

**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 khoa**

Mã số: **9720104**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HẢI PHÒNG - 2022**

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI  
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG**

**Người hướng dẫn khoa học:**

- 1. PGS.TS. Nguyễn Văn Hương**
- 2. PGS.TS. Phạm Văn Duyệt**

**Phản biện 1: GS.TS. Lê Trung Hải**

**Phản biện 2: PGS.TS. Nguyễn Đức Tiến**

**Phản biện 3: PGS.TS. Triệu Triều Dương**

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường  
vào hồi:      giờ, ngày      tháng      năm 2022.

**Có thể tìm hiểu luận án tại:**

1. Thư viện Quốc Gia
2. Thư viện Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
3. Thư viện Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

## DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA TÁC GIẢ ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỀ TÀI 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; Page 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 tận-tận trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày”. *Tạp chí Y Học Lâm Sàng* – Số 77/2022. tr: 110-117.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh ác tính thường gặp, đây là nguyên nhân đứng hàng thứ ba gây tử vong do ung thư trên toàn thế giới, trong đó đa phần là ung thư biểu mô dạ dày, chiếm hơn 95%. Hàng năm, có hơn một triệu người ung thư dạ dày được chẩn đoán mới trên thế giới.

Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở vùng Đông Á, Trung Á và Mỹ La tinh. Hàn Quốc là quốc gia có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất với gần 60/100.000 ở nam giới và 25/100.000 ở nữ giới, Việt Nam tỷ lệ mới mắc ở nam giới là 23,3/100.000 và ở nữ giới là 10,2/100.000. Mỗi năm có khoảng 738.000 ca tử vong do ung thư dạ dày, chiếm 8,3% các trường hợp tử vong do ung thư. Việt Nam, tỷ lệ tử vong do ung thư dạ dày ở nam giới là 19,7/100.000 và ở nữ giới là 8,7/100.000. Lứa tuổi thường hay gặp trong ung thư dạ dày theo các tác giả ở Nhật Bản là 62,7 - 64,8 và các tác giả Châu Âu và Mỹ là 63,6 - 73 tuổi.

Phẫu thuật cắt dạ dày và nạo vét các nhóm hạch xung quanh là phương pháp chính và chủ yếu trong điều trị triệt căn ung thư biểu mô dạ dày. Sự lựa chọn phương pháp phẫu thuật và mức độ nạo vét hạch phụ thuộc vào vị trí, kích thước và mức độ xâm lấn của khối u.

Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày thường được áp dụng cho những khối u 2/3 trên dạ dày. Carl B. Schlatter, là người đầu tiên thực hiện thành công cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày vào năm 1897. Trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, việc nạo vét hạch đóng vai trò rất quan trọng, mang lại tính chất điều trị triệt căn và là phẫu thuật tiêu chuẩn được các nước trên thế giới áp dụng.

Năm 1999, Umaya và cộng sự là những người đầu tiên báo cáo về trường hợp phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày kèm theo có cắt lách và đuôi tụy, vét hạch D2. Cũng trong năm đó, Azagra và cộng sự cũng báo cáo thực hiện cắt toàn bộ dạ dày cho 12 bệnh nhân. Shinorhara (2009), báo cáo phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 cho 55 bệnh nhân ung thư dạ dày có tổn thương từ T2-T4 và nối thực quản hồng tràng kiểu functional, 13% rò tụy, 5% áp xe tồn dư, 5% tắc ruột do thoát vị và không có trường hợp nào rò miệng nối và chuyên mổ mở. Ebihara Y, báo 65 bệnh nhân phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch, nối thực quản hồng tràng tận-tận theo functional, có tỷ lệ biến chứng chung là 15%, trong đó rò mồm tá tràng 1,5%, rò miệng nối hồng-hồng tràng 1,5%, hẹp miệng nối 4,6%, nhiễm trùng vết mổ 3,1%.

Hiện nay, 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+.

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.*

### **Ý nghĩa khoa học và ý nghĩa thực tiễn của luận án:**

Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày là một phẫu thuật lớn và phẫu thuật khó do đó cần có nghiên cứu chuyên sâu về vấn đề này nhằm cải tiến và ứng dụng các kỹ thuật tiên tiến hiện đại vào phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày để nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho người bệnh ung thư dạ dày có chỉ định cắt toàn bộ.

Các báo cáo về ứng dụng phẫu thuật nội soi vào cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày chủ yếu là ở các nước phát triển trên thế giới.

Vì vậy, tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 vào điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An nhằm nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh, đồng thời nghiên cứu cải tiến về kỹ thuật để phù hợp hơn với đặc điểm ung thư biểu mô dạ dày có chỉ định cắt toàn bộ và cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện có cũng như làm giảm thời gian phẫu thuật, thời gian điều trị sau mổ và làm giảm chi phí điều trị cho người bệnh như: phẫu thuật viên đứng bên trái, khâu treo gan trong ổ bụng để bộc lộ phẫu trường được rộng rãi hơn, làm miệng nối thực quản hồng tràng tận-tận bằng máy cắt nối thẳng không cắt thực quản và hồng tràng trước, cắt và đóng mồm tá tràng sau khi đã hoàn tất nạo vét hạch và làm miệng nối ...

