

4. **Đỗ Thị Hương Giang, Nguyễn Thị Quỳnh Nga.** Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;530(1B). 160 - 164.
5. **Hà Đức Dũng, Nguyễn Thị Vân, Lê Minh Trác, Nguyễn Thị Việt Hà.** Tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2020;(131(07)):93-98.
6. **Newborn Mortality.** Accessed March 13, 2023. [https://www.who.int/news-room/fact-](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021)
7. **Fleischmann-Struzek C, Goldfarb DM, Schlattmann P, Schlapbach LJ, Reinhart K, Kissoon N.** The global burden of paediatric and neonatal sepsis: a systematic review. Lancet Respir Med. 2018;6(3):223-230.
8. **European Medicine Agency.** Report on the Expert Meeting on Neonatal and Paediatric Sepsis, 8 June 2010. [https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/report-expert-meeting-neonatal-and-paediatric-sepsis\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/report-expert-meeting-neonatal-and-paediatric-sepsis_en.pdf)

## KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG SAU HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU TẠI BỆNH VIỆN K

Vương Xuân Hồng Quang<sup>1,2</sup>, Trịnh Lê Huy<sup>1</sup>, Đoàn Trọng Tú<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đoạn trực tràng sau hóa xạ trị (HXT) tiền phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 54 bệnh nhân ung thư trực tràng (UTTT) được HXT tiền phẫu và PTNS cắt đoạn trực tràng nối máy tại khoa Ngoại bụng 2, bệnh viện K từ tháng 4/2023 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,4 ± 12,8 (31-80), tỉ lệ nam/nữ = 1,7/1. Thời gian phẫu thuật trung bình 140,8 ± 28,5 phút (95 – 200), 12 bệnh nhân làm hậu môn nhân tạo bảo vệ (22,2%), số hạch vét trung bình 7,63 ± 3,51 (4-15), khoảng cách tử cực dưới u đến diện cắt dưới trung bình 2,61 ± 1,28 (1-6 cm), tất cả bệnh nhân đều đạt diện cắt âm tính. 3 bệnh nhân biến chứng rò miệng nối (5,56%), tỉ lệ tai biến/biến chứng chung là 9,3%, không có bệnh nhân nào tử vong. **Kết luận:** PTNS cắt đoạn trực tràng sau HXT tiền phẫu an toàn, khả thi, đảm bảo tốt tiêu chí về ung thư học. **Từ khóa:** phẫu thuật nội soi, hóa xạ trị tiền phẫu, ung thư trực tràng.

### SUMMARY

#### EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC ANTERIOR RESECTION OF RECTUM FOLLOWING NEOADJUVANT CHEMORADIATION AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate early results of laparoscopic anterior resection of rectum following neoadjuvant chemoradiation. **Patients and methods:** Combined retrospective and prospective study on 54 rectal cancer patients underwent laparoscopic anterior resection of rectum following

neoadjuvant chemoradiation at Abdominal Surgery 2 Department, National Cancer Hospital between April 2023 and June 2024. **Results:** Mean age was 59,4 ± 12,8 (31-80). Male/Female ratio = 1,7/1. Mean operation time was 140,8 ± 28,5 minutes (95 – 200), 12 patients had ileostomy (22,2%), the mean number of lymph nodes dissected was 7,63 ± 3,51 (4-15), mean distal margin distance was 2,61 ± 1,28 (1-6 cm), all patients had negative distal margin after surgery. 3 patients had anastomotic leakage (5,56%), the overall ratio for intraoperative and postoperative complications was 9,3%, none of patient was death. **Conclusions:** Laparoscopic anterior resection of rectum following neoadjuvant chemoradiation was safe, feasible while maintaining oncological criteria.

**Keywords:** laparoscopic surgery, neoadjuvant chemoradiation therapy, rectal cancer.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh ung thư thường gặp nhất. Theo số liệu của GLOBOCAN 2022 thì ung thư đại trực tràng đứng thứ 3 về số ca mắc mới với 1,926,118 ca và đứng thứ 2 về số ca tử vong với 903,859 ca.<sup>1</sup>

Điều trị ung thư trực tràng (UTTT) là điều trị đa mô thức, tùy vào giai đoạn bệnh mà có phương pháp điều trị khác nhau. Phẫu thuật vẫn là phương pháp đóng vai trò chính trong điều trị ung thư trực tràng. Trước đây, với UTTT đoạn trung bình và thấp thì phương pháp phẫu thuật chính là cắt trực tràng phá hủy cơ thắt hậu môn. Tuy nhiên, xu hướng điều trị triệt căn này làm ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nhờ sự phát triển khoa học công nghệ, sự ra đời của các loại máy cắt nối tiêu hóa, sự hiểu biết về diện cắt an toàn<sup>2</sup>, phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối ngay ngày càng được chỉ định rộng rãi hơn. Đặc biệt, việc áp dụng phẫu thuật nội soi (PTNS) để cắt đoạn trực tràng có nhiều ưu điểm hơn mổ mở truyền thống

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Nam Thụy điển Ung thư

<sup>3</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vương Xuân Hồng Quang

Email: [vuongxuanhongquang@gmail.com](mailto:vuongxuanhongquang@gmail.com)

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

vi PTNS cho phép tiếp cận vùng tiểu khung dễ dàng hơn so với phẫu thuật mở kinh điển nên giúp thuận lợi hơn trong việc phẫu tích cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bảo tồn cơ thắt cũng như thần kinh tiết niệu sinh dục.

Hóa xạ trị (HXT) tiền phẫu cho bệnh nhân UTTT đoạn trung bình, thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ đã được chứng minh làm giảm giai đoạn u, giúp tăng cơ hội phẫu thuật triệt căn và bảo tồn cơ thắt. HXT tiền phẫu làm giảm kích thước u, từ đó làm tăng khả năng phẫu thuật cắt đoạn trực tràng.

