparoscopic Gastrectomy”, *Total, Subtotal and Proximal Gastrectomy in Cancer: A color Atlas*, Springer, 157-186.
84. Chen QY, Huang CM, Lin JX, et al (2012). “Laparoscopy-assisted versus open D2 radical gastrectomy for advanced gastric cancer without serosal invasion: a case control study”, *World Journal of Surgical Oncology*, 10, 248-257.
85. Huang CM, Zheng CH (2015). Laparoscopic Suprapancreatic 5 Area Lymph Node Dissection for Gastric Cancer, *Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer*, Springer, 97-203.
86. Kyogoku N, Ebihara Y, Shichinohe T, et al (2018). “Circular versus linear stapling in esophagojejunostomy after laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer: a propensity score-matched study”, *Langenbecks Arch Surg*, 403(4), 463-471.

87. Lee JH, Lee CM, Son SY, et al (2014). "Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: long-term oncologic results", *Surgery*, 155(1), 154-164.
88. Kim EY, Choi HJ, Cho JB, Lee J (2016). "Totally Laparoscopic Total Gastrectomy Versus Laparoscopically Assisted Total Gastrectomy for Gastric Cancer", *Anticancer Res*, 36(4), 1999-2003.
89. Lê Mạnh Hà (2007). "Nghiên cứu phẫu thuật cắt đoạn ung thư dạ dày và vét hạch chặng 2, chặng 3, trong điều trị ung thư dạ dày". Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
90. Sakcak I, Yildiz BD, Avşar FM, et al (2011). "Does N ratio affect survival in D1 and D2 lymph node dissection for gastric cancer?", *World J Gastroenterol*, 17(35), 4007-4012.
91. Chang KK, Patel MS, Yoon SS (2017). "Linear-Stapled Side-to-Side Esophagojejunosotomy with Hand-Sewn Closure of the Common Enterotomy After Prophylactic and Therapeutic Total Gastrectomy", *J Gastrointest Surg*, 21(4), 712-722.
92. Jeong O, Ryu SY, Choi WY, et al (2014). "Risk Factors and Learning Curve Associated with Postoperative Morbidity of Laparoscopic Total Gastrectomy for Gastric Carcinoma", *Ann Surg Oncol*, 21(9), 2994-3001.
93. Jung DH, Son SY, Park YS, et al (2016). "The learning curve associated with laparoscopic total gastrectomy", *Gastric Cancer*, 19(1), 264-272.
94. Noh SH, Hyung WJ (2019), "Part XV: Postoperative Management and Follow-Up", *Surgery for Gastric Cancer*, Springer, 304-340.
95. Strong VE (2015), "Managing Early and Late Postoperative Complications Following Gastric Surgery", *Gastric Cancer: Principles and Practice*, Springer, 239-249.
96. Li Z, Liu Y, Yu D, et al (2019). "Surgical and Long-Term Survival Outcomes After Laparoscopic and Open Total Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: A Propensity Score-Matched Analysis", *World Journal of Surgery*, 43, 594-603.

97. Vũ Hải (2009). “Nghiên cứu chỉ định các phương pháp phẫu thuật, hoá chất bổ trợ và đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện K”. Luận án Tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y.
98. Trần Thiện Trung (2014), *Ung thư dạ dày, bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị*, Nhà xuất bản Y học, 260-265.
99. Küster R, Gebbensleben B, Stützer H, et al (1987). “Quality of Life in Gastric Cancer: Karnofsky's Scale and Spitzer's Index in Comparison at the Time of Surgery in a Cohort of 1081 Patients”, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 22, 102-106.
100. Võ Duy Long (2016). “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 20(2), 111-116.
101. Nguyễn Đăng Bảo (2019). “Phân tích 87 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày”, *Tạp chí nghiên cứu y học*, 119(3), 73-80.
102. Brenkman HJF, Correa-Cote J, Ruurda JP (2016). “A Step-Wise Approach to Total Laparoscopic Gastrectomy with Jejunal Pouch Reconstruction: How and Why We Do It”, *J Gastrointest Surg*, 20(11), 1908–1915.
103. Kodera Y, Yoshida K, Kumamaru H, et al (2019). “Introducing laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer in general practice: a retrospective cohort study based on a nationwide registry database in Japan”, *Gastric Cancer*, 22(1), 202-213.
104. Nguyễn Lam Hòa (2008). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh, kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày và hóa trị bổ trợ tại bệnh viện Việt Tiệp - Hải phòng”. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
105. Đặng Văn Thời (2017). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thương tổn và đánh giá kết quả lâu dài phẫu thuật triệt căn ung thư phần trên dạ dày”. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
106. Cho IS, Jang YJ, Kim JH, et al (2011). “Aging over 70 Years Is Not a Decisively Dismal Prognostic Factor in Gastric Cancer Surgery”, *Journal Gastric Cancer*, 200-205.

107. Đỗ Trọng Quyết (2010). “Nghiên cứu điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật có kết hợp ELF và miễn dịch trị liệu ASLEM”. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
108. Chen K, Mou YP, Xu XW, et al (2014). “Short-term surgical and long-term survival outcomes after laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer”, *BMC Gastroenterol*, 14, 41-48.
109. Li HT, Han XP, Su L, et al (2014). “Laparoscopic radical gastrectomy versus traditional open surgery in elderly patients with gastric cancer: Benefits and complications”, *Mol Clin Oncol*, 2(4), 530-534.
110. Đỗ Trường Sơn (2014). “Đánh giá kết quả xa sau mổ của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại khoa phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Việt Đức”, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 88(3), 82-88.
111. Lin JX, Huang CM, Zheng CH, et al (2013). “Laparoscopy-assisted gastrectomy with D2 lymph node dissection for advanced gastric cancer without serosa invasion: a matched cohort study from South China”, *World J Surg Oncol*, 11, 4-13.
112. Đỗ Văn Tráng (2012). “Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị”. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
113. Lê Minh Sơn (2008). “Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày sớm”. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viên Quân Y.
114. Viste A, Haugstvedt T, Eide GE, et al (1988). “Postoperative complications and mortality after surgery for gastric cancer”, *Ann Surg*, 207(1), 7-13.
115. Campbell IS (2017), “Visceral Vistas: Basil Hirschowitz and the Birth of Fiberoptic Endoscopy”, *Annals of Internal Medicine*, 156(3), 214-218.
116. Nguyễn Bá Đức (2001), “Ung thư dạ dày”. *Bài giảng ung thư học*: Nhà xuất bản Y học: 184-187.
117. Nguyễn Cường Thịnh, Diêm Đăng Bình (2013). “Nhận xét qua 228 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày”, *Tạp chí Y học thực hành*, 847(6), 65-68.