Những kết quả nghiên cứu mang lại trong luận án đã khẳng định được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị cho bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày và có thể thực hiện được ở các cơ sở y tế có trang thiết bị phẫu thuật nội soi, có bác sĩ được đào tạo về phẫu thuật nội soi dạ dày.

### **Bố cục của luận án:**

Luận án gồm 151 trang: Đặt vấn đề 2 trang, tổng quan tài liệu 43 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 24 trang, kết quả nghiên cứu 33 trang, bàn luận 46 trang, kết luận 2 trang và kiến nghị 1 trang.

Luận án có 67 bảng, 12 biểu đồ và 37 hình. Có 158 tài liệu tham khảo (43 tài liệu tiếng việt và 115 tài liệu tiếng anh).

## Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. SƠ LƯỢC GIẢI PHẪU DẠ DÀY, LIÊN QUAN 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, đáy vị, thân vị, phần môn vị.

#### 1.1.2. Liên quan của dạ dày

##### 1.1.2.1. Liên quan thành trước dạ dày

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 liên quan với thùy gan trái.

##### 1.1.2.2. Liên quan thành sau dạ dày

Phần đáy-tâm vị: liên quan phần trụ trái cơ hoành, có dây chằng vị hoành nên ít di động.

Mặt sau dạ dày liên quan với túi mạc nối. Túi mạc nối, 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.

**1.1.2.3. Liên quan bờ cong nhỏ:** Dọc theo bờ cong nhỏ có mạc nối nhỏ bám.

##### 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 ngắn (ở trên) và mạch vị mạc nối trái và phải nối tiếp với nhau tạo vòng mạch bờ cong lớn (ở dưới).

#### 1.1.3. Mạch máu và thần kinh chi phối dạ dày

**Động mạch của dạ dày:** Các động mạch cấp máu cho dạ dày khá dồi dào và đều là các nhánh của động mạch thân tạng.

**Tĩnh mạch của dạ dày:** Các tĩnh mạch lớn của dạ dày phần lớn đổ vào tĩnh mạch cửa.

**Thần kinh chi phối dạ dày:** Thần kinh chi phối cho dạ dày gồm 2 nguồn chính thuộc hệ thần kinh tự chủ: Thần kinh phó giao cảm và thần kinh giao cảm.

### 1.1.4. Hệ thống bạch huyết dạ dày

Năm 1981, Hiệp hội Ung Thư Dạ Dày của Nhật Bản (JGCA) đã đưa ra bảng phân chia các nhóm hạch bạch huyết 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. Qua đó phân thành các chặng hạch (N) tùy theo vị trí của khối u.

## 1.2. CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

### 1.2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng
- Triệu chứng thực thể
- Triệu chứng toàn thân

### 1.2.2. Cận lâm sàng

- Chụp đối quang kép dạ dày
- Nội soi dạ dày
- Siêu âm nội soi dạ dày
- Chụp cắt lớp vi tính
- 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 bổ trợ và tiên lượng bệnh.

### 1.2.3. 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, Hiệp hội chống ung thư Mỹ 2010-AJCC và Hội ung thư dạ dày Nhật Bản 2011-JGCA 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: 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

**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  $\geq 7$  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

*Phân giai đoạn bệnh ung thư biểu mô dạ dày theo TNM*

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

### **1.3. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY VẾT HẠCH D2**

#### **Chỉ định:**

- Những bệnh nhân (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 phần trên dạ dày, xâm lấn sâu lớp dưới niêm mạc có thể bảo tồn được lách nếu không di căn hạch dọc ĐM lách.

- Được thực hiện bởi PTV nhiều kinh nghiệm.

#### **Chống chỉ định:**

- 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.

- Những BN có chỉ số BMI cao.



#### 1.4. KẾT QUẢ PTNS CẮT TBDD VẾT HẠCH D2

*Lượng máu mất trong mổ:* Shinohara T và cộng sự nghiên cứu với 55 BN UTBMDD được PTNS cắt TBDD vết hạch D2 tại Nhật Bản ghi nhận lượng máu mất trung bình trong mổ là 102ml. 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.

*Số hạch vét được trong mổ:* Võ Duy Long (2017) có 15 trường hợp được PTNS cắt toàn bộ dạ dày và số hạch nạo vét được trung bình là  $27,7 \pm 6,9$  hạch. 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.

*Phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa:* Ebihara Y (2013), 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%.

*Chuyển mổ mở:* Tỷ lệ chuyển mổ mở trong PTNS cắt TBDD của Đỗ Trường Sơn là 11,5%. Ebihara Y và cộng sự ghi nhận có 1 trường hợp (1,5%) chuyển mổ mở. Jeong O không có BN nào phải chuyển mổ mở.

*Thời gian phẫu thuật:* Thời gian phẫu thuật của Võ Duy Long là  $226 \pm 25,3$  phút. Đỗ Trường Sơn báo cáo thời gian mổ của 23 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày vết hạch là  $235,8 \pm 59,0$  phút. Nghiên cứu của Shinohara T và cộng sự báo cáo vào năm 2009, thời gian mổ trung bình của 55 BN là 406 phút.

