

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HẢI PHÒNG



ĐẶNG ĐÌNH KHOA

**NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI
CẮT BÁN PHẦN XA DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2
TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY**

Ngành: Ngoại khoa

Mã số: 9720104

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HẢI PHÒNG - 2025

**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:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án Tiến sĩ cấp Trường tại Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

Vào hồi.....giờ, ngày.....tháng.....năm 2025

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

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

1. Đặng Đình Khoa, Nguyễn Văn Hương, Phạm Văn Duyệt (2025). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2, *Tạp chí y học Cộng đồng, Tập 66, số CD11-NCKH, tháng 08 – 2025*, tr. 341-346.
2. Đặng Đình Khoa, Nguyễn Văn Hương, Phạm Văn Duyệt (2025). Kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2 nối lưu thông tiêu hóa theo Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày, *Tạp chí y học Cộng đồng, Tập 66, số CD11-NCKH, tháng 08 – 2025*, tr. 333-340.
3. Đặng Đình Khoa, Nguyễn Văn Hương, Phạm Văn Duyệt (2025). Kết quả phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị dạ dày nạo vét hạch D2 nối lưu thông tiêu hóa theo Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày, *Tạp chí y học Cộng đồng, Tập 66, số CD9-NCKH, tháng 08 – 2025*, tr. 364-369.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến, đứng hàng thứ năm về tỷ lệ mắc và hàng thứ ba về tỷ lệ tử vong trên toàn cầu. Tại Việt Nam, bệnh lý này đứng thứ ba trong số các loại ung thư thường gặp, gây nên gánh nặng lớn về sức khỏe cộng đồng. Về mặt mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến là dạng thường gặp nhất, phát triển âm thầm với triệu chứng không đặc hiệu khiến phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, làm cho điều trị trở nên phức tạp và tiên lượng kém thuận lợi. Trong các phương pháp điều trị, phẫu thuật cắt bỏ khối u kèm nạo vét hạch triệt để vẫn là lựa chọn chủ đạo, mang lại cơ hội duy nhất để chữa khỏi cho những trường hợp chưa có di căn xa.

Cùng với sự phát triển của y học, phẫu thuật nội soi đã tạo nên bước tiến quan trọng trong điều trị ung thư dạ dày. Kể từ khi được ứng dụng lần đầu tại Nhật Bản, kỹ thuật này đã chứng minh nhiều ưu điểm vượt trội so với mổ mở như xâm lấn tối thiểu, ít đau sau mổ, hồi phục nhanh và thời gian nằm viện ngắn, trong khi vẫn bảo đảm hiệu quả ung thư học. Một yếu tố then chốt quyết định sự thành công của phẫu thuật là nạo vét hạch. Theo khuyến cáo quốc tế, nạo vét hạch D2 được coi là tiêu chuẩn vàng đối với ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ, giúp giảm tỷ lệ tái phát và cải thiện kết quả sống còn so với nạo hạch mức độ thấp hơn.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày kèm nạo vét hạch D2 đã được triển khai tại nhiều bệnh viện và cho thấy tính an toàn, khả thi, với số lượng hạch nạo vét bảo đảm và kết quả hồi phục thuận lợi. Trong các kỹ thuật tái lập lưu thông tiêu hóa sau mổ, phương pháp nối Billroth II được áp dụng phổ biến nhờ tính đơn giản và thời gian thực hiện nhanh. Tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, kỹ thuật này đã được thực hiện thường quy, song chưa có nghiên cứu toàn diện nhằm đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật mổ cũng như kết quả điều trị. Chính vì vậy, việc tiến hành nghiên cứu nhằm làm sáng tỏ những vấn đề trên là cần thiết và có ý nghĩa thực tiễn cao. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 trong điều trị ung thư dạ dày”** với 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

THÔNG TIN CHUNG VỀ LUẬN ÁN

1. Bố cục của luận án:

Nội dung luận án gồm: 145 trang, trong đó

- Đặt vấn đề: 2 trang
- Chương 1: Tổng quan tài liệu, 37 trang
- Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, 24 trang
- Chương 3: Kết quả nghiên cứu, 32 trang
- Chương 4: Bàn luận, 47 trang
- Kết luận: 2 trang
- Kiến nghị: 1 trang

Luận án có 41 bảng, 42 hình và biểu đồ và 152 tài liệu tham khảo (tài liệu tiếng Anh và tài liệu tiếng Việt).

2. Những điểm mới và đóng góp của luận án cho chuyên ngành:

Nghiên cứu 90 trường hợp ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2 và tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth II.

Luận án cho thấy kỹ thuật phẫu thuật nội soi hoàn toàn với stapler, kết hợp khâu treo quai đến, đạt tỷ lệ thành công 100%, không có trường hợp phải chuyển mổ mở hay tử vong trong mổ. Đây là minh chứng rõ rệt cho tính khả thi và an toàn của kỹ thuật trong điều kiện thực hành lâm sàng tại tuyến tỉnh.

Kết quả cho thấy số hạch nạo vét trung bình đạt 25,9 hạch, đáp ứng tiêu chuẩn đánh giá giai đoạn bệnh theo khuyến cáo quốc tế. Tỷ lệ di căn hạch phát hiện là 64,5%, tập trung ở nhóm hạch số 6, 4 và 3 – đóng góp thêm dữ liệu đặc thù của quần thể bệnh nhân Việt Nam.

Tai biến trong mổ (3,3%) và biến chứng sớm sau mổ (5,6%) ở mức thấp; không ghi nhận tử vong sớm. Thời gian hồi phục nhanh, trung bình 8,5 ngày nằm viện sau phẫu thuật, chứng minh lợi ích lâm sàng của phương pháp.

Về hiệu quả lâu dài, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 2 và 3 năm lần lượt đạt 98,9%, 89,9% và 78,8%. Hóa trị bổ trợ sau mổ giúp cải thiện rõ rệt khả năng sống thêm, làm nổi bật vai trò quan trọng của phối hợp đa mô thức.

Nghiên cứu đã tiến hành đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm Spitzer, cho thấy >85% bệnh nhân đạt ≥ 7 điểm trong các lần theo dõi, nhất là ở các khía cạnh “Sinh hoạt” và “Sự hỗ trợ” – góp phần khẳng định phẫu thuật nội soi không chỉ cải thiện sống thêm mà còn nâng cao chất lượng sống của người bệnh.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Vị trí và cấu trúc giải phẫu dạ dày

Dạ dày nằm ở vùng thượng vị, là đoạn phình to của ống tiêu hóa, nối thực quản phía trên với tá tràng phía dưới. Phần xa của dạ dày gồm hang vị và môn vị, có vai trò quan trọng trong quá trình nghiền và làm rỗng dạ dày, đồng thời cũng là vị trí thường gặp ung thư. Trong phẫu thuật, dạ dày thường được chia thành ba phần theo chiều dọc: 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới để thuận tiện cho việc xác định vị trí tổn thương.

Về mạch máu, phần xa dạ dày được cấp máu bởi hệ thống động mạch vị phải và vị mạc nối phải, nối thông với hệ mạch bên trái tạo thành mạng mạch phong phú. Tĩnh mạch vùng này đổ về hệ cửa và mạc treo tràng trên, với tĩnh mạch trước môn vị là mốc phẫu thuật quan trọng. Thần kinh chi phối chủ yếu là dây X, sợi giao cảm và hệ thần kinh ruột, đảm bảo chức năng vận động và tiết dịch. Hệ bạch huyết rất phát triển, liên quan mật thiết đến đường lan tràn ung thư và là cơ sở của chiến lược nạo vét hạch, trong đó mức D2 được coi là tiêu chuẩn vàng để bảo đảm điều trị triệt căn.

1.2. Sinh lý bệnh ung thư dạ dày

Ung thư dạ dày là kết quả của nhiều yếu tố tác động, trong đó quan trọng nhất là sự tích lũy các đột biến di truyền ở tế bào niêm mạc. Nhiễm H. pylori mạn tính, yếu tố môi trường và di truyền góp phần gây tổn thương kéo dài, dẫn đến những biến đổi ác tính. Các gen sinh ung thư và gen ức chế khối u thường bị ảnh hưởng, gây rối loạn cân bằng tăng sinh và chết theo chương trình, tạo tiền đề cho sự phát triển khối u.

Khi tiến triển, tế bào ung thư có khả năng xâm nhập mô lân cận, mạch máu và hệ bạch huyết, từ đó di căn đến hạch và cơ quan xa. Khối u kích thích quá trình tạo mạch mới để nuôi dưỡng và duy trì sự phát triển. Đồng thời, tế bào ung thư còn hình thành cơ chế né tránh hệ miễn dịch, cho phép tồn tại lâu dài. Các bất thường trong con đường tín hiệu nội bào, đặc biệt PI3K-AKT-mTOR, cũng đóng vai trò quan trọng, thúc đẩy tăng sinh và thay đổi chuyển hóa đặc trưng của ung thư dạ dày.