118. Vũ Quang Toàn, Đoàn Hữu Nghị, và cộng sự (2016). “Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IIB-III (T4) bằng hoá trị hỗ trợ EOX sau phẫu thuật tại Bệnh viện K”, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 2, 80-88.
119. Lê Quý Hưng (2016). “Nghiên cứu xác định kiểu gen CAGA và VACA của *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân ung thư dạ dày”, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, 2, 206-229.
120. Babaei M, Pourfarzi F, Yazdanbod A, et al (2010). “Gastric cancer in Ardabil, Iran-a review and update on cancer registry data”, *Asian Pac J Cancer Prev*, 11(3), 595-599.
121. Nelen SD, Verhoeven RHA, Lemmens V, et al (2017). “Increasing survival gap between young and elderly gastric cancer patients”, *Gastric Cancer*, 20(6), 919-928.
122. Bùi Văn Lạc (1997). “Một số nhận xét qua 265 trường hợp ung thư dạ dày được chẩn đoán bằng nội soi tại khoa Tiêu hóa Viện quân y 108”, *Nội khoa*, 1, 79-84.
123. Trần Văn Phoi (2002). “Ung thư dạ dày: Đối chiếu kết quả nội soi và phẫu thuật”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 6(4), 209-214.
124. Trần Văn Hợp (2016). Dạ dày và ruột non, *Giải phẫu bệnh học*, Nhà xuất bản Y học, 319-330.
125. Đỗ Thị Ngọc Hiếu (2014). “Ung thư biểu mô dạ dày vai trò cắt lớp điện toán trong phân giai đoạn u tại chỗ”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh* 18(1), 225-230.
126. Trần Hữu Vinh (2014). "Nhận xét đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh của các bệnh nhân ung thư dạ dày được cắt toàn bộ dạ dày tại khoa ngoại bệnh viện Bạch Mai từ 4/2008-10/2012", *Tạp chí Y học thực hành*, 914(4), 136-138.
127. Pourhoseingholi MA, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, et al (2009). “Prognostic factor in gastric cancer using log-normal censored regression model”, *Indian J Med Res*, 129, 262-267.

128. Bajetta E, Bruzzoni R, Mariani L, et al (2002). “Adjuvant chemotherapy in gastric cancer: 5-year result of a randomised study by the Italian Trial in Medical Oncology (ITMO) Group”, *Annal of Oncology*, 13, 299-307.
129. Jung JJ, Cho JH, Shin S, et al (2014). “Surgical Treatment of Anastomotic Recurrence after Gastrectomy for Gastric Cancer”, *Korean J Thorac Cardiovasc Surg*, 47, 269-274.
130. Bruno Zilberstein, Martins BC, Jacob CE, et al (2004). “Complications of gastrectomy with lymphadenectomy in gastric cancer”, *Gastric Cancer*, 7, 254-259.
131. Maruyama K, Gunvén P, Okabayashi K, et al (1989). “Lymph Node Metastases of Gastric Cancer”, *Ann Sug*, 210(5), 569-602.
132. Mocan L, Tomus C, Zaharie F, et al (2013). “Long Term Outcome Following Surgical Treatment For Distal Gastric Cancer”, *J Gastrointestinal Liver Dis*, 22(1), 53-58.
133. Shiraishi, Sato K, Yasuda K, et al (2007). “Multivariate Prognostic Study on Large Gastric Cancer”, *Journal of Surgical Oncology*, 96, 14-18.
134. Barr H, Greenall MJ (2003), “Carcinoma of stomach”, *Med-Lib-Medical online library-English Articles-Oxford Textbook of surgery*, 1-30.
135. Wang HM, Huang CM, Zheng CH, et al (2012). “Tumor size as a prognostic factor in patient with advanced gastric cancer in the lower third of the stomach”, *World J Gastroenterol*, 18(38), 5470-5475.
136. Lu J, Huang CM, Zheng CH, et al (2013). “Consideration of tumor size improves the accuracy of TNM prediction in patients with gastric cancer after curative gastrectomy”, *Surgical Oncology*, 22, 167-171.
137. Takeno A, Takemasa I, Seno S, et al (2010). “Gene Expression Profile Prospectively Predicts Peritoneal Relapse After Curative Surgery of Gastric Cancer”, *Ann Surg Oncol*, 17, 1033-1042.
138. Lê Văn Thành, Võ Quốc Hoàn, cộng sự (2017). “Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị sớm phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn do ung thư tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 459, 141-147.

139. Wang CS, Hsieh CC, Chao TC, et al (2000). "Resectable Gastric Cancer: Operative Mortality and Survival Analysis", *Chang Gung J*, 25(4), 216-227.
140. Sayegh ME, Sano T, Dexter S, et al (2004). "TNM and Japanese staging systems for gastric cancer: How do they coexist?", *Gastric cancer*, 7, 140-148.
141. Memon MA, Butler N, Memon B (2010). "The issue of lymphadenectomy during laparoscopic gastrectomy for gastric carcinoma", *World J Gastrointest Oncol*, 2(2), 65-67.
142. Sano T, Aiko T (2011). "New Japanese classifications and treatment guidelines for gastric cancer: revision concepts and major revised points", *Gastric Cancer*, 14(2), 97-100.
143. Hoàng Mạnh An (2007). "Nhận xét sự liên quan của hạch bạch huyết với ung thư 1/3 dưới dạ dày", *Y học thực hành*, 8, 97-99.
144. Kunisaki G, Shimana H, et al (2005). "Surgical outcome in patients with gastric adenocarcinoma in the upper third of the stomach", *Surgery*, 137, 165-171.
145. Kwang YH, et al (2004). "Issues in the Management of the Upper Third Gastric Cancer", *Cancer Research and Treatment*, 4-5.
146. Hồ Chí Thanh (2008). "Đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và di căn trong phẫu thuật điều trị ung thư 1/3 dưới dạ dày tại bệnh viện 103". Luận văn Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
147. Đỗ Văn Tráng, Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (2009). "Kỹ thuật nạo vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang vị", *Y học thực hành*, 2, 7-10.
148. Lin JX, Huang CM, Zheng CH, et al (2015). "Surgical outcomes of 2041 consecutive laparoscopic gastrectomy procedures for gastric cancer: a large-scale case control study", *PLoS One*, 10(2), 1-15.
149. Chen K, Xu KW, Mou YP, et al (2013). "Systematic review and meta-analysis of laparoscopic and open gastrectomy for advanced gastric cancer", *World J Surg Oncol*, 11, 182-194.