*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%. Còn theo thống kê của Strong VE, tỷ lệ rò miệng nối sau mổ cắt toàn bộ dạ dày do UTDD là 5-10%. Chang KK và cộng sự ghi nhận có 3 BN (7,5%) rò tiêu hóa sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày.

*Thời gian sống sau mổ:* Kyogoku N và cộng sự nghiên cứu trên 379 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày 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. Li Z và cộng sự cho kết quả sống 5 năm là 60,5%.

*Tỷ lệ tái phát sau mổ:* Kyogoku N 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. Lee JH và cộng sự điều trị cho 79 BN, tại thời điểm tái khám cuối cùng ghi nhận 13 trường hợp tái phát và di căn.

## Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Gồm 70 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

- Bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là ung thư biểu mô dạ dày.
- 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.
- Giai đoạn bệnh  $\leq$  IIIc
- Bệnh nhân được điều trị bằng PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2.
- Bệnh nhân đã được giải thích, đồng ý PTNS và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- Hồ sơ có đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân UTBMDD 1/3 dưới, có mức độ xâm lấn T4b, xâm lấn thực quản, giai đoạn IV
- ASA  $>$  3, có các bệnh lý về tim mạch, hô hấp, suy gan, rối loạn đông máu, suy thận nặng, mất trí nhớ ... chống chỉ định với phẫu thuật nội soi.
- Bệnh nhân ung thư dạ dày tái phát hoặc có bệnh ung thư khác kèm theo.
- Bệnh nhân được PTNS cắt đoạn dạ dày hoặc cắt TBDD nạo vét hạch D2+ hoặc D2 mở rộng như cắt lách, cắt nhu mô tụy, cắt gan...
- Mô bệnh học sau mổ không phải ung thư biểu mô dạ dày.
- 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 (chưa can phẫu tích).
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi, không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.
- 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.

#### 2.2.2. Cơ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

$$N = \frac{Z^2(1-\alpha/2)p(1-p)}{E^2} \quad \begin{array}{l} N: \text{số bệnh nhân tối thiểu} \\ Z^2(1-\alpha/2) = 1,96^2 \text{ ứng với độ tin cậy } 95\% \\ E \text{ là sai số tối thiểu cho phép, chọn } E=0,06 \end{array}$$

Chúng tôi chọn tỷ lệ thành công là 95%, tương ứng với  $p=0,95$ .

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.

### **2.2.3. Quy trình PTNS cắt TBDD vét hạch D2**

#### **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.

**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.

#### **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

**2.2.3.4. Đặt các trocar:** Tiến hành đặt 5 trocar

#### **2.2.3.5. Các bước phẫu thuật:**

**Bước 1:** Thăm dò đánh giá thương tổn và khả năng phẫu thuật.

**Bước 2:** Cắt hết mạc nối lớn, vét hạch nhóm 4d.

**Bước 3:** Vét hạch nhóm 6 dưới môn vị, bộc lộ và thắt tĩnh mạch (TM) vị mạc nối phải ở ngay trước thân Henler, thắt động mạch (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

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

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

**Bước 6:** Vét hạch nhóm 1, phẫu tích bên phải tâm vị thực quản trên trụ hoành phải.

**Bước 7:** Phẫu tích mạc nối vị tỳ và các mạch ngấn, vét hạch 4sb, 4sa. Thắt và cắt các mạch ngấn, tách bờ cong lớn dạ dày ra khỏi lách. Vét hạch nhóm 11d dọc đoạn xa ĐM lách, vét hạch nhóm 10 dọc theo các ĐM rốn lách. Vét 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.

**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 Trietz 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.

**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.

**Bước 10:** Bơm rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách. Đưa bệnh phẩm ra ngoài qua lỗ trocar 12mm mở rộng thêm 4-6cm. Đóng lại các lỗ trocar.

#### **2.2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu**

##### **2.2.4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân**

- Tuổi, giới tính, nghề nghiệp
- BMI, ASA
- Tiền sử bệnh lý dạ dày
- Tiền sử bệnh lý kết hợp nội khoa
- Tiền sử bệnh ngoại khoa
- Tiền sử sử dụng chất kích thích
- Hoàn cảnh nhập viện: Cấp cứu, khám thường

##### **2.2.4.2. Đặc điểm tổn thương ung thư biểu mô dạ dày**

- Triệu chứng cơ năng
- Triệu chứng thực thể
- Cận lâm sàng: Xét nghiệm máu, nội soi dạ dày, chụp cắt lớp vi tính
- Tình trạng tổn thương trong mổ
- Tình trạng tổn thương sau mổ

##### **2.2.4.3. Đặc điểm kỹ thuật PTNS cắt TBDD vết hạch D2 điều trị UTBMDD:**

- 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, PTNS hỗ trợ.
- Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa.

- Khó khăn trong mổ theo từng bước: do dính, do khối u to, do khối u cao (u tâm vị hay sát tâm vị), nhiều mỡ, ổ bụng hẹp ...