1.3. Chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày

Triệu chứng lâm sàng

Ở giai đoạn sớm, ung thư biểu mô dạ dày thường không có triệu chứng đặc hiệu, dễ nhầm với viêm loét thông thường. Người bệnh thường cảm thấy khó chịu, đầy bụng hoặc đau âm ỉ vùng thượng vị. Khi bệnh tiến triển, triệu chứng trở nên rõ hơn với ăn kém, sút cân, thiếu máu, nôn ra thức ăn cũ do hẹp môn vị hoặc xuất huyết tiêu hóa. Một số trường hợp có thể sờ thấy khối vùng thượng vị hoặc hạch thượng đòn, phản ánh giai đoạn muộn.

Cận lâm sàng

Nhiều phương pháp hỗ trợ chẩn đoán được áp dụng. X-quang có thể phát hiện tổn thương ở giai đoạn tiến triển. Nội soi với sinh thiết là tiêu chuẩn vàng, ngày càng được nâng cao nhờ ME-NBI và ứng dụng trí tuệ nhân tạo, giúp phát hiện sớm và chính xác. Siêu âm nội soi đánh giá độ xâm lấn thành dạ dày và hạch tại chỗ, trong khi CT và MRI cung cấp thông tin về xâm lấn và di căn xa. Nội soi ổ bụng có giá trị phát hiện di căn phúc mạc ẩn, còn PET/CT hỗ trợ đánh giá di căn và thay đổi kế hoạch điều trị. Ngoài ra, xét nghiệm các dấu ấn sinh học như HER2, MSI và PD-L1 góp phần định hướng điều trị nhắm trúng đích và liệu pháp miễn dịch.

1.4. Phân loại ung thư dạ dày

Theo hệ thống TNM:

Phân loại TNM giữ vai trò trung tâm trong đánh giá mức độ tiến triển ung thư dạ dày, dựa vào kích thước khối u, tình trạng hạch và sự hiện diện di căn xa. Phiên bản thứ 8 đã bổ sung ba loại phân giai đoạn (cTNM, pTNM, ypTNM), đồng thời tách nhóm pN3 thành pN3a và pN3b để phản ánh tiên lượng tốt hơn. Ngoài ra, việc phân loại khối u vùng nối thực quản – dạ dày cũng được điều chỉnh rõ ràng. Để phân giai đoạn chính xác, cần nạo vét ít nhất 16 hạch, lý tưởng trên 30 hạch, nhằm giảm sai lệch tiên lượng và định hướng điều trị hợp lý.

Trong thực hành, phân loại TNM được áp dụng theo từng giai đoạn: tiền phẫu dựa trên hình ảnh học (EUS, CT, MRI, PET-CT), trong mổ qua nội soi ổ bụng hoặc thám sát trực tiếp, và sau mổ dựa trên bệnh phẩm (pTNM). Mỗi giai đoạn cung cấp thông tin quan trọng để lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. pTNM được coi là tiêu chuẩn vàng nhờ phản ánh chính xác mức độ bệnh, nhưng phụ thuộc vào chất lượng phẫu thuật và số lượng hạch lấy ra. Việc xác định đúng giai đoạn giúp tiên lượng sống còn và định hướng hóa trị hoặc xạ trị hỗ trợ.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới 2019:

Phân loại giải phẫu bệnh của WHO năm 2019 cập nhật và chi tiết hơn so với phiên bản 2010, giúp mô tả đa dạng các thể ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Các nhóm chính gồm thể nhú, thể ống, thể chế nhầy, thể kém kết dính (bao gồm tế bào nhẫn), thể hỗn hợp, cùng các thể hiếm như dạng gan, vi nhú và tuyến đáy vị. Việc bổ sung này phản ánh tính phức tạp về mặt mô học và giá trị tiên lượng khác nhau giữa các loại u.

Cập nhật mới còn đưa ra tiêu chuẩn rõ ràng hơn để phân biệt các thể, đặc biệt là nhóm tế bào nhẫn và kém kết dính. Đồng thời, mỗi loại ung thư được mô tả thêm về đặc điểm xâm lấn, khả năng di căn hạch hay gan, và mối liên quan với tiên lượng. Nhờ đó, hệ thống WHO 2019 không chỉ có giá trị chẩn đoán mà còn hỗ trợ cá thể hóa điều trị, giúp bác sĩ đưa ra quyết định phù hợp cho từng bệnh nhân dựa trên đặc điểm mô bệnh học cụ thể.

1.5. Điều trị ung thư dạ dày

Lịch sử và phương pháp Billroth II:

Phẫu thuật là nền tảng trong điều trị ung thư dạ dày từ thế kỷ XIX với hai kỹ thuật kinh điển Billroth I và Billroth II. Bước ngoặt lớn xuất hiện khi Kitano (1994) thực hiện thành công phẫu thuật nội soi cắt bán phần dạ dày cho ung thư giai đoạn sớm, mở ra thời kỳ phẫu thuật ít xâm lấn. Hiện nay, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật robot và các công nghệ huỳnh quang hạch như ICG đã chứng minh hiệu quả, góp phần tối ưu hóa nạo vét hạch và giảm biến chứng.

Phương pháp Billroth II được phát triển như cải tiến của Billroth I nhằm hạn chế biến chứng rò mòm tá tràng. Kỹ thuật này nối dạ dày còn lại với hồi tràng, bỏ qua tá tràng khi không thể sử dụng cho nối trực tiếp. Billroth II được đánh giá đơn giản, dễ áp dụng trong nhiều ca phức tạp, nhưng nhược điểm là dễ gây trào ngược dịch mật và viêm mòm cắt. So với Roux-en-Y, Billroth II kém sinh lý hơn, song vẫn là lựa chọn đáng tin cậy trong nhiều tình huống lâm sàng.

Phác đồ và kỹ thuật phẫu thuật:

Theo hướng dẫn Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản, điều trị dựa vào giai đoạn TNM. Với khối u rất sớm (cT1a) có thể chỉ cần nội soi cắt niêm mạc, trong khi giai đoạn T2–T4 hoặc N+ thường được chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo hạch D2. Các trường hợp di căn xa thường điều trị hóa trị hoặc xạ trị giảm nhẹ. Sau phẫu thuật, hóa trị bổ trợ là cần thiết ở giai đoạn II–III để giảm tái phát.

Về kỹ thuật, phẫu thuật triệt để đòi hỏi đạt diện cắt R0 và nạo vét hạch hệ thống. Cắt đoạn xa áp dụng cho khối u 2/3 dưới, còn cắt toàn bộ dành cho u 1/3 trên hoặc dạng lan tỏa. Nạo hạch D2 hiện được coi là tiêu chuẩn, nhờ các nghiên cứu dài hạn chứng minh cải thiện tỷ lệ sống và giảm tái phát. Sau cắt dạ dày, tái lập lưu thông tiêu hóa có thể bằng Billroth I, Billroth II hoặc Roux-en-Y, trong đó Roux-en-Y ưu thế hơn về hạn chế trào ngược nhưng phức tạp hơn. Ngoài ra, phẫu thuật mở rộng, giảm nhẹ hay tái phát đều có vai trò nhất định, tùy thuộc tình trạng bệnh và thể trạng người bệnh.

1.6. Phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 nối Billroth II

Phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày với nạo vét hạch D2 đã chứng minh an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày, đặc biệt tại Nhật Bản và Hàn Quốc. So với mổ mở, kỹ thuật này giúp giảm mất máu, giảm đau sau mổ, thời gian hồi phục nhanh hơn trong khi vẫn đảm bảo nguyên tắc ung thư học. Chỉ định thường áp dụng cho khối u ở 2/3 dưới dạ dày, giai đoạn cT1–T4a, M0, với bệnh nhân đủ sức khỏe; chống chỉ định ở khối u xâm lấn rộng, có di căn xa hoặc bệnh nhân thể trạng yếu.

Có nhiều cách tiếp cận trong phẫu thuật, từ phương pháp bên truyền thống đến tiếp cận theo vùng giải phẫu hệ thống, đặc biệt tại Trung Quốc. Vùng trên tụy là khó nhất, có thể xử lý theo tiếp cận từ bên trái hoặc từ trong

ra, giúp kiểm soát mạch máu lớn và hạn chế biến chứng. Sau khi cắt, tái lập lưu thông tiêu hóa bằng Billroth II có thể cải tiến với khâu treo quai, túi vị – hồng tràng, hoặc kết hợp Braun để giảm trào ngược. Billroth II đơn giản, nhanh, phù hợp với nội soi nhưng dễ gây trào ngược, trong khi Roux-en-Y sinh lý hơn song phức tạp và có nguy cơ ú trệ quai Roux.

1.7. Tiến bộ trong phát hiện hạch di căn

Các kỹ thuật hỗ trợ phát hiện hạch di căn đã phát triển đáng kể. Nhuộm xanh methylen đơn giản, rẻ nhưng tỷ lệ âm tính giả cao, hạn chế độ tin cậy. Technetium-99m giúp phát hiện hạch nóng với độ chính xác cao hơn, đặc biệt ở giai đoạn sớm, nhưng đòi hỏi cơ sở hạ tầng y học hạt nhân. Phương pháp kép kết hợp thuốc nhuộm và đồng vị phóng xạ khắc phục được nhược điểm, nâng độ chính xác đến gần 99%, được coi là “tiêu chuẩn vàng” mới trong nghiên cứu.