150. Feng JF, Huang Y, Liu J, et al (2013). “Risk factors for No. 12p and No. 12b lymph node metastases in advanced gastric cancer in China”, *Ups J Med Sci*, 118(1), 9-15.
151. Lim DH, Kim HS, Park YS, et al (2010). “Metastatic lymph node in gastric cancer; is it a real distant metastasis?”, *BMC Cancer*, 10(25-33).
152. Nguyễn Xuân Kiên, Vũ Duy Thanh, Phạm Duy Hiền, et al (2004). “Ý nghĩa tiên lượng của nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số đặc biệt (11/2004), 35-40.
153. Haga N, Ishiguro T, Kuwabara K, et al (2013). “Comparison of three different minimally invasive procedures of distal gastrectomy for nonoverweight patients with t1n0-1 gastric cancer”, *Int Surg*, 98, 259-265.
154. Moon JS, Park MS, Kim JH, et al (2015). “Lessons learned from a comparative analysis of surgical outcomes of and learning curves for laparoscopy-assisted distal gastrectomy”, *J Gastric Cancer*, 15(1), 29-38.
155. Haverkamp L, Weijs TJ, Sluis PC, et al (2013). “Laparoscopic total gastrectomy versus open total gastrectomy for cancer: a systematic review and meta-analysis”, *Surg Endosc*, 27(5), 1509-1520.
156. Wang W, Zhang X, Shen C, et al (2014). “Laparoscopic versus open total gastrectomy for gastric cancer: an updated meta-analysis”, *PLoS One*, 9(2), 1-15.
157. Kawaguchi Y, Shiraishi K, Akaike H, Ichikawa D (2019). “Current status of laparoscopic total gastrectomy”, *Ann Gastroenterol Surg*, 3(1), 14-23.
158. Li HT, Han XP, Su L, et al (2014). “Short-term efficacy of laparoscopy-assisted vs open radical gastrectomy in gastric cancer”, *World J Gastrointest Surg*, 6(4), 59-64.

PHỤ LỤC 1
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU
SỐ NC

I. PHẦN HÀNH CHÍNH

Họ tên BN: Tuổi:....., Giới: 1: Nam, 2: Nữ
Dân tộc: 1: Kinh. 2: Thái. 3: H.Mong. 4: Tày. 5: Khác
Nghề nghiệp: 1: CBVC. 2: CN. 3: ND. 4: QN. 5: HT. 6: Khác.
Địa chỉ:
Số điện thoại:
Ngày vào viện:.../.../....., Ngày mổ:.../.../....., Ngày ra viện:.../.../.....
Số vào viện: Mã số bệnh án:
Hoàn cảnh nhập viện: 1: Cấp cứu . 2: Khám thường.
Họ tên người thân:.....
Địa chỉ: Số điện thoại:

II. TIỀN SỬ:

Tiền sử bệnh dạ dày : 0: Không. 1: Viêm dạ dày. 2: Loét dạ dày.
3: XH dạ dày. 4: Polyp dạ dày. 5: Khác
Tiền sử nội khoa : 0: Không, 1: THA. 2: Mạch vành. 3: ĐTD.
4: Lao phổi cũ. 5: COPD ổn định. 6: Goute. 7: TBMMN cũ.
8: Viêm PQ. 9: Khác
Tiền sử ngoại khoa: 0: Không có tiền sử ngoại khoa
1: PTNS các bệnh lý tầng trên ổ bụng
2: PTNS các bệnh lý tầng dưới ổ bụng
3: Mổ mở củ
4: Khác.....

III. LÂM SÀNG:

BMI :; ASA 1: ASA1, 2: ASA2, 3: ASA3, 4: ASA4, 5: ASA5
Đau bụng: 0: Không. 1: Có. Thời gian đau: tháng.

Vị trí đau: 1: Thượng vị. 2: HSP. 3: HST. 4: Khác

Tính chất đau: 1: Đau chu kỳ. 2: Không chu kỳ. 3: Đau không rõ ràng

Chán ăn: : 0: Không. 1: Có.

Đầy bụng khó tiêu 0: Không. 1: Có.

Sút cân: : 0: Không. 1: Có. Số cân bị sút:..... kg.

Nôn, buồn nôn : 0: Không. 1: Có.

Ợ hơi: : 0: Không. 1: Có.

Ợ chua : 0: Không. 1: Có.

Nóng sau xương ức : 0: Không. 1: Có.

Chảy máu TH: 0: Không. 1: Phân đen. 2: Nôn máu, phân đen.

U bụng: 0: Không. 1: Có. Di động 0: Không. 1: Có. KT:.....cm.

Dịch ổ bụng: 0: Không. 1: Có.

Dấu hiệu khác:

IV. CẬN LÂM SÀNG:

Nhóm máu:; Công thức máu: HC:....., Hb:

Nội soi dạ dày:

Vị trí tổn thương : 1: Tâm phình vị. 2: Thân vị. 3: Hang vị. 4: Môn vị.

Hình thái tổn thương đại thể qua nội soi dạ dày :

1: Sùi loét. 2: Loét. 3: Loét thâm nhiễm. 4: Thâm nhiễm

Siêu âm ổ bụng: 0: Không làm, 1: SA bình thường, 2: Dày thành DD,

3: Khác

Siêu âm hạch ổ bụng : 0: Không có hạch. 1: Có hạch ổ bụng.

Chụp cắt lớp vi tính : 0: Không. 1: Có.

Kết quả chụp cắt lớp vi tính:

Tổn thương thành DD : 0: Không, 1: Dày thành.