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

##### ***Kết quả phẫu thuật:***

- Thời gian phẫu thuật (phút)
- Tai biến trong mổ
- Lượng máu mất trong mổ (ml)
- Số hạch nạo vét được, số hạch di căn, vị trí nhóm hạch
- Chuyển mổ mở: là khi không thể tiếp tục thực hiện hoàn tất quá trình phẫu thuật bằng PTNS do tai biến trong mổ hay kỹ thuật khó khăn và phải chuyển mổ mở (ngoại trừ nguyên nhân do dụng cụ, máy móc).
- Thành công của phẫu thuật

##### ***Kết quả điều trị sau mổ:***

###### ***Kết quả sớm:***

- Đánh giá mức độ đau của bệnh nhân
- Thời gian phục hồi nhu động ruột (giờ)
- Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày)
- Thời gian cho ăn (ngày)
- Thời gian rút thông dạ dày (giờ)
- Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)
- Biến chứng

###### ***Kết quả theo dõi sau mổ:***

- Thời gian theo dõi (tháng)
- Đánh giá tình trạng sức khỏe sau mổ theo thang điểm Spitzer
- Tỷ lệ tái phát và di căn sau mổ
- Hẹp miệng nổi sau mổ: nuốt nghẹn, nội soi hẹp miệng nổi
- Điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ
- Thời gian sống thêm sau mổ

#### **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.

**2.2.5.2. Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0

#### **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

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

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

**Tuổi:** Tuổi trung bình 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 %.

**Giới:** 71,4% là nam giới, tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1.

**Nghề nghiệp:** Đa số là nông dân 44 (62,9%), tiếp đến hưu trí 16 (22,9%).

**Tiền sử:** 57,1% người bệnh có tiền sử bệnh lý dạ dày trước đó, trong đó 40% viêm dạ dày-tá tràng, 15,7% loét dạ dày tá tràng và 1,4% có tiền sử xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

**Bệnh kết hợp:** 28,6% có bệnh lý kết hợp nội khoa như Tăng huyết áp (12,9%), các bệnh lý mạch vành (2,9%), đái tháo đường (4,3%), viêm phế quản (2,9%), lao phổi cũ, nhiễm khuẩn tiết niệu (5,7%) và có 4,2% có tiền sử bệnh lý ngoại khoa kết hợp: 1,4% phẫu thuật chấn thương bụng kín vỡ ruột non, 1,4% phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, 1,4% phẫu thuật cắt cụt bàn tay phải do vết thương chiến tranh.

##### **Phân loại bệnh tật theo ASA và chỉ số khối cơ thể theo BMI**

Tình trạng sức khỏe trước phẫu thuật, gây mê hồi sức của nhóm nghiên cứu chủ yếu là ASA1 và ASA2 chiếm 90%, có 7 trường hợp chiếm 10% là ASA3.

Chỉ số BMI: 85,7% trong giới hạn bình thường, 12,9% thiếu cân và 1,4% có biểu hiện thừa cân.

##### 3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của UTBMDD

###### **Đặc điểm triệu chứng cơ năng:**

Nhóm nghiên cứu có các triệu chứng cơ năng khi vào viện lần lượt là đau bụng, chán ăn, đầy bụng, sụt cân với 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. Có 97,1 % trường hợp có vị trí đau bụng là ở thượng vị, có 2,9% là đau ở hạ sườn trái. Thời gian đau trung bình là  $2,3 \pm 2,4$  tháng, ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 12 tháng, trong đó  $\leq 1$  tháng chiếm 47,1% và 2 – 5 tháng chiếm 44,2%.

**Đặc điểm triệu chứng thực thể:** 7,1% bệnh nhân khi 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  $4,4 \pm 0,9$  (1,5 – 6,8) triệu/ml
- Hemoglobin trung bình trước mổ là  $121,7 \pm 26,4$  (44 - 175) g/ml
- 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%.

- Vị trí tổn thương UTBMDD 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%).

- Hình ảnh nội soi tổn thương đại thể: 51,4% là Loét, 40% là Loét thâm nhiễm và 8,6% là Sùi.

- 92,9% BN tổn thương dày thành trên CLVT. 44,3% BN có hạch trên cắt lớp ổ bụng.

- Phần lớn bệnh nhân có tổn thương T3 trên cắt lớp vi tính chiếm 62,9%. 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. 27,1%

**Bảng 3.1:** 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

Giai đoạn I, 60% giai đoạn II và 12,9% giai đoạn III.

### 3.1.4. Đặc điểm tổn thương UTBMDD trong mô

50% người bệnh có thanh mạc dạ dày bình thường, 44,3% thanh mạc đổi màu trắng ngà (T3), 5,7% thanh mạc lõi thành u (T4a).

Vị trí tổn thương UTBMDD trong mô: 11,4% ở tâm vị, 82,9% thân vị, 4,3% hang vị và 1,4% loét thâm nhiễm toàn bộ dạ dày.

Kích thước tổn thương UTBMDD trong nhóm nghiên cứu có 2,9% < 3 cm, 68,6% là từ 3 – 5 cm, 28,6% > 5cm. Kích thước tổn thương là  $4,74 \pm 1,56$  cm.

Khoảng cách từ bờ tổn thương dạ dày đến tâm vị là  $2,98 \pm 0,85$  cm.

Khoảng cách từ bờ tổn thương dạ dày đến điện cắt trên là  $4,9 \pm 0,9$  cm.