Gần đây, nhuộm huỳnh quang với indocyanine green (ICG) kết hợp hình ảnh cận hồng ngoại đã tạo bước tiến lớn. Kỹ thuật này cho phép trực quan hóa dòng bạch huyết và phát hiện hạch trong thời gian thực, đặc biệt hữu ích trong phẫu thuật nội soi và robot. Tỷ lệ phát hiện hạch gần tuyệt đối, an toàn và ít biến chứng, song hiệu quả giảm ở giai đoạn T2–T3. Hiện tại, ICG được khuyến cáo cho ung thư giai đoạn sớm, mở ra triển vọng ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

1.8. Điều trị hậu phẫu

Hóa trị bổ trợ là nền tảng nhằm tiêu diệt tế bào vi thể sau mổ, giảm tái phát và cải thiện sống còn, với các phác đồ chuẩn như XELOX, FOLFOX hoặc S-1. Bên cạnh đó, điều trị nhắm trúng đích đã mở ra kỷ nguyên mới, tiêu biểu là trastuzumab cho bệnh nhân HER2 dương tính và ramucirumab ở bước hai. Các liệu pháp này góp phần kéo dài thời gian sống và cá thể hóa điều trị.

Miễn dịch trị liệu với nivolumab, pembrolizumab đã chứng minh hiệu quả ở bệnh nhân tiến xa hoặc tái phát, đặc biệt nhóm PD-L1 cao hoặc MSI-H. Xạ trị không thường quy sau nạo hạch D2 nhưng có vai trò trong trường hợp R1, vết hạch chưa đầy đủ hoặc điều trị giảm nhẹ triệu chứng. Nhờ các tiến bộ này, chiến lược điều trị hậu phẫu ngày càng đa dạng, giúp tối ưu hóa tiên lượng và chất lượng sống cho bệnh nhân.

1.9. Kết quả nghiên cứu về phẫu thuật nội soi

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu chứng minh phẫu thuật nội soi không kém mổ mở về kết quả sống còn dài hạn, đồng thời mang lại lợi ích ngắn hạn như ít mất máu, ít đau, hồi phục nhanh. Thử nghiệm KLASS-02 tại Hàn Quốc và JLSSG0901 tại Nhật Bản đều cho thấy tỷ lệ sống 5 năm tương đương mổ mở, với biến chứng muộn thấp hơn. Các so sánh giữa Billroth II và Roux-en-Y cũng chỉ ra rằng khác biệt chủ yếu nằm ở thời gian mổ và biến chứng trào ngược, còn kết quả ung thư học không khác biệt.

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu từ 2008 đến nay đã khẳng định tính

khả thi của kỹ thuật này. Các báo cáo cho thấy lượng máu mất ít, thời gian hồi phục nhanh, tỷ lệ biến chứng thấp và kết quả sống còn khả quan. Một số nghiên cứu gần đây ghi nhận tỷ lệ sống 5 năm trên 70% ở nhóm được nạo hạch D2, tương đồng kết quả quốc tế. Nghiên cứu đa trung tâm cũng khẳng định tính an toàn và hiệu quả, mở đường cho việc áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện lớn.

1.10. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Trên thế giới, chất lượng cuộc sống giảm ngay sau mổ nhưng dần cải thiện sau 6–12 tháng. Tuy nhiên, một số triệu chứng như tiêu chảy, trào ngược, khó nuốt, thay đổi vị giác có thể kéo dài. Các nghiên cứu so sánh chỉ ra rằng bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày có chất lượng sống kém nhất, trong khi bảo tồn môn vị giúp hạn chế một số triệu chứng nhưng vẫn gây khó khăn ở khía cạnh khác. Giới tính, tuổi, thời gian sau mổ và phương pháp phẫu thuật đều ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả lâu dài.

Tại Việt Nam, nghiên cứu còn hạn chế nhưng bước đầu ghi nhận chất lượng sống ở bệnh nhân sau mổ tương đối cao so với một số loại ung thư khác. Tuy nhiên, các yếu tố như trình độ học vấn, nghề nghiệp, giai đoạn bệnh và tình trạng di căn có ảnh hưởng đáng kể. Kết quả cho thấy cần có các chương trình theo dõi lâu dài và hỗ trợ toàn diện, không chỉ tập trung vào sống còn mà còn vào phục hồi thể chất, tinh thần và xã hội sau phẫu thuật.

CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vùng hang – môn vị dạ dày, không có di căn xa, được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần xa dạ dày kèm nạo vét hạch D2 và nối Billroth II tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 01/2021–04/2024. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm bệnh nhân ≥ 18 tuổi, giai đoạn T1–T4a M0, thể trạng ASA $\leq$ III, BMI từ 16–30 kg/m², chưa từng hóa trị tân bổ trợ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các trường hợp T4b, M1, ung thư không phải biểu mô tuyến, thể trạng ASA IV trở lên hoặc không phẫu thuật nội soi hoàn toàn đều bị loại trừ.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An trong giai đoạn 40 tháng, với toàn bộ hồ sơ bệnh án và dữ liệu lâm sàng – cận lâm sàng được thu thập và theo dõi có hệ thống. Đây là cơ sở để phân tích kết quả phẫu thuật nội soi và các yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu theo dạng mô tả tiến cứu, theo dõi dọc, nhằm ghi nhận đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật phẫu thuật và kết quả điều trị. Nghiên cứu chia thành 4 giai đoạn: trước mổ (đánh giá và phân giai đoạn TNM), trong mổ (ghi nhận thông số kỹ thuật), sau mổ gần (biến chứng, hồi phục, nằm viện) và sau mổ xa (tái phát, sống thêm, chất lượng cuộc sống). Cách tiếp cận này cho phép phân tích toàn diện và liên tục quá trình điều trị.

Cỡ mẫu được tính toán theo công thức ước lượng tỷ lệ, dựa vào tỷ lệ sống 1 năm từ các nghiên cứu trước. Kết quả xác định cỡ mẫu tối thiểu là 78 bệnh nhân, cộng thêm 10% dự phòng, nâng lên 87. Thực tế, có 90 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương tiện và quy trình phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi được tiến hành với hệ thống máy Stryker, Karl-Storz và các dụng cụ chuyên dụng, bao gồm dao siêu âm, dao điện, Endo-stapler và bộ trocar chuẩn. Người bệnh được đặt ở tư thế nằm ngửa, đầu cao, hai chân dang; kẹp mổ bố trí với phẫu thuật viên chính đứng bên trái, một phụ camera giữa hai chân và một phụ bên phải. Tư thế này tạo thuận lợi cho thao tác phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày.

Quy trình phẫu thuật gồm 10 bước: đặt trocar, đánh giá thương tổn, khâu treo gan, phẫu tích mạc nối lớn và nạo vét lần lượt các nhóm hạch (4d, 4sb, 6, 7, 8a, 9, 11p, 5, 12a, 1, 3), cắt dạ dày, tái lập lưu thông tiêu hóa theo Billroth II, cắt đóng tá tràng, rửa ổ bụng, lấy bệnh phẩm và đặt dẫn lưu. Sau mổ, bệnh nhân được theo dõi sát, rút dẫn lưu sau 3–4 ngày, cho ăn uống dần trở lại từ ngày 2–5, và chỉ định hóa trị bổ trợ theo phác đồ.

2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Các biến số phục vụ mục tiêu 1 bao gồm thông tin chung (tuổi, giới, nghề, khu vực sống), tiền sử, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh học, kỹ thuật phẫu thuật và các thông số trong mổ. Mỗi biến được định nghĩa rõ ràng, thu thập qua bệnh án, thăm khám và biên bản phẫu thuật. Các chỉ số này giúp mô tả đặc điểm quần thể nghiên cứu và kỹ thuật mổ.

Các biến số phục vụ mục tiêu 2 tập trung vào kết quả sớm (trung tiện, rút thông dạ dày, thời gian nằm viện, biến chứng), kết quả mô bệnh học (số hạch, tình trạng diện cắt, giai đoạn bệnh sau mổ), và kết quả xa (tái phát, di căn, sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh, chất lượng cuộc sống). Các biến số được chuẩn hóa, theo dõi ở nhiều mốc thời gian, nhằm phản ánh hiệu quả và tiên lượng lâu dài của phương pháp phẫu thuật.

2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập bằng bộ phiếu thiết kế sẵn, chia thành các phần: thông tin chung, đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng, thông tin phẫu thuật, kết quả sớm sau mổ và theo dõi xa. Công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống sử dụng thang điểm Spitzer (0–10 điểm). Bộ phiếu đã được thử nghiệm, hiệu chỉnh và chuẩn hóa trước khi áp dụng chính thức.