Hạch ổ bụng : 0: Không, 1: Có. Kích thước hạch mm

Dịch ổ bụng : 0: Không. 1: Ít, 2: Nhiều

Di căn các tạng khác 0: Không. 1: Có. Tạng di căn:

Tổn thương khác:

Chẩn đoán giai đoạn trước mổ: T, N, M

Chẩn đoán giai đoạn bệnh trước mổ theo TNM:

V. MÔ TẢ TRONG MỔ:

Tư thế bệnh nhân, vị trí phẫu thuật viên và trocar:

Tư thế bệnh nhân : 1: Nằm ngửa. hai chân dạng. 2: Khác

Số lượng trocar : 1: 5 trocar. 2: Khác

Vị trí trocar : 1: Dưới Rốn-MSP-MST-HSP-HST. 2: Khác

Kích thước trocar : 1: 1 trocar 10mm - 2 trocar 12mm - 2 trocar 5mm

2: 1 trocar 10mm - 1 trocar 12mm - 3 trocar 5mm

3: Khác

Vị trí PTV : 1: PTV bên trái – Phụ 1 bên phải – Phụ 2. ở giữa 2 chân

3: Khác

Mô tả tổn thương trong mổ:

Thanh mạc dạ dày : 1: Bình thường. 2: Đổi màu trắng. 3: Lồi thành u

Khoảng cách bờ tổn thương đến tâm vị cm

Mức độ xâm lấn : 1: T1, 2: T2, 3: T3, 4: T4a, 5: T4b.

Dịch ổ bụng : 0: Không. 1: Ít. 2: Nhiều.

Hạch ổ bụng : 0: Không. 1: Có.

Di căn các tạng khác 0: Không. 1: Có. Tạng di căn:

Quy trình kỹ thuật PTNS cắt toàn bộ dạ dày:

Kỹ thuật cắt toàn bộ dạ dày :

1: PTNS hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày

2: PTNS hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày

Phương pháp nội thực quản hồng tràng :

1: Nội tận tận, không cắt TQ-HT trước bằng máy khâu nối thẳng.

2: Khác

Các bước thực hiện quy trình kỹ thuật gặp khó khăn:

- Bước 1: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Bước 2: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Bước 3: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Bước 4: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Bước 5: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Bước 6: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Bước 7: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Bước 8: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Bước 9: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Bước 10: 0: Không, 1: Có. Lý do:
- Khó khăn khác:

VI. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT:

Lượng máu mất trong mổ: (ml)

- Tai biến trong mổ: 0: Không. 1: Chảy máu. 2: Rách lách.
3: Rách gan. 4: Thủng ĐT. 5: Rách OMC.
6: Thủng hoặc Rách thanh cơ ruột non
7: Khác:

Thời gian mổ: phút.

Chuyển mổ mở : 0: Không. 1: Có. Lý do chuyển mổ mở:

Tử vong trong mổ : 0: Không. 1: Có. Nguyên nhân

VII. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ:

- Biến chứng: 0: Không. 1: Chảy máu sau mổ. 2: Rò mỏm tá tràng.
3: Rò miệng nối. 4: VFM sau mổ. 5: Viêm phổi.
6: Áp xe tồn dư. 7: Nhiễm trùng vết mổ. 8: Khác

Thời gian có trung tiện: giờ

Thời gian rút thông dạ dày: giờ

Thời gian rút dẫn lưu: ngày

Thời gian bắt đầu nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa (cho ăn) ngày

Mức độ đau (VAS) :

0: Không đau. 1: Đau ít. 2: Đau vừa. 3: Đau nhiều. 4: Đau rất nhiều.

Thời gian nằm viện sau mổ: ngày.

Tử vong sau mổ : 0: Không. 1: Có. Nguyên nhân

VIII. KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH

Mô tả tổn thương đại thể:

Hình thái tổn thương đại thể UTBMDD:

1: Thê sùi. 2: Loét sùi. 3: Loét thâm nhiễm. 4: Thâm nhiễm.

Vị trí tổn thương 1: Tâm phình vị. 2: Thân vị. 3: Hang vị. 4: Môn vị.

Kích thước tổn thương cm

Khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến diện cắt trên cm

Mức độ xâm lấn T 0: Tx. 1: T0. 2: Tis. 3: T1. 4: T2. 5: T3. 6: T4a. 7: T4b

Mô tả vi thể theo phân loại của WHO:

- | | | | | |
|------------------------|----|------|--------|------|
| 1: UTBM không xếp loại | 2: | UTBM | tuyến | nhú |
| 3: UTBM tuyến ống | 4: | UTBM | tuyến | vảy |
| 5: UTBM tế bào nhẵn | 6: | UTBM | tế bào | vảy |
| 7: UTBM tế bào nhỏ | 8: | UTBM | tuyến | nhảy |
| 9: UTBM không biệt hóa | | | | |

Mức độ biệt hóa: 1: Biệt hóa cao. 2: Biệt hóa vừa. 3: Biệt hóa kém

Kết quả mô bệnh học hạch:

Số hạch nạo vét được: Số hạch có di căn:..... Nhóm hạch di căn

Chặng hạch di căn: 1:N0. 2:N1(1-2 hạch). 3:N2(3-6 hạch). 4:N3(≥ 7)

Kết quả mô bệnh học diện cắt:

Kết quả mô học diện cắt trên: 0: Không có TBUT. 1: Còn tế bào UT.

Kết quả mô học diện cắt dưới: 0: Không có TBUT. 1: Còn tế bào UT.

IX. PHÂN GIAI ĐOẠN BỆNH: Theo TMN (JGCA 3rd - 2011)

1: Giai đoạn Ia (T1N0)

- 2: Giai đoạn Ib (T1N1 - T2N0)
- 3: Giai đoạn IIa (T1N2 - T2N1 - T3N0)
- 4: Giai đoạn IIb (T1N3 - T2N2 - T3N1 - T4aN0)
- 5: Giai đoạn IIIa (T2N3 - T3N2 - T4aN1 - T4bN0)
- 6: Giai đoạn IIIb (T3N3 - T4aN2 - T4bN1 - T4bN0)
- 7: Giai đoạn IIIc (T4aN3 - T4bN2 - T4bN3)
- 8: Giai đoạn IV (M1).

Ngày..... tháng năm

Người thu thập số liệu

PHỤ LỤC 2
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU KHÁM LẠI SAU MỔ
Số phiếu NC:

I. PHẦN HÀNH CHÍNH

Họ tên BN: Tuổi: Giới: 1: Nam; 2 nữ

Địa chỉ:

Họ và tên người thân: Số ĐT:

II. THĂM KHÁM

1. Thời gian kiểm tra sau mổ: tháng.

2. Đánh giá chất lượng sống:

Ăn uống kém: 0: Không 1: Có

Sút cân: 0: Không 1: Có

Nuốt nghẹn: 0: Không 1: Có

Nôn: 0: Không 1: Có

Vàng da – mắt: 0: Không 1: Có

Vết mổ: 1: Liên tốt, 2: Khác

3. Cận lâm sàng:

CTM: HC....., Hb..... Siêu âm bụng:

CLVT:

Nội soi thực quản đánh giá lưu thông miệng nối :

0: Không làm, 1: Lưu thông tốt, 2: Hẹp miệng nối, 3: Khác

Xquang thực quản có cản quang đánh giá lưu thông miệng nối :

0: Không làm, 1: Lưu thông tốt, 2: Hẹp miệng nối, 3: Khác

4. Điều trị hóa chất: 0: Không; 1: Có. Phác đồ:

5. Tái phát và di căn: 0: Không, 1: Có. Thời gian phát hiện tháng.

6. Đánh giá sức khỏe chung: 1: Kém, 2: Trung bình, 3: Khá, 4: Tốt.