### 3.1.5. Đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh UTBMDD

80% UTBMDD tuyến ống, 15,7% tế bào nhân và 4,3% tuyến nhầy.

Mức độ xâm lấn u ở giai đoạn T1, T2, T3, T4a lần lượt là 8,6%, 18,6%, 64,3% và 8,6%.

51,4% chưa di căn hạch (N0), 14,3% di căn hạch chặng N1, 17,1% N2 và 17,1% N3.

Các nhóm hạch có tỷ lệ di căn cao trong UTBMDD có chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày lần lượt 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%). Không thấy di căn hạch nhóm 10 và nhóm 12.

UTBMDD ở giai đoạn I (21,4%), giai đoạn II (45,7%) và giai đoạn III (32,8%).

### 3.1.6. Kết quả 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

100% đặt 05 trocar: 01 trocar 10mm, 01 trocar 12mm và 03 trocar 5mm.

Tỷ lệ thành công của PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 là 100%.

100% BN 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. Có 10% trường hợp có khó khăn trong quy trình phẫu thuật.

### 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

Số hạch nao vết được trung bình  $23,2 \pm 6,7$  hạch

Số hạch di căn trung bình  $2,77 \pm 3,8$  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  $202,2 \pm 28,9$  phút

**Bảng 3.2:** Tai biến trong mổ

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

4,2% có tai biến trong mổ, trong đó có 01 trường hợp tôn thương rách bao lách, 01 trường hợp tôn thương nhu mô gan trái và 01 trường hợp tôn thương rách thanh mạc ruột non. Không có trường hợp nào có tai biến phải chuyên mổ mở và không có trường hợp nào tử vong trong mổ.

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

Số hạch nao vết 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 rất nhiều so với nhóm giai đoạn III. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Số lượng máu mất trong mổ giữa nhóm có số hạch nao vết được  $< 21$  hạch ít hơn so với nhóm nao vết được  $\geq 21$  hạch. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### 3.2.2. Kết quả điều trị sau mổ

##### 3.2.2.1. Kết quả sớm

Kết quả nghiên cứu có 60% người bệnh đau ít, 40% đau vừa. Không có trường hợp nào đau nhiều hoặc đau rất nhiều. Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là  $2,3 \pm 0,5$  ngày.

Thời gian trung tiện sau mổ trung bình  $48,6 \pm 13,1$  giờ.

Thời gian rút thông dạ dày sau mổ là  $22,4 \pm 26,8$  giờ, ngắn nhất 0 giờ và dài nhất 96 giờ.

Thời gian rút dẫn lưu trung bình  $3,1 \pm 1,2$  ngày.

Thời gian cho ăn sau mổ trung bình là  $3,7 \pm 1,4$  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 3.3:** Biến chứng sau mổ

<b>Biến chứng</b>	<b>Bệnh nhân (n=70)</b>		<b>Tỷ lệ (%)</b>	
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

Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ biến chứng chung là 4,2% trong đó có 01 trường hợp bị viêm phổi, 01 nhiễm trùng vết mổ lỗ trocar 12mm, chỗ lấy bệnh phẩm và 01 áp xe tồn dư sau mổ.

### 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, thời gian theo dõi trung bình  $20,83 \pm 1,2$  tháng, ngắn nhất là 7 tháng và dài nhất 46 tháng.

Sau mổ 01 tháng, 100% có tình trạng sức khỏe xếp loại Khá.

Sau mổ 06 tháng, 98,6% người bệnh có sức khỏe xếp loại Tốt.

Sau mổ 1 năm, 98,2% trường hợp có sức khỏe xếp loại Tốt.

Sau mổ 2 năm, 72,1% có sức khỏe xếp loại Tốt.

Sau mổ 3 năm, 73,7% có sức khỏe xếp loại Tốt.

Kết quả khám lại theo hẹn có 03 (4,3%) trường hợp có nuốt nghẹn nhẹ (hẹp nhẹ miệng nổi) sau mổ 06 tháng. Không có trường hợp nào phải nội soi họng miệng nổi hay mổ lại sau mổ.

Kết quả nghiên cứu có 14 (20%) trường hợp 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.

Kết quả nghiên cứu có 50 bệnh nhân 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.

### 3.2.2.3. Thời gian sống thêm sau mổ

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình  $40,14 \pm 1,73$  (36,745 - 43,536) 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.

**Bảng 3.4:** Thời gian sống thêm toàn bộ theo từng giai đoạn bệnh

<b>Giai đoạn</b>	<b>Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (n = 70)</b>		
	<b>1 năm</b>	<b>2 năm</b>	<b>3 năm</b>
I	100%	100%	88,9%
II	100%	91,8%	79,6%
III	95,7%	86,1%	51,7%

Giai đoạn bệnh càng muộn thì tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ càng thấp.

## Chương 4 BÀN LUẬN

Nghiên cứu 70 trường hợp PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 điều trị UTBMDD từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2020, có kết quả như sau:

### 4.1. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỶ LỆ THƯƠNG VÀ PTNS CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2.