Việc thu thập số liệu do các bác sĩ, điều dưỡng ngoại khoa có kinh nghiệm thực hiện, dưới sự giám sát của nghiên cứu viên chính. Dữ liệu được lấy từ bệnh án, biên bản phẫu thuật, kết quả xét nghiệm, giải phẫu bệnh và phỏng vấn bệnh nhân. Quá trình thu thập tuân thủ quy trình lâm sàng và được tiến hành liên tục từ giai đoạn trước mổ đến các lần tái khám sau mổ.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và quản lý bằng Excel, phân tích thống kê trên SPSS 26.0. Các biến định lượng phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ SD; biến không chuẩn dùng trung vị và khoảng tứ phân vị. Biến định tính trình bày bằng tần số, tỷ lệ phần trăm. So sánh nhóm sử dụng T-test, ANOVA, hoặc Chi-square/Fisher tùy loại biến.

Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và sống không bệnh (DFS) được phân tích bằng Kaplan–Meier và so sánh bằng log-rank test. Hồi quy Cox đa biến được áp dụng để xác định yếu tố tiên lượng. Mức ý nghĩa thống kê lựa chọn $p < 0,05$. Cách phân tích này cho phép đánh giá toàn diện từ đặc điểm ban đầu, kết quả điều trị ngắn hạn đến yếu tố ảnh hưởng đến sống còn lâu dài.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Ban Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An phê duyệt trước khi triển khai. Người bệnh tham gia được cung cấp thông tin đầy đủ về mục tiêu, lợi ích, nguy cơ, và đồng ý bằng văn bản. Việc tham gia hoàn toàn tự nguyện, người bệnh có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến quyền lợi điều trị.

Thông tin cá nhân được mã hóa, bảo mật tuyệt đối, chỉ sử dụng cho mục đích khoa học. Nghiên cứu không gây thêm nguy cơ cho bệnh nhân ngoài phác đồ điều trị thường quy. Tất cả quy trình đều tuân thủ chuẩn mực đạo đức y sinh học quốc tế, đảm bảo tính an toàn và quyền lợi tối đa cho người bệnh.

CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 4/2024, có tổng cộng 90 bệnh nhân được tuyển vào nghiên cứu. Các kết quả sau khi phân tích được trình bày dưới đây.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $65,5 \pm 10,0$ tuổi, dao động từ 36 đến 86 tuổi. Nhóm tuổi chiếm đa số là 60–69 tuổi (34,4%) và 70–79 tuổi (32,2%), trong khi nhóm dưới 50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,7%). Về giới tính, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ, với tỷ số Nam/Nữ = 1,8/1. Xét theo nghề nghiệp, đa số bệnh nhân là nông dân (38,9%) và nội trợ hoặc chăm sóc gia đình (28,9%), tiếp đến là nhóm hưu trí (26,7%), còn lao động tự do chiếm tỷ lệ thấp nhất (5,6%). Về khu vực sinh sống, phần lớn bệnh nhân cư trú tại nông thôn (73,3%), 14,4% ở thành phố/thị xã và 12,2% ở miền núi.

Đa số người bệnh nhập viện thông qua khám bệnh thông thường (64,4%), trong khi số ca nhập viện cấp cứu chiếm 35,6%. Chỉ số BMI trung bình là $20,57 \pm 2,03$ kg/m², thấp nhất 16 và cao nhất 26,2. Phần lớn bệnh

nhân có BMI ở mức trung bình (81,1%), 16,7% thiếu cân và chỉ có 2,2% thừa cân. Những đặc điểm này cho thấy đối tượng nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, nam giới, sống ở nông thôn, nghề nghiệp liên quan đến lao động chân tay, với thể trạng nhìn chung gầy hoặc trung bình.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

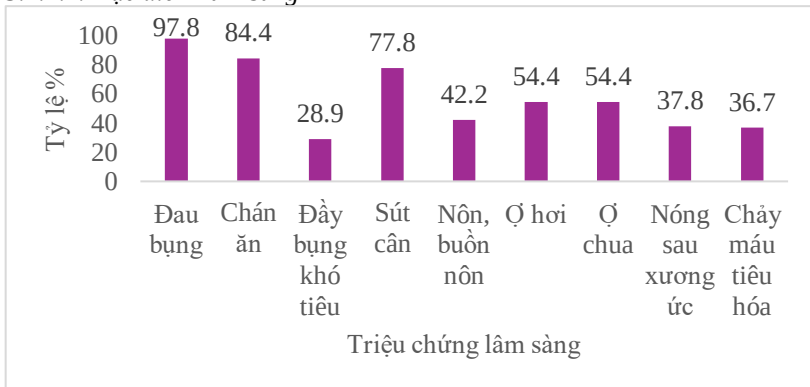
3.1.2.1. Tiền sử

Trong số 90 bệnh nhân nghiên cứu, có 42,2% có tiền sử viêm dạ dày – tá tràng, 31,1% có tiền sử loét dạ dày – tá tràng và 2,2% từng xuất huyết tiêu hóa. Khoảng một phần ba số bệnh nhân không ghi nhận tiền sử mắc bệnh dạ dày. Điều này cho thấy đa số đối tượng có tiền sử bệnh lý tiêu hóa liên quan trực tiếp đến ung thư dạ dày, phản ánh yếu tố nguy cơ quan trọng trong quá trình hình thành bệnh.

Về bệnh nội khoa, đa số bệnh nhân không có bệnh kèm theo (64,4%). Trong số các bệnh đồng mắc, bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (22,2%), tiếp đến là các bệnh nội tiết (5,6%) và hô hấp (3,3%). Một số ít bệnh nhân mắc bệnh khác (7,8%). Có 32,2% bệnh nhân có kèm một bệnh mạn tính và chỉ 3,3% có từ hai bệnh trở lên. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân có thể trạng tương đối ổn định để thực hiện phẫu thuật.

Tiền sử ngoại khoa ghi nhận đa số bệnh nhân chưa từng trải qua phẫu thuật bụng (95,6%). Chỉ có 4 trường hợp (4,4%) đã phẫu thuật trước đó, gồm 1 ca mổ thủng dạ dày, 2 ca cắt ruột thừa và 1 ca nội soi áp xe ruột thừa. Khi phân loại theo ASA, đa số bệnh nhân thuộc mức ASA II (46,7%) và ASA III (43,3%), phản ánh tình trạng toàn thân trung bình đến khá; chỉ 10% thuộc nhóm ASA I. Như vậy, đối tượng nghiên cứu chủ yếu là bệnh nhân có tiền sử tiêu hóa, ít bệnh phối hợp nặng và đủ điều kiện để tiến hành phẫu thuật nội soi cắt dạ dày.

3.1.2.2. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 3.1. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu (n = 90)

Hầu hết BN đều có triệu chứng đau bụng, chiếm 97,8%. Các triệu chứng thường gặp ở BN là Chán ăn (84,4%), sút cân (77,8%), ợ hơi (54,4%), ợ chua (54,4%), nôn – buồn nôn (42,2%). Có 36,7% BN có chảy máu tiêu hóa. Triệu chứng ít gặp nhất là đầy bụng khó tiêu (27,8%).

3.1.2.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Trong 90 bệnh nhân được nội soi dạ dày, tổn thương chủ yếu ở hang vị (82,2%), còn lại 17,8% ở môn vị; về tính chất, thể loét chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%), tiếp đến là thể sùi (28,9%), trong khi thể loét thâm nhiễm và thâm nhiễm lần lượt chiếm 8,9% và 3,3%. Xét theo vị trí mặt bờ, tổn thương gặp nhiều nhất ở bờ cong nhỏ (64,4%), trong khi bờ cong lớn chỉ chiếm 5,6%, còn mặt trước và mặt sau lần lượt 15,6% và 14,4%. Kết quả cắt lớp vi tính cho thấy 92,2% bệnh nhân có dày thành dạ dày, 10,0% có dịch ổ bụng mức độ ít, và không ghi nhận trường hợp nào có di căn hay xâm lấn các tạng.

Bảng 3.1: Đặc điểm giai đoạn bệnh trên CLVT (n = 90)

Nhóm	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn T	T1	3	3,3
	T2	17	18,9
	T3	52	57,8
	T4a	18	20,0
Giai đoạn N	N0	63	70,0
	N1	14	15,6
	N2	10	11,1
	N3a	3	3,3
	N3b	0	0,0
Giai đoạn bệnh	I	17	18,9
	IIA	38	42,2
	IIB	20	22,2
	III	15	16,7

Trên hình ảnh CLVT, nhóm giai đoạn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất (57,8%), tiếp đến là T4a (20,0%), trong khi T1 chỉ chiếm 3,3%. Về tình trạng hạch, đa số bệnh nhân chưa có di căn hạch (N0, 70%), tỷ lệ di căn hạch cao nhất ghi nhận ở N1 (15,6%), ít gặp hơn ở N2 (11,1%) và N3a (3,3%). Xét theo phân giai đoạn bệnh, giai đoạn IIA chiếm tỷ lệ cao nhất (42,2%), tiếp đến là IIB (22,2%), trong khi giai đoạn IIIB và IA chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Kết quả giải phẫu bệnh trước mổ cho thấy ung thư biểu mô tuyến ống chiếm ưu thế tuyệt đối với 96,6%, trong khi ung thư biểu mô tế bào nhân và ung thư biểu mô tuyến nhầy chỉ chiếm tỷ lệ rất thấp (2,2% và 1,2%). Về độ mô học, phần lớn các trường hợp thuộc nhóm biệt hóa vừa (44,8%) và biệt hóa kém (52,9%), trong khi biệt hóa cao chỉ chiếm 2,3%.