7. Tử vong ngày/...../..... Nguyên nhân tử vong

Ngày..... tháng năm

Người thu thập số liệu

PHỤ LỤC 3
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU SAU MỔ

(Liên lạc qua điện thoại)

Số phiếu NC:

I. PHẦN HÀNH CHÍNH

Họ tên BN: Tuổi: Giới: 1: Nam; 2 nữ

Địa chỉ:

Họ và tên người thân: Số ĐT:

Liên lạc vào lúc Ngày

II. HỎI BỆNH

1. Thời gian kiểm tra sau mổ: tháng.

2. Đánh giá chất lượng sống:

Ăn kém (chán ăn): 0: Không 1: Có

Sút cân: 0: Không 1: Có

Nuốt nghẹn: 0: Không 1: Có

Nôn: 0: Không 1: Có

Vàng da – mắt: 0: Không 1: Có

Vết mổ: 1: Liên tốt, 2: Khác

3. Điều trị hóa chất 0: Không; 1: Có. Phác đồ:

5. Tái phát và di căn: 0: Không, 1: Có. Thời gian phát hiện tháng.

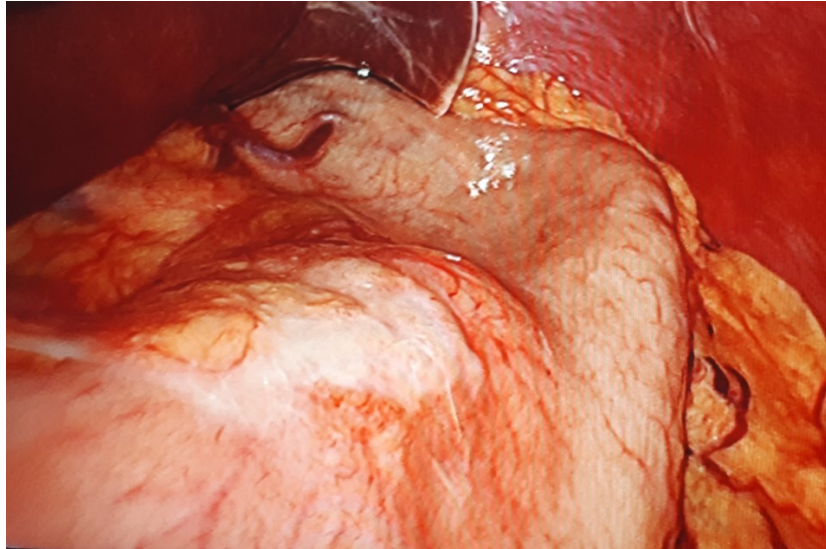
4. Đánh giá sức khỏe chung: 1: Kém, 2: Trung bình, 3: Khá, 4: Tốt.