#### 4.1.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

**Tuổi và giới:** 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 %. Tuổi trung bình của các tác giả ở Nhật Bản là 62,7-64,8 và ở Châu Âu và Mỹ là 63,6-73 tuổi. 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. 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.

**Nghề nghiệp:** Nghề nghiệp chủ yếu 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%. Đặng Văn Thời, người già và hưu trí là 54%, nông dân 36%.

**Tiền sử bệnh:** UTBMDD thường khởi phát từ các bệnh lý tiên phát từ dạ dày - tá tràng mà chúng ta có thể khai thác qua bệnh sử để thấy tiền sử bệnh lý dạ dày - tá tràng của người bệnh. Kết quả nghiên cứu có 57,1% người bệnh có bệnh có tiền sử bệnh lý dạ dày tá tràng 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 tá tràng. Tiền sử bệnh lý dạ dày tá tràng của Đỗ Trọng Quyết là 11,4%; Nguyễn Lam Hòa là 31,5%. Kết quả nhóm nghiên cứu có 28,6% có bệnh lý kết hợp nội khoa như tăng huyết áp (12,9%), các bệnh lý 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. Võ Duy Long có 31,2% bệnh lý kết hợp kèm theo. Li HT với 61% các trường hợp có bệnh tim mạch, 42,6% có bệnh hô hấp và 22,3% bệnh nội tiết

#### **Phân loại bệnh tật theo ASA và chỉ số khối cơ thể (BMI):**

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.

Chỉ số BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là  $20,53 \pm 2,04$  kg/m<sup>2</sup>, kết quả nghiên cứu BMI trung bình của các tác giả Châu Á là từ 22,3 - 25.

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 phẫu thuật viên. 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. 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 22,9% người bệnh có triệu chứng nôn ra máu, đại tiện phân đen hoặc vừa nôn ra máu vừa đại tiện phân đen. Số cân sụt trung bình là  $3,24 \pm 0,17$ kg. Thời gian đau trung bình là  $2,3 \pm 2,4$  tháng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 05 người bệnh sờ được khối u khi thăm khám, chiếm 7,1%. Kết quả này tương đương với tác giả Đặng Văn Thời là 6%, nhưng thấp hơn Đỗ Trọng Quyết là 9,5%, Nguyễn Lam Hòa là 17,8%.

#### 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%. Hồng cầu trung bình trước mổ là  $4,4 \pm 0,9$  triệu/ml. Hemoglobin trung bình trước mổ là  $121,7 \pm 26,4$ g/ml.

Vị trí tổn thương UTBMDD 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%). Kích thước tổn thương trung bình là  $4,7 \pm 1,55$ cm. 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 thì thường chỉ định cắt bán phần dưới.

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. Đa số các tác giả trong nước 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 cắt lớp vi tính (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. Có 7,1% nghi ngờ tổn thương (Tis). 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. Chụp CLVT là phương tiện hình ảnh cần thiết giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh UTBMDD và tiên lượng bệnh nhân trước mổ.

#### 4.1.4. Đặc điểm tổn thương UTBMDD trong mổ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 50% người bệnh có thanh mạc dạ dày bình thường, 44,3% tổn thương thanh mạc đổi màu trắng ngà (T3), 5,7% thanh mạc lồi thành u (T4a). Một số tác giả nước ngoài như: Jung JJ cho tỉ lệ: T3 50%, T4: 3%. Bruno Zilberstein T3 (48%), T4 (6%).

Vị trí tổn thương UTBMDD trong mô phân bố như sau: 11,4% ở tâm vị, 82,9% thân vị, 4,3% hang vị và 1,4% loét thâm nhiễm toàn bộ dạ dày. Tỷ lệ này có sự khác biệt với kết quả vị trí nội soi trước mổ và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Sự khác biệt 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 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.

Kích thước tổn thương trung bình là  $4,74 \pm 1,56$ cm, 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 trung bình  $5,38 \pm 1,88$ ; Vũ Hải, khối u  $< 5$ cm chiếm tỉ lệ 23,6%, khối u  $\geq 5$ cm là 76,6%. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật đều ở giai đoạn muộn.

Khoảng cách từ bờ trên tổn thương UTBMDD đến tâm vị trung bình là  $2,98 \pm 0,85$ cm. Xác định khoảng cách từ bờ trên tổn thương dạ dày đến tâm vị, giúp phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp cắt đoạn dạ dày hay cắt toàn bộ dạ dày. 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 chúng tôi khuyến nghị, nếu khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến tâm vị dưới 6cm thì lựa chọn phương thức phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, nếu khoảng cách này  $\geq 6$ cm thì cắt đoạn dạ dày.

Nghiên cứu về khoảng cách từ bờ trên tổn thương UTBMDD đến diện cắt trên, khoảng cách trung bình là  $4,9 \pm 0,9$ cm. Xác định khoảng cách từ bờ trên tổn thương dạ dày đến diện cắt trên giúp lựa chọn phương pháp làm miệng nối, bằng máy cắt nối tròn (circular stapler) hay máy cắt nối thẳng (linear stapler). 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. 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.

#### **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 nhẫn 15,7% và UTBM tuyến nhầy 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 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 nhẫn và ung thư biểu mô tuyến nhầy.

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.