3.1.3. Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật

Tất cả 100% người bệnh được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn dạ

dây vết hạch D2, nối Billroth II bằng stapler, khâu treo gan trái, khâu quai đến và đóng mồm tá tràng; sử dụng 5 trocar chuẩn, cắt tá tràng sau khi hoàn tất miệng nối. Không có trường hợp chuyển mô mỡ hay tử vong trong mổ.

Bảng 3.2: Đặc điểm kỹ thuật trong phẫu thuật (n = 90)

Nhóm	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Luồn sonde dạ dày vào quai đến	Có luồn	90	100,0
	Không luồn	0	0,0
Số Stapler dùng trong phẫu thuật	4	82	91,1
	5	8	8,9
Sử dụng Hemolok cặp tăng cường	Có cặp	10	11,1
	Không cặp	80	88,9

Trong 90 trường hợp nghiên cứu, 100% người bệnh đều được luồn sonde dạ dày vào quai đến trước khi đóng lỗ mổ dạ dày – hồng tràng. Hầu hết ca phẫu thuật sử dụng 4 stapler (91,1%), chỉ có 8 trường hợp (8,9%) dùng 5 stapler. Bên cạnh đó, đa số không cần sử dụng Hemolok cặp tăng cường (88,9%), chỉ 11,1% trường hợp có sử dụng.

Quy trình phẫu thuật nhìn chung diễn ra thuận lợi, chỉ có 7 trường hợp (7,7%) gặp khó khăn. Trong đó, 2 trường hợp có nhiều mỡ ổ bụng ảnh hưởng thao tác từ bước 3 đến bước 8; 4 trường hợp có khối u giai đoạn T4a tại vị trí môn vị (3 ở mặt sau, 1 ở bờ cong nhỏ) gây khó khăn trong nạo vét hạch nhóm 5 và 12a ở bước 6; và 1 trường hợp ổ bụng nhỏ gây trở ngại khi thực hiện miệng nối ở bước 8.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

3.2.1. Kết quả phẫu thuật

3.2.1.1. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Kết quả sau phẫu thuật cho thấy giai đoạn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 54,4%, tiếp đến là T2 (24,4%) và T4a (20%), trong khi T1 chỉ gặp ở 1,1% trường hợp. Về tình trạng hạch, có 35,5% bệnh nhân chưa ghi nhận di căn (N0), trong khi di căn N2 chiếm tỷ lệ cao nhất (26,7%), tiếp theo là N3a (17,8%) và N1 (16,7%). Xét theo giai đoạn chung, IIIA chiếm tỷ lệ lớn nhất (27,8%), kế đến là IIA (26,7%) và IIIB (16,7%), trong khi giai đoạn sớm IA và muộn IIIC ít gặp nhất, lần lượt là 1,1% và 3,3%.

Trong 90 bệnh nhân nghiên cứu, ung thư biểu mô tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất với 84,4%, tiếp đến là ung thư biểu mô tuyến nhầy 8,9% và ung thư biểu mô tế bào nhẵn 6,7%. Xét riêng 76 trường hợp ung thư biểu mô tuyến ống, phần lớn thuộc nhóm biệt hóa vừa (47,4%) và biệt hóa kém (46,0%), trong khi nhóm biệt hóa cao chiếm tỷ lệ thấp nhất (6,6%).

3.2.1.2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $174,4 \pm 19,4$ phút, ngắn nhất là 140 phút và dài nhất là 210 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình ở BN giai đoạn T4a dài hơn có ý nghĩa thống kê so với các BN ở giai đoạn T1 – T3, $p < 0,05$.

3.2.1.3. Tai biến trong mổ

Trong nghiên cứu, có 3 bệnh nhân (3,3%) gặp tai biến trong phẫu thuật, gồm 1 trường hợp rách mạc treo đại tràng được khâu lại, 1 trường hợp tổn thương gan trái do dụng cụ vén gan nhưng không cần can thiệp, và 1 trường hợp rách thanh cơ ruột non khi làm miệng nối đã được xử trí ngay. Nhìn chung, phần lớn ca mổ diễn ra an toàn, với 96,7% bệnh nhân không có tai biến.

3.2.1.4. Số lượng hạch nạo vét và hạch di căn

Số hạch nạo vét trung bình đạt $25,9 \pm 5,9$ hạch (16–42 hạch), đáp ứng tiêu chuẩn quốc tế. Số hạch có di căn trung bình là $3,7 \pm 4,4$ (0–18 hạch). Điều này phản ánh kỹ thuật nạo vét triệt để và mức độ tiến triển khác nhau của bệnh.

Tỷ lệ di căn theo nhóm hạch: nhóm 6 (51,7%), nhóm 4 (37,9%) và nhóm 3 (29,3%) là cao nhất; thấp nhất ở nhóm 9 (13,8%), nhóm 1 (8,6%) và nhóm 12a (8,6%). Đây là những nhóm hạch thường bị xâm lấn sớm trong UTDD.

Theo giai đoạn T: số hạch di căn tăng theo mức độ xâm lấn, trung bình 0,91 ở T1–T2, 3,6 ở T3 và 7,5 ở T4a. Tỷ lệ bệnh nhân có hạch di căn cũng tăng dần, từ 39,1% (T1–T2) đến 94,4% (T4a), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Theo mô bệnh học: ung thư biểu mô tuyến nhầy có tỷ lệ hạch di căn cao nhất (75%), tiếp đến là tuyến ống (67,1%), thấp nhất là tế bào nhẵn (16,7%). Mặc dù số hạch di căn trung bình giữa các nhóm không khác biệt có ý nghĩa, sự khác biệt về tỷ lệ có hạch di căn lại có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2.1.5. Kích thước khối u

Đa số bệnh nhân có khối u kích thước 3–5 cm (70%). 26,7% có $u \leq 2$ cm và chỉ 3,3% có $u \geq 6$ cm. Kích thước trung bình là $3,2 \pm 1,2$ cm (dao động 1–6 cm). Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân được phát hiện khi khối u đã đạt kích thước trung bình đến lớn.

3.2.1.6. Đặc điểm diện cắt

Khoảng cách trung bình từ diện cắt trên đến khối u là $5,5 \pm 0,6$ cm (5–7 cm). Đáng chú ý, 100% bệnh nhân đều đạt diện cắt âm tính cả trên và dưới, không còn tế bào ung thư, chứng tỏ phẫu thuật triệt để và đạt chuẩn R0.

3.2.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Thời gian hồi phục chức năng tiêu hóa: thời gian trung tiện trung bình là 47 ± 11 giờ (24–72 giờ), rút thông dạ dày sau $42,4 \pm 17,3$ giờ. Thời gian rút

dẫn lưu trung bình 3,8 ngày, bắt đầu nuôi dưỡng đường tiêu hóa 2,5 ngày và thời gian nằm viện trung bình 8,5 ngày (5–36 ngày). Ở nhóm T1–T3, thời gian bắt đầu ăn sớm hơn nhóm T4a, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biến chứng sau mổ: 94,4% bệnh nhân không có biến chứng. Chỉ có 5 bệnh nhân (5,6%) gặp biến chứng, gồm 1 nhồi máu phổi trái, 3 áp xe tồn dư và 1 thoát vị thành bụng. Không có ca tử vong sớm sau mổ.

Sau phẫu thuật, 77,8% bệnh nhân tiếp tục điều trị hóa chất hỗ trợ. Trong số 20 bệnh nhân không hóa trị, có 14 trường hợp ở giai đoạn I, 2 BN lớn tuổi có bệnh lý nền và 4 trường hợp khác dù có chỉ định nhưng không thực hiện hóa trị. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân giai đoạn tiến triển vẫn được chỉ định hóa trị sau mổ để tăng hiệu quả điều trị.

3.2.3. Kết quả xa sau phẫu thuật

3.2.3.1. Tình hình theo dõi bệnh nhân

Trong nghiên cứu này trong tổng số 90 BN sau mổ, có 7 BN theo dõi được dưới 13 tháng, 23 BN theo dõi được 13–24 tháng, 37 BN theo dõi được 25–36 tháng và 23 BN theo dõi được từ 36 tháng trở lên.

3.2.3.2. Kết quả nội soi dạ dày sau mổ 1 năm

Kết quả nội soi dạ dày sau mổ 1 năm: viêm dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất (69,4%), tiếp đến là ú đọng dịch mật (27,1%) và thấp nhất là ú đọng dạ dày (11,8%). 23 BN có kết quả nội soi bình thường (27,1%).