7. Tử vong ngày/...../..... Nguyên nhân tử vong

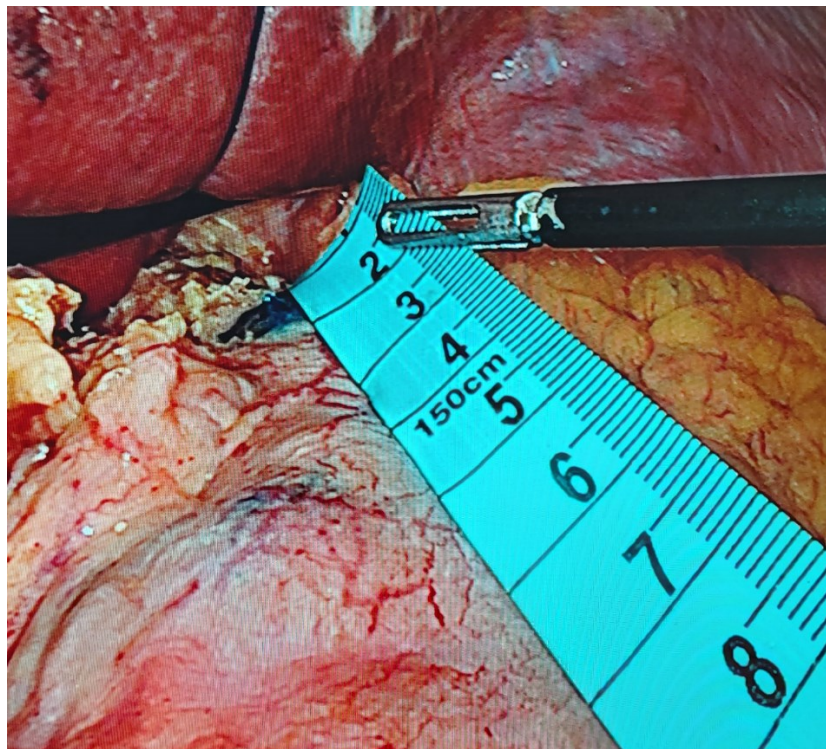
Ngày..... tháng năm

Người thu thập số liệu

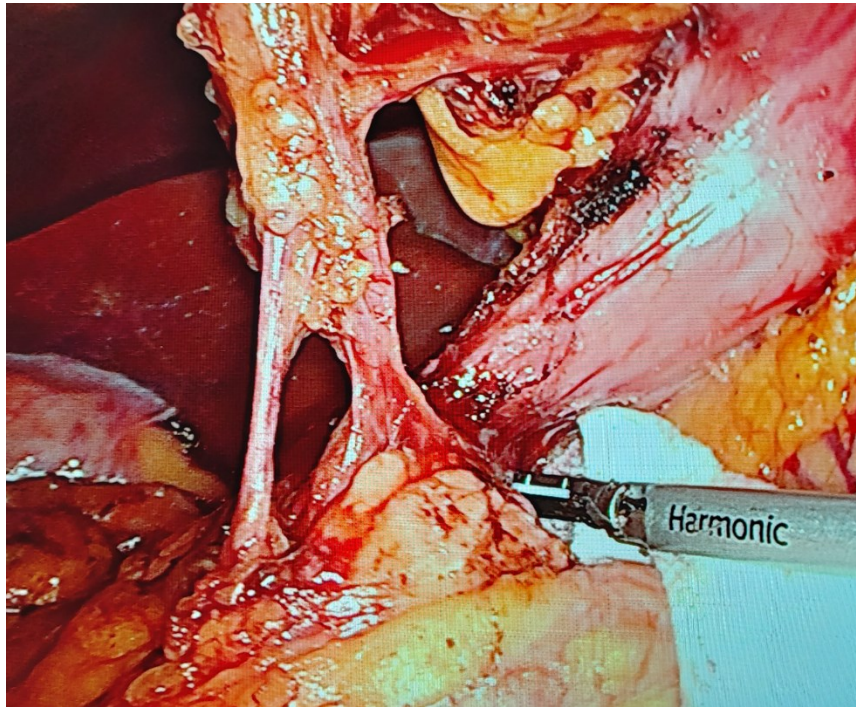
PHỤ LỤC 4
HÌNH ẢNH MINH HỌA



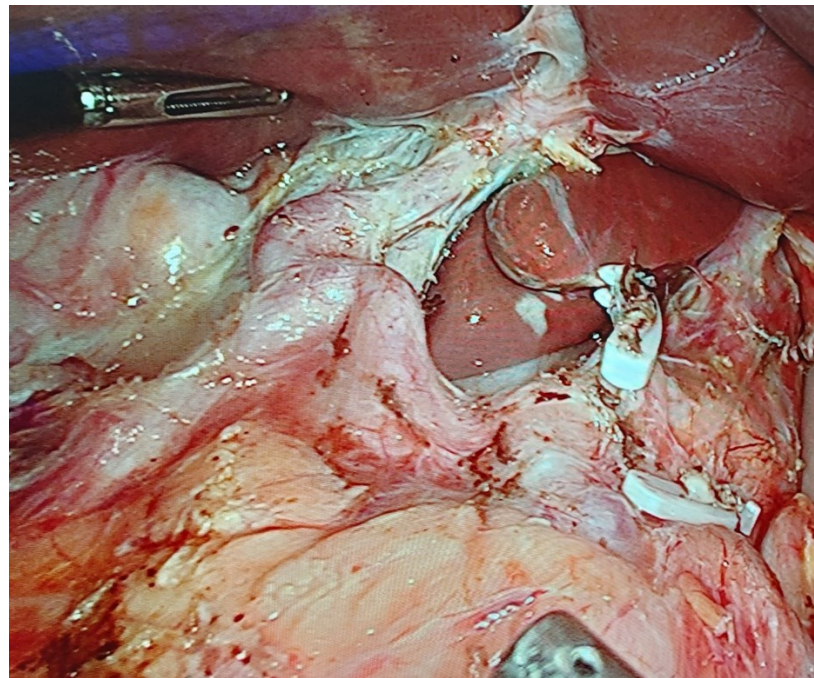
Hình 1: Tổn thương u ở thân vị dạ dày
(BN Trương Văn T. 66T, MSBA 17637236)



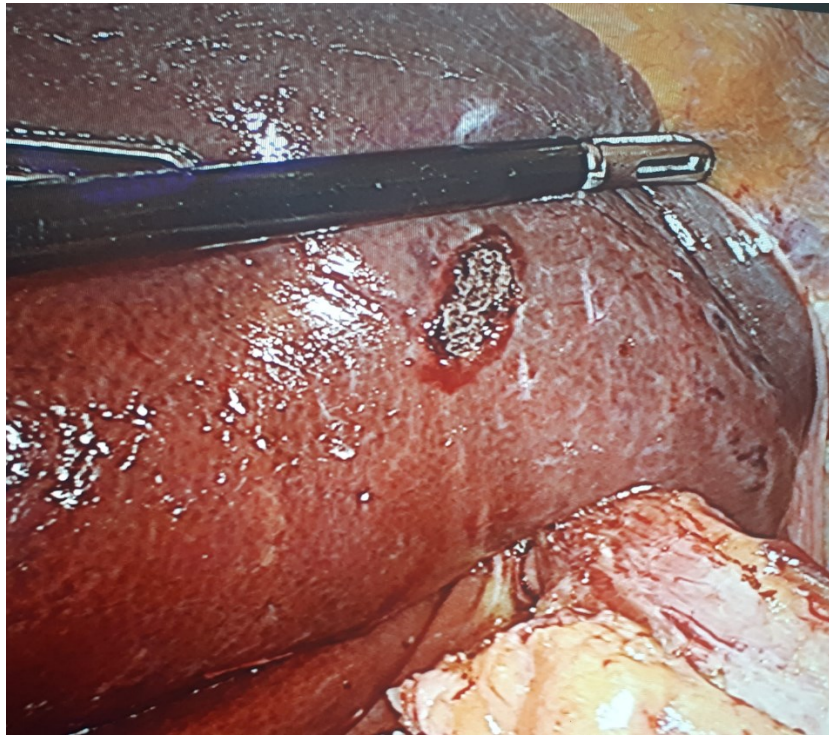
Hình 2: Đo khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến tâm vị
(BN Lê Công H. 62T, MSBA 18320205)



***Hình 3: Nạo vét hạch nhóm 6
(BN Ngô Đức D. 75T, MSBA 19600129)***



***Hình 4: Nạo vét hạch nhóm 5,7, 8a, 9, 11p và 12a
(BN Trần Văn H. 75T, MSBA 20025914)***



**Hình 5: Tổn thương gan trong mỡ, đã cầm máu bằng dao điện
(BN Ngân Văn D. 58T, MSBA 18990366)**



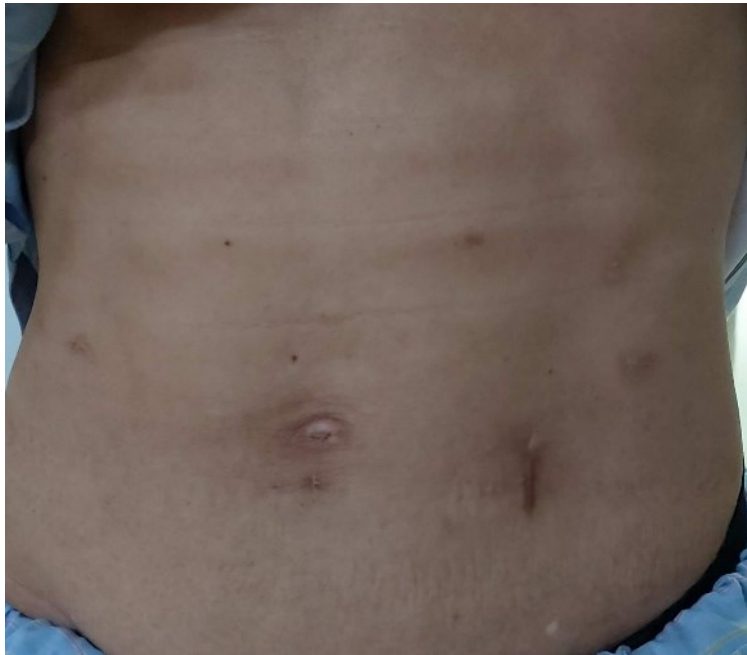
**Hình 6: Nối hồi tràng – hồi tràng (chân Y) bằng máy khâu nối thẳng
(BN Trần Văn H. 75T, MSBA 20025914)**