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, Lê Văn Thành, Đỗ Trọng Quyết, tỷ lệ di căn hạch vùng của chúng tôi khác với các nghiên cứu trong nước có thể do khác nhau về cỡ mẫu, đối tượng chọn bệnh và giai đoạn lâm sàng.

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%). Không thấy di căn hạch nhóm 10 và nhóm 12. Đặng Văn Thời, các nhóm hạch vét được có tỷ lệ cao là các nhóm 4,6,3,5. 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 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%.

Ung thư biểu mô dạ dày là ở giai đoạn I (21,4%), giai đoạn II (45,7%) và giai đoạn III (32,8%). 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. 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. Đặc điểm kỹ thuật PTNS cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2**

100% BN nằm ngửa, tay dạng 30<sup>0</sup>-45<sup>0</sup>, phẫu thuật viên đứng bên trái.

100% trường hợp đặt 05 trocar.

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, còn Võ Duy Long, thì PTV đứng bên phải. Tác giả Strong VE cũng sử dụng 5 trocar để PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 với PTV đứng bên phải của BN.

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. Còn về vị trí PTV, số lượng trocar và kích thước trocar còn khác nhau giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể tùy theo cơ sở đào tạo, thuận tiện của PTV, trang thiết bị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thành công của PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 theo quy trình 10 bước là 100%. Không có trường hợp nào PTNS hỗ trợ, không có trường hợp 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 nổi thẳng 45mm cho 65 BN, kết quả có 1,5% rò miệng nổi chân chữ Y, 4,6% hẹp miệng thực quản hồng trắng và có 4,6% có biến chứng liên quan đến miệng nổi thực quản hồng trắng như khi làm miệng nổi bằng máy cắt nổi thẳng thì cặp vào thông dạ dày, nổi ngược quai.

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, 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, thực hiện theo 10 bước nhưng chúng tôi có cải tiến thêm để phù hợp hơn như: (1) Phẫu thuật viên (PTV) đứng bên trái. (2) Cắt và đóng mồm tá tràng. (3) Làm miệng nổi thực quản hồng trắng tận-tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng trắng trước bằng máy cắt nổi thẳng.

Thực hiện theo quy trình phẫu thuật chúng thấy hầu hết kỹ thuật PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 là thuận lợi. Có 10% trường hợp có khó khăn trong quy trình phẫu thuật, đó là 01 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 trường hợp có u to (T4a) di động nhưng nằm về ở giữa phía bờ cong nhỏ nên khi phẫu tích nạo vét hạch nhóm 12a (Bước 4) bị vướng dụng cụ do u đội lên. Chúng tôi đã tiến hành phẫu tích giải phóng hết tâm vị thực quản và mạc nối vị tỳ để di động dạ dày và u về bên phải, qua đó chúng tôi phẫu tích vét hạch ở bước 4 dễ dàng hơn. 01 có u cao ngay sát tâm vị nhưng chưa xâm lấn thực quản, gây khó khăn trong quá trình nổi thực quản hồng trắng (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 nổi nổi thực quản hồng trắng bằng máy khâu nổi thẳng dễ dàng hơn. 02 trường hợp ổ bụng hơi hẹp do thể trạng bệnh nhân nhỏ, gầy yếu (BMI = 14,7 và 16,5) và có 01 trường hợp là BN nữ, mỡ trong ổ bụng nhiều hơi khó khăn trong quá trình thao tác nhưng không có tai biến trong 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 nạo vét hạch D2**

#### ***Kết quả phẫu thuật***

Số hạch nạo vét được trung bình  $23,2 \pm 6,7$  hạch. Số hạch di căn trung bình  $2,77 \pm 3,8$  hạch. 100% diện cắt trên và diện cắt dưới không còn tế bào ung thư (R0). Đặng Văn Thời, số hạch vét được trung bình là  $6,22 \pm 3,2$ . Lê Mạnh Hà số hạch vét trung bình là 15 hạch. Nguyễn Xuân Kiên số hạch di căn trung bình là  $5,26 \pm 5,62$ . Võ Duy Long, số hạch trung bình vét được là 25,1 hạch. Kim EY và cộng sự là  $38,3 \pm 14,2$ .

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. Lượng máu mất trong mổ còn khác nhau giữa các nghiên cứu, theo Shinohara T, lượng máu mất trung bình trong mổ là 102ml. Lee JH, 150ml. Kyogoku N ở nhóm dùng stapler tròn là 100ml và ở nhóm dùng stapler thẳng là 23ml.

Một yếu tố quan trọng góp phần quyết định thời gian phẫu thuật là trình độ, kinh nghiệm, thành thạo kỹ thuật (learning cure) 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. Võ Duy Long (2017), thời gian phẫu thuật trung bình  $226 \pm 25,3$  phút. Chang KK (2017), 266 phút

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 mỡ, đường cong huấn luyện (learning cure) PTNS cắt dạ dày, sự phối hợp tốt giữa các PTV trong cuộc mổ và dùng quen các dụng cụ PTNS 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.

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 biến phải chuyển mổ mở 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%. Đỗ Văn Tráng có tỷ lệ tai biến trong mổ là 8,6%.