3.2.3.3. Tái phát và di căn sau mổ

Bảng 3.3: Tình trạng tái phát, di căn ($n = 90$)

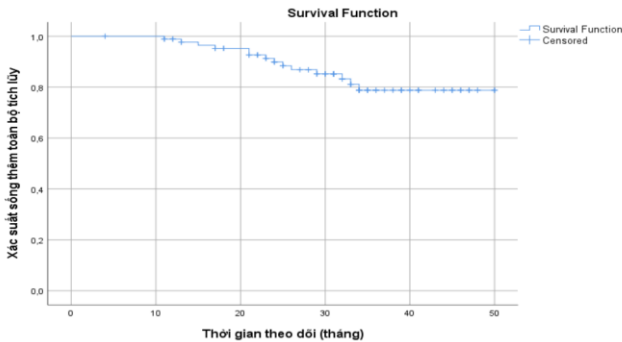
Tái phát, di căn		Số lượng	Tỷ lệ %
Không tái phát, di căn		75	83,3
Tái phát miệng nối		1	1,1
Di căn		14	15,6
Số vị trí di căn ($n=14$)	1 vị trí	10	71,4
	2 vị trí	4	28,6
Cơ quan di căn ($n=14$)	Đại tràng	2	14,3
	Gan	7	50,0
	Phổi	1	7,1
	Cột sống	1	7,1
	Tụy	1	7,1
	Hạch	2	14,3
	Xương	1	7,1
	Ruột non	1	7,1
	Phúc mạc	2	14,3

Trong nghiên cứu, ghi nhận nhiều trường hợp tái phát và di căn sau phẫu thuật: một bệnh nhân tái phát tại miệng nối sau 16 tháng, tử vong ở tháng 25; hai trường hợp di căn hạch (thượng đòn, ổ bụng, gan) tử vong trong

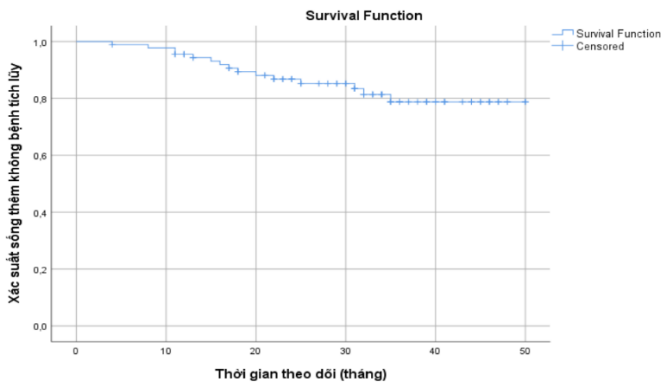
vòng 15–34 tháng; hai bệnh nhân di căn đại tràng đều phải làm hậu môn nhân tạo và tử vong ở tháng 21 và 33; cùng một số trường hợp di căn nhiều cơ quan như phổi, cột sống, gan, phúc mạc và ruột non, đa số tử vong trong vòng 11–34 tháng, ngoại trừ một bệnh nhân di căn gan ở tháng 35 hiện còn sống. Thời gian trung bình từ mô đến khi tái phát hoặc di căn là $18,5 \pm 9,1$ tháng, dao động từ 4 đến 35 tháng.

3.2.3.4. Thời gian sống thêm

Thời gian tử vong do ung thư dạ dày trung bình là $23,1 \pm 7,4$ tháng (11–34 tháng), với tổng cộng 16 trường hợp tử vong (17,8%), trong đó 14 bệnh nhân (15,6%) do tái phát hoặc di căn và 2 bệnh nhân (2,2%) do nguyên nhân khác. Hai trường hợp không liên quan tái phát gồm một bệnh nhân 75 tuổi có tiền sử tim mạch và tai biến mạch máu não tử vong do suy đa tạng sau hóa trị, và một bệnh nhân 85 tuổi có nhiều bệnh lý tim mạch tử vong sau 10 tháng mà không ghi nhận tái phát. Thời điểm tử vong thường gặp nhất là 24–35 tháng (7 ca) và 12–23 tháng (6 ca).



Biểu đồ 3.2. Xác suất sống thêm toàn bộ tích lũy



Biểu đồ 3.3. Xác suất sống thêm không bệnh tích lũy

Xác suất sống thêm toàn bộ sau 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 98,9%, 89,9% và 78,8%.

Xác suất sống thêm không bệnh sau 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 95,5%, 86,8% và 78,8%.

Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ trung bình (TB $\pm$ SE) là $44,6 \pm 1,3$ tháng. Thời gian sống thêm không bệnh sau mổ trung bình là $43,8 \pm 1,5$ tháng.

Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh

Xác suất sống thêm toàn bộ sau phẫu thuật 1 năm, 2 năm của bệnh nhân giai đoạn I lần lượt là: 100%; 100%. Giai đoạn II: 100%; 100%. Giai đoạn III là: 97,6%; 80,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình ở giai đoạn III ngắn hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ so với giai đoạn I, II.

Xác suất sống thêm không bệnh sau phẫu thuật 1 năm, 2 năm của bệnh nhân giai đoạn I lần lượt là: 100%; 100%. Giai đoạn II: 100%; 100%. Giai đoạn III là: 90,5%; 73,2%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình ở giai đoạn III thấp hơn so với giai đoạn I, II. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thời gian sống thêm toàn bộ theo tình trạng di căn hạch

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình ở nhóm không di căn hạch lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có di căn hạch, $p < 0,05$.

Thời gian sống thêm toàn bộ theo typ mô bệnh học

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình ở các nhóm typ mô bệnh học khác nhau là tương đương. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Thời gian sống thêm toàn bộ theo kích thước khối u

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau mổ ở nhóm có kích thước $u \leq 3$ cm và > 3 cm lần lượt là $46,9 \pm 1,3$ tháng và $41,3 \pm 2,5$ tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với nhóm $u \leq 3$ cm có thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn rõ rệt so với nhóm $u > 3$ cm ($p < 0,05$).

Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm tuổi

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình ở nhóm tuổi ≤ 60 và > 60 tuổi là tương đương nhau. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm điều trị hóa chất sau mổ

Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ ở nhóm có điều trị hóa chất sau mổ $46,0 \pm 1,3$ tháng, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không điều trị hóa chất là $38,6 \pm 3,2$ tháng ($p < 0,05$).

Thời gian sống thêm không bệnh ở nhóm điều trị hóa chất sau mổ

Thời gian sống thêm không bệnh sau mổ trung bình ở nhóm có điều trị hóa chất sau mổ $45,2 \pm 1,5$ tháng, cao hơn so với nhóm không điều trị hóa chất là $37,7 \pm 3,5$ tháng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Phân tích hồi quy Cox đa biến cho thấy, nhóm không điều trị hóa chất

có nguy cơ tử vong cao so với nhóm có điều trị hóa chất. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3.5. Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Tổng điểm CLCS của BN sau phẫu thuật tại các thời điểm 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng và trên 24 tháng lần lượt là $7,5 \pm 1,0$, $7,8 \pm 0,9$, $8,1 \pm 1,7$, $8,1 \pm 1,8$ và $8,3 \pm 0,8$ điểm. Tại cả 5 thời điểm, khía cạnh Sinh hoạt và Sự hỗ trợ đều có điểm trung bình cao nhất, với phần lớn BN đạt ở mức 2 điểm. Điểm trung bình theo từng khía cạnh có xu hướng ổn định hoặc tăng lên theo thời gian.

Hầu hết BN có cải thiện chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật, trên 85% trường hợp đạt từ 7 điểm trở lên ở các lần đánh giá (thấp nhất là 87,5% ở lần đánh giá 24 tháng sau mổ). Ngay thời điểm sau mổ 1 tháng, 94,2% BN có điểm chất lượng cuộc sống từ 7 điểm trở lên. Tỷ lệ BN có điểm CLCS mức 9-10 điểm tăng lên ở thời điểm 12, 24 tháng so với 1 tháng, 6 tháng nhưng có xu hướng giảm ở thời điểm trên 24 tháng.