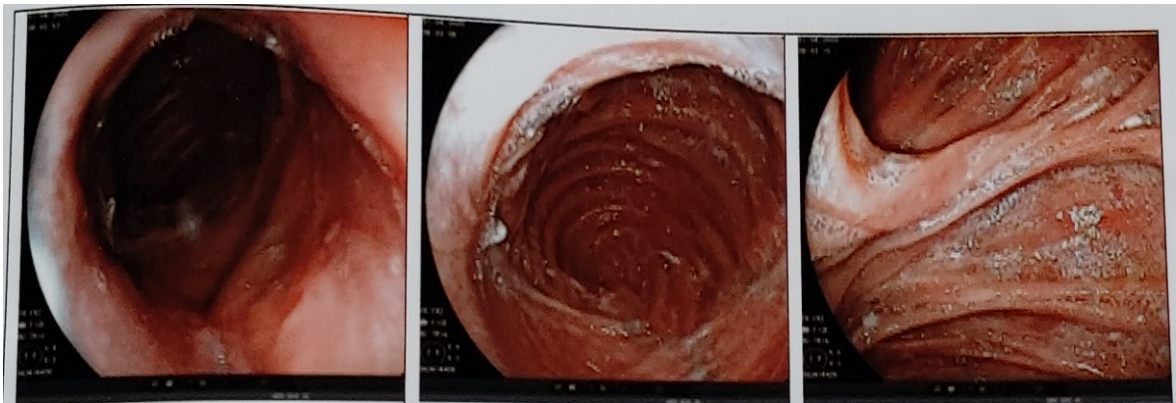
**Hình 7: Bệnh phẩm tổn thương dạ dày sau mổ
(BN Phạm Gia H. 49T, MSBA 18472869)**



**Hình 8: Bệnh phẩm và hạch sau mổ
(BN Trần Duy L. 65T, MSBA 19441030)**



***Hình 9: Vết mổ sau 3 tháng
(BN Bùi Đ.N. 48T, MSBA 19656258)***



***Hình 10: Nội soi miệng nối sau mổ 1 năm
(BN Nguyễn Thị T. 55T, MSBA 19455655)***

PHỤ LỤC 5

DANH SÁCH BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY PHẪU THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HNĐK NGHỆ AN

TT	HỌ TÊN	TUỔI	ĐỊA CHỈ	NGÀY VÀO	NGÀY RA	MÃ BN
1	Trương Văn T	66	Nghĩa Minh - Nghĩa Đàn – NA	23.07.2017	11.08.2017	17637236
2	Kha Văn Đ	44	Mai Sơn – Trương Dương – Nghệ An	01.08.2017	14.08.2017	13017403
3	Trần Văn H	44	Diễn Bích – Diễn Châu – Nghệ An	12.04.2018	03.05.2018	18156957
4	Nguyễn Quốc V	57	Kỳ Sơn - Tân Kỳ - Nghệ An	13.06.2018	27.06.2018	18569872
5	Trần Đình K	70	Nghĩa Đồng – Tân Kỳ - NA	04.07.2018	19.07.2018	18067109
6	Bùi Văn B	58	Tân Đồng – Nghĩa Đàn – NA	06.07.2018	20.07.2018	18645574
7	Hàn Danh S	57	Quỳnh Lâm - Quỳnh Lưu - NA	08.08.2018	23.08.2018	18002505
8	Thái Bá H	67	Nghĩa Thái Tân Kỳ - Nghệ An	11.08.2018	24.08.2018	18018641
9	Nguyễn Quốc H	66	Tân An – Tân Kỳ - Nghệ An	13.08.2018	28.08.2018	18616979
10	Ngô Văn K	47	Quỳnh Yên – Quỳnh Lưu – NA	31.08.2018	12.09.2018	18904511
11	Nguyễn Thị H	47	Diễn Lợi – Diễn Châu – Nghệ An	10.09.2018	19.09.2018	18123476
12	Quế Đình Đ	57	Diễn Hải – Diễn Châu – Nghệ An	21.09.2018	01.10.2018	18024058
13	Ngân Văn D	58	Tiền Phong – Quế Phong – Nghệ An	05.10.2018	16.10.2018	18990366
14	Vi Văn Q	55	Châu Hạnh – Quỳnh Châu – Nghệ An	18.10.2018	05.11.2018	18208764
15	Lê Công H	62	Tây Thành – Yên Thành – Nghệ An	02.11.2018	19.11.2018	18320205
16	Đình Văn L	72	Tân Sơn - Quỳnh Lưu – Nghệ An	09.11.2018	23.11.2018	18614140
17	Lữ Văn N	70	Lục Dạ - Con Cuông – Nghệ An	08.11.2018	03.12.2018	18636443