#### **4.2.2. Kết quả điều trị sau mổ**

##### **4.2.2.1. Kết quả sớm**

Kết quả nghiên cứu có 60% người bệnh đau ít, 40% đau vừa. Không có trường hợp nào đau nhiều hoặc đau rất nhiều. Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là  $2,3 \pm 0,5$  ngày. Đây chính là ưu điểm của PTNS cắt TBDD, 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 nạn vết hạch D2 điều trị UTBMDD áp dụng được cho cả người cao tuổi, trong nghiên cứu chúng tôi có 05 BN  $\geq 80$  tuổi và 14 BN  $\geq 70$  tuổi, tất cả đều hồi phục sức khỏe sớm và ổn định ra viện.

Thời gian trung tiện sau mổ trung bình  $48,6 \pm 13,1$  giờ. Ebihara Y và cộng sự thời gian trung tiện là 1,9 ngày. Võ Duy Long là  $3,2 \pm 0,9$  ngày. Kim EY, 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.

Thời gian rút thông dạ dày sau mổ là  $22,4 \pm 26,8$  giờ, ngắn nhất 0 giờ và dài nhất 96 giờ.

Thời gian rút dẫn lưu trung bình  $3,1 \pm 1,2$  ngày.

Thời gian cho ăn sau mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $3,7 \pm 1,4$  ngày. Có 31,4% cho ăn vào ngày thứ 2 sau mổ, 17,1% ngày thứ 3 sau mổ và 11,4% ngày thứ 6 sau mổ. Chang KK, BN không có diễn biến bất thường sẽ được ăn mềm vào ngày thứ 3 sau mổ. Jeong O, cho BN ăn mềm sau mổ cắt toàn bộ dạ dày nội soi vào ngày thứ nhất hoặc ngày thứ 2. 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 nói 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. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là  $7,3 \pm 1,9$  (5-13) ngày.

Tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi là 4,2% trong đó có 01 trường hợp bị viêm phổi, 01 nhiễm trùng vết mổ lỗ trocar 12mm, chỗ lấy bệnh phẩm và 01 áp xe tồn dư sau mổ. Trường hợp áp xe tồn dư, sau mổ ngày thứ 5 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  $3,3 \times 2,5$ cm. Tiến hành chọc hút dịch dưới hướng dẫn siêu âm, hút ra gần 100ml, sau hút dịch điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện. 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. Bệnh nhân 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 nói thực quản hồng trắng, hồng trắng hồng trắng và rò mồm tá tràng sau mổ và không có trường hợp nào phải mổ lại do biến chứng. Không thấy có sự khác biệt giữa biến chứng với một số yếu tố trong nghiên cứu như nhóm tuổi, tình trạng đi căn hạch, đặt thông dạ dày hay không cũng như thời gian nằm viện sau mổ với mức độ đau sau mổ, 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 dạ dày, thời gian cho ăn sau mổ, type mô bệnh học và biến chứng sau mổ ( $p < 0,05$ ).



#### **4.2.2.2. Kết quả theo dõi sau mổ**

Hẹp miệng nối sau mổ: Kết quả khám lại theo hẹn có 03 trường hợp có nuốt nghẹn nhẹ (hẹp nhẹ miệng nối) sau mổ 06 tháng. Không có trường hợp nào phải nội soi nong miệng nối hay mổ lại sau mổ. 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 cắt ngang 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.

Tái phát và di căn sau mổ: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 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 bệnh nhân tái phát tại miệng nối thực quản hồng tràng, chiếm 1,4% và 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%. 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%. Còn các tác giả ở Châu Âu có tỷ lệ di căn cao hơn, từ 13,3 – 37,9%.

#### **4.2.2.3. Thời gian sống thêm sau mổ**

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ  $40,14 \pm 1,73$  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%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ giai đoạn I: 1 năm là 100%, 2 năm là 100% và 3 năm là 88,9%. Giai đoạn II: 1 năm là 100%, 2 năm là 91,8% và 3 năm là 79,6%. Giai đoạn III: 1 năm 95,7%, 2 năm 86,1% và 3 năm 51,7%. Phân tích các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ, chúng tôi thấy yếu tố tái phát u có liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ ( $p < 0,05$ ). Tác giả Kyogoku N, 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 I, II và III lần lượt là 94,0%, 77,1% và 43,9%. Li Z, nghiên cứu 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, sống 5 năm theo giai đoạn bệnh lần lượt giữa thời gian sống toàn bộ và sống không có bệnh là: giai đoạn IB (89,4% và 85,1%), giai đoạn II (66,4% và 63,9%), giai đoạn III (44,6% và 41,5%).

## 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.
- Nội thực quản hồng trắng tậm - tậm không cắt thực quản và hồng trắng trước bằng máy cắt nối thẳng là 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 nằm viện trung bình là  $7,3 \pm 1,9$  (5 - 13) ngày.
- Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 4,2%
- 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 như sau: Ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, nối thực quản hồng tràng tận – tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng điều trị ung thư biểu mô dạ dày cho các cơ sở y tế có đủ trang thiết bị và bác sĩ được đào tạo về phẫu thuật nội soi và phẫu thuật nội soi dạ dày nâng cao theo hình thức chuyển giao kỹ thuật chuyên sâu.