Bảng 3.4: Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống (n = 90)

Yếu tố	Tổng điểm triệu chứng				
	1 tháng (n = 86)	6 tháng (n = 80)	12 tháng (n = 87)	24 tháng (n = 64)	> 24 tháng (n = 29)
Giới tính					
Nam	7,47 $\pm$ 1,07	7,82 $\pm$ 0,98	8,05 $\pm$ 1,91	8,38 $\pm$ 1,74	8,56 $\pm$ 0,86
Nữ	7,48 $\pm$ 0,77	7,73 $\pm$ 0,83	8,19 $\pm$ 1,12	7,6 $\pm$ 1,83	8,0 $\pm$ 0,63
p	0,867	0,605	0,545	0,024	0,086
Nhóm tuổi					
≤ 60 tuổi	7,61 $\pm$ 0,83	7,96 $\pm$ 0,74	8,34 $\pm$ 1,23	8,04 $\pm$ 1,64	8,44 $\pm$ 0,53
> 60 tuổi	7,41 $\pm$ 1,03	7,69 $\pm$ 1,0	7,98 $\pm$ 1,83	8,1 $\pm$ 1,91	8,3 $\pm$ 0,92
p	0,41	0,083	0,651	0,765	0,449
Bệnh kèm theo					
Có	7,29 $\pm$ 0,71	7,59 $\pm$ 0,69	7,47 $\pm$ 1,76	8,25 $\pm$ 1,03	8,0 $\pm$ 0,68
Không	7,57 $\pm$ 1,06	7,89 $\pm$ 1,01	8,44 $\pm$ 1,51	7,98 $\pm$ 2,14	8,67 $\pm$ 0,82
p	0,053	0,031	0,001	0,484	0,038
Giai đoạn bệnh					
I (1)	7,79 $\pm$ 0,98	7,92 $\pm$ 0,64	8,71 $\pm$ 0,73	8,89 $\pm$ 0,93	8,5 $\pm$ 0,76
II (2)	7,53 $\pm$ 0,84	7,87 $\pm$ 0,72	8,44 $\pm$ 1,11	8,64 $\pm$ 1,05	8,3 $\pm$ 0,82
III (3)	7,33 $\pm$ 1,05	7,67 $\pm$ 1,15	7,63 $\pm$ 2,08	7,48 $\pm$ 2,17	8,27 $\pm$ 0,91
p	0,496	0,927	0,096	$p_{21} > 0,999$; $p_{31} = 0,104$; $p_{32} = 0,12$	0,824
Điều trị hóa chất sau mổ					
Không	7,58 $\pm$ 0,9	7,88 $\pm$ 0,6	7,7 $\pm$ 2,2	7,91 $\pm$ 2,34	8,5 $\pm$ 0,76
Có	7,45 $\pm$ 0,99	7,76 $\pm$ 1,0	8,22 $\pm$ 1,46	8,11 $\pm$ 1,7	8,29 $\pm$ 0,85
p	0,936	0,87	0,693	0,69	0,535

CLCS tại các thời điểm không có mối liên quan với nhóm tuổi, giai đoạn bệnh và điều trị hóa chất sau mổ. Tại thời điểm 24 tháng sau mổ, điểm CLCS ở nam cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nữ, $p < 0,05$. Tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng và trên 24 tháng sau mổ, điểm CLCS ở nhóm không có bệnh kèm theo cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có bệnh kèm theo, $p < 0,05$.

CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,5, phần lớn ≥ 60 tuổi, cho thấy ung thư dạ dày thường gặp ở người cao tuổi. Nam giới chiếm 64,4%, cao gấp gần 2 lần nữ, và đa số làm nông dân (38,9%) hoặc nội trợ (28,9%). Bệnh nhân sống chủ yếu ở nông thôn (73,3%), nhiều trường hợp nhập viện khi khám sức khỏe định kỳ (64,4%), song vẫn có 35,6% nhập viện cấp cứu với triệu chứng rầm rộ. Về thể trạng, đa số có BMI bình thường (81,1%), 16,7% gầy và 2,2% thừa cân.

So sánh với dữ liệu quốc tế, tuổi mắc trong nghiên cứu cao hơn Nhật Bản, Hàn Quốc và Trung Quốc nhưng tương đương Âu – Mỹ. Tỷ lệ nam giới vượt trội phù hợp với nhiều nghiên cứu, có thể liên quan đến hormon sinh dục và lối sống. Phần lớn bệnh nhân đến từ nông thôn phản ánh các yếu tố nguy cơ như ăn mặn, điều kiện kinh tế – xã hội thấp. Tỷ lệ béo phì rất thấp so với phương Tây, nơi béo phì là yếu tố tiên lượng bất lợi, gợi ý sự khác biệt về dịch tễ học và thói quen ăn uống.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Về tiền sử, 42,2% bệnh nhân từng viêm dạ dày tá tràng, 31,1% loét và 2,2% xuất huyết. Có 35,6% kèm bệnh nội khoa, nhiều nhất là tim mạch (22,2%). Đa số được phân loại ASA II (46,7%) và ASA III (43,3%). Về triệu chứng, đau bụng là phổ biến nhất (97,8%), tiếp đến chán ăn (84,4%), sút cân

(77,8%), ợ hơi – ợ chua (54,4%) và chảy máu tiêu hóa (36,7%). Nội soi phát hiện tổn thương chủ yếu ở hang vị (82,2%), thể loét chiếm tỷ lệ cao nhất (58,9%), trong khi CLVT ghi nhận 92,2% dày thành dạ dày, không có trường hợp di căn xa.

Đối chiếu với các nghiên cứu trong và ngoài nước, triệu chứng điển hình và vị trí tổn thương khá tương đồng, song tỷ lệ sút cân cao hơn nhiều, có thể do bệnh nhân đến viện muộn. Kết quả CLVT của chúng tôi có độ nhạy phát hiện cao hơn một số tác giả trong nước, phản ánh sự khác biệt về cỡ mẫu và giai đoạn bệnh. Hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, phù hợp với thực trạng tại Việt Nam. Mô bệnh học trước mổ chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến ống, độ biệt hóa vừa và kém chiếm đa số, khẳng định tính chất ác tính cao và nhu cầu điều trị triệt để.

4.1.3. Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật

Phẫu thuật được thực hiện với quy trình 10 bước có cải tiến cho phù hợp điều kiện tuyến tỉnh, trong đó đáng chú ý là làm miệng nối trước khi cắt dạ dày và tá tràng nhằm thuận lợi thao tác và tiết kiệm stapler. Chúng tôi sử dụng 5 trocar với bố trí hợp lý để đảm bảo thao tác ổn định. Gan trái được vén bằng kỹ thuật khâu treo vào cơ hoành giúp mở rộng phẫu trường hiệu quả và chi phí thấp. Nạo hạch được tiến hành có hệ thống, đặc biệt chú trọng nhóm 6 và chuỗi hạch quanh động mạch thân tạng. Phục hồi lưu thông tiêu hóa được thực hiện theo kiểu Billroth II có khâu treo quai đến, đa số dùng 4 stapler, giúp tiết kiệm chi phí và hạn chế trào ngược.

So sánh với y văn, quy trình của chúng tôi cơ bản tương đồng nhưng có một số điều chỉnh để phù hợp nguồn lực địa phương. Việc sử dụng 5 trocar thay vì 3-4 giúp ekip dễ làm chủ kỹ thuật trong điều kiện tuyến tỉnh, trong khi khâu treo gan chứng minh hiệu quả và an toàn, tránh phải dùng dụng cụ chuyên dụng. Kỹ thuật nạo hạch và phục hồi lưu thông Billroth II có khâu treo cho thấy hiệu quả tương tự các báo cáo quốc tế về triệt căn và biến chứng, song vẫn tồn tại nguy cơ trào ngược dịch mật. Điều này khẳng định phương pháp có thể áp dụng rộng rãi ở bệnh viện tuyến tỉnh với kết quả khả quan.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

4.2.1. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển. Cụ thể, T3 chiếm tỷ lệ cao nhất (54,4%), tiếp đến là T2 (24,4%) và T4a (20,0%), chỉ có một trường hợp T1 (1,1%). Về tình trạng hạch, 64,5% bệnh nhân có di căn, trong đó cao nhất là N2 (26,7%) và thấp nhất là N3b (3,3%). Kết quả này phản ánh thực trạng phát hiện bệnh muộn tại Việt Nam, khi công tác sàng lọc và tầm soát ung thư dạ dày chưa được triển khai rộng rãi ngoài các thành phố lớn. So sánh với một số nghiên cứu trong nước, tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu này cao hơn một số báo cáo trước, cho thấy sự cần thiết phải tăng cường các chương trình phát hiện sớm.

Ở phân loại giai đoạn chung, giai đoạn IIIA chiếm nhiều nhất (27,8%), tiếp theo là IIA (26,7%). Nhóm giai đoạn sớm (I và IB) còn rất hạn chế, chỉ 15,5%, trong khi giai đoạn II và III chiếm tới 84,5%. Về mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến ống chiếm ưu thế tuyệt đối (84,4%), trong đó biệt hóa vừa và kém chiếm gần như toàn bộ, chỉ một tỷ lệ nhỏ biệt hóa cao (6,6%). Ung thư biểu mô tuyến nhày (8,9%) và tế bào nhẵn (6,7%) ít gặp hơn, nhưng thường có tiên lượng xấu hơn. So sánh với các nghiên cứu khác trong nước và quốc tế, kết quả này vẫn tương đồng với đặc điểm dịch tễ học chung, khi ung thư biểu mô tuyến ống là thể hay gặp nhất.

4.2.2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $174,4 \pm 19,4$ phút, dao động 140–210 phút. Con số này ngắn hơn một số báo cáo trong nước nhưng phù hợp với loại mổ bán phần xa kèm Billroth II, vốn đơn giản hơn so với cắt toàn bộ dạ dày. Tai biến trong mổ ghi nhận ở 3 trường hợp (3,3%), bao gồm rách mạc treo đại tràng, tổn thương gan trái và rách thanh cơ ruột non khi làm miệng nối, tất cả đều được xử trí ngay trong mổ, không để lại biến chứng nặng. Tỷ lệ này được đánh giá thấp và an toàn so với các báo cáo khác trong y văn.