18	Lê Đăng Kh	50	Quỳnh Trang – Hoàng Mai – NA	12.12.2018	25.12.2018	18963010
19	Nguyễn Trọng H	72	Bảo Thành – Yên Thành – Nghệ An	21.12.2018	02.01.2019	18290065
20	Nguyễn Thị H.V	68	Nghi Hoa - Cửa Lò – Nghệ An	02.01.2019	15.01.2019	18711401
21	Lê Thị K	73	Thanh Xuân – T.Chương – NA	08.01.2019	21.01.2019	19050026
22	Ngô Đức D	58	Diễn Xuân – Diễn Châu – Nghệ An	10.01.2019	25.01.2019	19600129
23	Đặng Xuân Q	80	Hung Tây – Hung Nguyên – NA	15.01.2019	30.01.2019	19601048
24	Lưu Thiết G	63	Diễn Phú – Diễn Châu – Nghệ An	21.01.2019	31.01.2019	19212410
25	Cao Thị Đ	59	Diễn Ngọc – Diễn Châu – Nghệ An	12.02.2019	22.02.2019	19006130
26	Trương Văn L	62	Nghĩa Lâm – Nghĩa Đàn – NA	12.02.2019	01.03.2019	19061904
27	Phạm Gia H	49	Nghĩa Dũng – Tân Kỳ - NA	21.02.2019	05.03.2019	18472869
28	Nguyễn Huy K	61	Tân Sơn – Quỳnh Lưu – Nghệ An	21.03.2019	08.04.2019	19612992
29	Nguyễn Thị B	66	Nghi Xá – Nghi Lộc – Nghệ An	02.05.2019	14.05.2019	19083212
30	Trần Duy L	65	Vĩnh Thành – Yên Thành – NA	22.05.2019	03.06.2019	19441030
31	Lộc Văn H	54	Châu Cường – Quỳ Hợp – NA	27.05.2019	07.06.2019	19524545
32	Kim Văn T	52	Quỳ Châu – Quỳ Hợp – Nghệ An	14.06.2019	25.06.2019	19086207
33	Thái Bá Th	64	Quỳnh Liên – Hoàng Mai – NA	22.07.2019	31.07.2019	19121440
34	Vũ Thị Tr	66	Đô Thành – Yên Thành – Nghệ An	29.07.2019	06.08.2019	19039508
35	Hồ Văn C	71	Vân Đàn – Nam Đàn – Nghệ An	30.07.2019	12.08.2019	19525282
36	Nguyễn Thị T	55	Sơn Hải – Quỳnh Lưu – Nghệ An	05.08.2019	13.08.2019	19455655
37	Bùi Đăng N	48	Nghĩa Hồng – Nghĩa Đàn – NA	16.08.2019	28.08.2019	19656258

38	Kha Văn Ph	62	Ngọc Lâm – T.Chương – NA	26.08.2019	18.09.2019	19618697
39	Mai Thị M	63	Kỳ Tân – Tân Kỳ - Nghệ An	08.09.2019	20.09.2019	19399700
40	Trương Thị L	67	Quỳnh Liên – Hoàng Mai – NA	29.08.2019	23.09.2019	19639141
41	Trương Văn T	50	Diễn An – Diễn Châu – Nghệ An	13.12.2019	25.12.2019	19228134
42	Kha Thị M	69	Tam Đình – T.Dương – NA	12.12.2019	30.12.2019	19758489
43	Ngô Trí H	64	Nghĩa Hành – Tân Kỳ - NA	20.12.2019	02.01.2020	14906432
44	Trần T	55	Diễn Hải – Diễn Châu – Nghệ An	20.02.2020	10.03.2020	19999914
45	Hồ Bá C	83	Quỳnh Thạch – Quỳnh Lưu – NA	02.03.2020	13.03.2020	20484656
46	Nguyễn Xuân H	29	Quỳnh Thạch – Quỳnh Lưu – NA	03.03.2020	13.03.2020	13172124
47	Nguyễn Văn D	56	Nam Nghĩa – Nam Đàn – NA	09.03.2020	19.03.2020	20224154
48	Vi Văn Th	56	Nằm Nhoóng – Quế Phong – NA	06.03.2020	20.03.2020	20013178
49	Trần Văn H	75	Xuân Lâm – Nam Đàn – Nghệ An	18.05.2020	27.05.2020	20025914
50	Trần Đình Th	88	Nam Cường – Nam Đàn – NA	08.05.2020	01.06.2020	0031685
51	Lê Đình H	73	Thanh Văn – T.Chương – NA	19.05.2020	02.06.2020	0033655
52	Nguyễn Thị L	75	Thanh Hương – T.Chương – NA	25.05.2020	03.06.2020	0036512
53	Hồ Hữu Ng	63	Quỳnh Nghĩa - Quỳnh Lưu – NA	04.06.2020	10.06.2020	0042457
54	Vi Văn Đ	75	Châu Kim – Quế Phong – Nghệ An	05.06.2020	17.06.2020	0059298
55	Vương Quốc Kh	70	Hồng Thành – Yên Thành – NA	10.06.2020	23.06.2020	0063743
56	Ngân Văn Th	65	Lục Dạ - Con Cuông – Nghệ An	10.06.2020	22.06.2020	0064148
57	Võ Thị Ch	88	Lê Mao- TP Vinh – Nghệ An	14.07.2020	03.08.2020	0065351

58	Thái Hữu Th	84	Hưng Chính – TP Vinh – Nghệ An	14.08.2020	27.08.2020	0081479
59	Nguyễn Thị T	43	Bắc Sơn – Đô Lương Nghệ An	17.08.2020	01.09.2020	0082353
60	Đặng Hải Đ	68	Diễn Thọ - Diễn Châu – Nghệ An	24.08.2020	15.09.2020	0043227
61	Mai Xuân Đ	63	Phong Thịnh – T.Chương – NA	14.09.2020	23.09.2020	0091519
62	Nguyễn Thị L	60	Xuân Trường – Nghi Xuân – HT	19.09.2020	30.09.2020	0039580
63	Hồ Thị Đ	76	Minh Hợp – Quỳnh Hợp – Nghệ An	21.09.2020	05.10.2020	0098559
64	Nguyễn Thị V	48	Minh Hợp - Quỳnh Hợp – Nghệ An	01.10.2020	16.10.2020	0103722
65	Lê Văn Đ	70	Kỳ Thịnh – Kỳ Anh – Hà Tĩnh	16.10.2020	27.10.2020	0183684
66	Phạm Thị Th	78	Diễn Yên – Diễn Châu Nghệ An	15.10.2020	02.11.2020	0110496
67	Moong Mẹ H	35	Bảo Thắng – Kỳ Sơn – Nghệ An	26.10.2020	10.11.2020	0114976
68	Lưu Thị N	60	Quỳnh Bảng – Quỳnh Lưu – NA	06.11.2020	17.11.2020	0119437
69	Hà Thanh B	69	Thông Thụ - Quế Phong – NA	10.11.2020	23.11.2020	0206307
70	Kim Thị Ch	60	Thông Thụ - Quế Phong – Nghệ An	13.11.2020	23.11.2020	0208816

Ngày 15 tháng 04 năm 2021

Xác nhận của Bệnh viện HNĐK Nghệ An

Nghiên cứu sinh

Đình Văn Chiến