Số hạch nạo vét trung bình đạt $25,9 \pm 5,9$ hạch (16–42 hạch), đáp ứng yêu cầu tối thiểu của JGCA (≥ 15 hạch). Số hạch di căn trung bình là $3,7 \pm 4,4$ hạch. Các nhóm hạch di căn nhiều nhất là số 6 (51,7%), số 4 (37,9%) và số 3 (29,3%), phù hợp với quy luật lan tràn từ vùng hang – môn vị. Số hạch và tỷ lệ hạch di căn tăng dần theo giai đoạn T, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Về mô bệnh học, ung thư tuyến nhầy có tỷ lệ di căn hạch cao nhất (75%), tiếp đến là tuyến ống (67,1%) và thấp nhất là tế bào nhẵn (16,7%). Kết quả này chứng minh phẫu thuật nội soi bán phần xa kết hợp nạo hạch D2 vẫn đảm bảo chất lượng ung thư học.

4.2.3. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Quá trình phục hồi tiêu hóa diễn ra thuận lợi. Thời gian trung tiện trung bình là $47,0 \pm 11,0$ giờ, sớm nhất 24 giờ và muộn nhất 72 giờ, tương đồng nhiều báo cáo khác. Thời gian rút dẫn lưu trung bình là $3,8 \pm 1,3$ ngày và thời gian bắt đầu nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa là 2,5 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $8,5 \pm 3,8$ ngày (5–36 ngày), phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Các kết quả này cho thấy ưu điểm ít xâm lấn của phẫu thuật nội soi, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh và rút ngắn thời gian điều trị nội trú.

Về biến chứng, có 5 trường hợp (5,6%) ghi nhận, gồm 1 ca nhồi máu phổi, 3 ca áp xe tồn dư và 1 ca thoát vị thành bụng. Không có bệnh nhân nào tử vong hoặc biến chứng nặng như rò miệng nối hay chảy máu ổ bụng. Đây là tỷ lệ biến chứng thấp, chủ yếu mức độ nhẹ và xử trí được, khẳng định tính an toàn của phương pháp. Về điều trị hỗ trợ, có 77,8% bệnh nhân được hóa trị sau mổ, chủ yếu ở giai đoạn II–III, phù hợp với khuyến cáo quốc tế. Một số ít trường hợp giai đoạn I hoặc có bệnh nền nặng không được hóa trị.

4.2.4. Kết quả xa sau phẫu thuật

Nội soi sau 1 năm cho thấy viêm dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất (69,4%), trào ngược mật gặp ở 27,1% và ú đọng dạ dày ở 11,8%. Tuy nhiên, vẫn có 27,1% bệnh nhân có kết quả nội soi bình thường, cho thấy khả năng thích nghi khác nhau giữa các cá thể. Trong nghiên cứu, ghi nhận 1 trường hợp

(1,1%) tái phát tại miệng nối sau 16 tháng, phù hợp với quy luật tái phát thường gặp ở bệnh nhân giai đoạn muộn.

Trong quá trình theo dõi, có 14 bệnh nhân (15,6%) bị di căn, chủ yếu ở gan, hạch và đại tràng, với thời gian xuất hiện trung bình $18,5 \pm 9,1$ tháng (dao động 4–35 tháng). So sánh với các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ này ở mức chấp nhận được và tương đồng về xu hướng. Kết quả này khẳng định phẫu thuật nội soi bán phần xa kèm D2 Billroth II có thể đảm bảo hiệu quả ung thư học lâu dài, mặc dù vẫn cần theo dõi chặt chẽ ở nhóm giai đoạn muộn.

4.2.5. Thời gian sống thêm

Thời gian sống toàn bộ trung bình là $44,6 \pm 1,3$ tháng. Xác suất sống toàn bộ tại 12, 24 và 36 tháng lần lượt là 98,9%, 89,9% và 78,8%. Thời gian sống không bệnh trung bình là $43,8 \pm 1,5$ tháng, với xác suất tương ứng 95,5%, 86,8% và 78,8%. Kết quả này tương đồng hoặc cao hơn một số nghiên cứu trong nước, đặc biệt ở mốc 2 năm. Yếu tố giai đoạn bệnh và tình trạng hạch là các yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, trong khi tuổi và độ biệt hóa tế bào ít ảnh hưởng.

Hóa trị bổ trợ sau mổ giúp cải thiện đáng kể thời gian sống thêm, với nhóm có hóa trị đạt sống thêm trung bình 46,0 tháng so với 38,6 tháng ở nhóm không hóa trị. Đây là bằng chứng củng cố vai trò cần thiết của hóa trị bổ trợ trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn II–III. Bên cạnh đó, kích thước khối u ≤ 3 cm cũng liên quan đến sống thêm dài hơn, khẳng định tầm quan trọng của phát hiện sớm.

4.2.6. Chất lượng cuộc sống

Chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân cải thiện theo thời gian, từ trung bình 7,5 điểm ở tháng đầu tiên lên 8,3 điểm sau hơn 24 tháng. Các khía cạnh có điểm số cao nhất là sinh hoạt và sự hỗ trợ xã hội, phản ánh sự thích nghi của bệnh nhân và vai trò quan trọng của gia đình. Tỷ lệ bệnh nhân có CLCS ≥ 7 điểm luôn chiếm trên 85% ở mọi thời điểm. Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân đạt CLCS 9–10 điểm cao nhất ở mốc 12–24 tháng, cho thấy sự phục hồi rõ rệt.

Các yếu tố ảnh hưởng bao gồm giới tính (nam cao hơn nữ), bệnh kèm theo (không có bệnh nền đạt CLCS cao hơn) và loại phẫu thuật (cắt bán phần xa duy trì CLCS tốt hơn cắt toàn bộ). Tuổi và giai đoạn bệnh ít ảnh hưởng rõ rệt. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, kết quả này tương đồng khi CLCS thường hồi phục trong 6–12 tháng đầu và duy trì ổn định lâu dài. Điều này cho thấy phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa không chỉ đảm bảo kết quả ung thư học mà còn nâng cao chất lượng sống, khẳng định ưu thế toàn diện của phương pháp.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 90 trường hợp ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1/2021 đến tháng 4/2024, chúng tôi rút ra những kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày

Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng, chán ăn, sút cân. Nội soi cho thấy tổn thương chủ yếu ở hang vị, dạng loét chiếm ưu thế. Trên CLVT, giai đoạn T3 chiếm nhiều nhất, đa số bệnh nhân chưa có di căn hạch.

100% trường hợp được phẫu thuật nội soi hoàn toàn, cắt bán phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2, nối Billroth II bằng stapler không cắt dạ dày trước kèm khâu treo quai đến; không có ca nào chuyển mổ mở hay tử vong trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình 174 phút, dài hơn ở nhóm T4a.

2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu Billroth II điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Số hạch nạo vét trung bình đạt 25,9 hạch, bảo đảm tiêu chuẩn đánh giá giai đoạn bệnh. Tỷ lệ di căn hạch chiếm 64,5%, thường gặp ở nhóm hạch 6, 4 và 3. Sau mổ, giai đoạn bệnh phổ biến nhất là IIIA (27,8%).

Tỷ lệ tai biến trong mổ thấp (3,3%), biến chứng sớm sau mổ 5,6%; không có tử vong sớm. Thời gian hồi phục tiêu hóa nhanh, thời gian nằm viện trung bình 8,5 ngày.

Xác suất sống thêm toàn bộ sau 1, 2 và 3 năm lần lượt là 98,9%, 89,9% và 78,8%. Nhóm được hóa trị bổ trợ sau mổ có kết quả sống thêm cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không hóa trị.

Chất lượng cuộc sống được cải thiện dần theo thời gian, với trên 85% bệnh nhân đạt từ 7 điểm trở lên trong các lần đánh giá. Các khía cạnh “Sinh hoạt” và “Sự hỗ trợ” duy trì điểm số cao và ổn định nhất.

Kết quả nghiên cứu khẳng định phương pháp phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2, nối Billroth II kèm khâu treo quai đến là an toàn, khả thi, đảm bảo nguyên tắc ung thư học, góp phần nâng cao kết quả sống thêm và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư dạ dày.

KHUYẾN NGHỊ

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2 nối Billroth II cho thấy an toàn, khả thi, đảm bảo nguyên tắc ung thư học, có thể xem xét mở rộng triển khai tại các bệnh viện tuyến tỉnh, với điều kiện phẫu thuật viên được đào tạo chuyên sâu và có đủ trang thiết bị hỗ trợ.

Kết quả nghiên cứu khẳng định vai trò quan trọng của hóa trị sau mổ trong cải thiện sống thêm, do đó cần tăng cường chỉ định và tuân thủ phác đồ hóa trị bổ trợ, đặc biệt ở bệnh nhân giai đoạn II–III.

Cần chú trọng theo dõi và đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật, kết hợp các biện pháp hỗ trợ dinh dưỡng, phục hồi chức năng và chăm sóc tâm lý để tối ưu hóa kết quả điều trị lâu dài.