Tại bệnh viện K, PTNS cắt đoạn trực tràng được thực hiện thường quy và có nhiều nghiên cứu về phương pháp này, nhưng chưa có nghiên cứu nào thực hiện trên nhóm bệnh nhân đã HXT tiền phẫu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng sau hóa xạ trị tiền phẫu tại Bệnh viện K".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 54 bệnh nhân UTTT được HXT tiền phẫu và PTNS cắt đoạn trực tràng nội máy tại khoa Ngoại bụng 2, bệnh viện K từ tháng 4/2023 đến tháng 6/2024.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân mắc UTTT, vị trí u thuộc trực tràng trung bình và thấp, có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến.

- Được hóa xạ trị tiền phẫu 45-50,4 Gy kết hợp Capecitabine theo phác đồ và PTNS cắt đoạn trực tràng nội máy.

- Có bệnh án ghi chép và theo dõi đầy đủ.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mặc ung thư thứ hai, ung thư trực tràng tái phát.

- Mô bệnh học là UTBM tuyến di căn từ cơ quan khác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

**Cỡ mẫu:** lấy mẫu thuận tiện

### Các bước tiến hành

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo các tiêu chuẩn nghiên cứu

- Bước 2: Thu thập các biến số, chỉ số nghiên cứu và phân tích số liệu theo các mục tiêu nghiên cứu.

### Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giới, bệnh phổi hợp, triệu chứng cơ năng, nồng độ CEA, vị trí u, giai đoạn bệnh.

- Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, số lượng

hạch vét được, tỉ lệ đạt diện cắt âm tính.

**2.4. Phân tích số liệu:** Số liệu nghiên cứu được mã hóa, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

### 2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành dưới sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện K.

- Mọi thông tin thu thập từ người bệnh được đảm bảo bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

- Nghiên cứu không ảnh hưởng tới kết quả điều trị của người bệnh.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

**Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình		59,4 ± 12,8	(31-80 tuổi)
Giới	Nam	34	63,0
	Nữ	20	37,0
Tiền sử bệnh phối hợp	Tăng huyết áp	9	16,7
	Đái tháo đường	8	14,8
	Tiền sử phẫu thuật vùng bụng	6	11,1
Triệu chứng cơ năng	Đại tiện nhầy máu	51	94,4
	Đau hạ vị	39	72,2
	Thay đổi thói quen đại tiện	42	77,8
	Mót rặn	37	68,5
	Thay đổi khuôn phân	31	57,4
	Tắc ruột	1	1,9
	Thiếu máu	4	7,4
Gầy sút cân	18	33,3	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 59,4; tỉ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,7/; triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là đại tiện nhầy máu và đau bụng hạ vị.

**Bảng 3.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng**

Đặc điểm cận lâm sàng		n	Tỉ lệ (%)
Vị trí cực dưới u so với rìa hậu môn		6,28±1,60 cm	(4-10cm)
Vị trí u thuộc đoạn trực tràng	Thấp (<=5cm)	17	31,5
	Trung bình (5-10cm)	37	68,5
Hình dạng khối u	Sùi	7	13,0
	Loét	1	1,9
	Sùi loét	44	81,5
	Thâm nhiễm	2	3,7
Giải phẫu bệnh	UTBM tuyến biệt hóa cao	3	5,6
	UTBM tuyến biệt hóa vừa	45	83,3
	UTBM tuyến biệt	4	7,4

Thể tích khối u so với chu vi	hóa kém		
	UTBM tuyến nhầy	2	3,7
	Dưới ¼	3	5,6
	Từ ¼ đến dưới ½	15	27,8
	Từ ½ đến dưới ¾	20	37,0
	Từ ¾ trở lên	16	29,6

**Nhận xét:** Bệnh nhân có u trực tràng đoạn thấp chiếm 31,5%. Thể sùi loét chiếm ưu thế (81,5%); phần lớn giải phẫu bệnh là UTBM tuyến biệt hóa vừa (83,3%).

**Bảng 3.3. Đáp ứng của hóa xạ trị tiền phẫu thông qua MRI tiêu khung**

Khối u (T)		Trước điều trị		Sau điều trị	
		n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %
		T0	0	0	3
T1	0	0	1	1,9	
T2	2	3,7	17	31,5	
T3	46	85,2	31	57,4	
T4	6	11,1	2	3,7	

**Nhận xét:** Tỉ lệ u ở giai đoạn T4 giảm từ 11,1% xuống còn 3,7% và tỉ lệ u ở giai đoạn T3 giảm từ 85,2% xuống còn 39,4% sau hóa xạ trị tiền phẫu.

**Bảng 3.4. Đáp ứng của hóa xạ trị tiền phẫu thông qua nồng độ CEA**

Nồng độ CEA	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %
≤ 5ng/ml	30	55,6	49	90,7
> 5ng/ml	24	44,4	5	9,3
<b>Tổng</b>	<b>54</b>	<b>100</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ CEA > 5 ng/ml giảm từ 44,4% xuống còn 9,3% sau hóa xạ trị tiền phẫu.

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 3.5. Một số đặc điểm của phẫu thuật**

Đặc điểm	n	Tỉ lệ %
Thời gian phẫu thuật (phút)	140,8±28,5 phút (95 – 200)	
Hậu môn nhân tạo bảo vệ	12	22,2
Số stapler cắt đầu dưới	1	6
	2	46
	3	2
Hạ góc lách	51	94,4
Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME)	54	100

**Nhận xét:** Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 140 phút, ngắn nhất là 95 phút, dài nhất là 200 phút. Tỉ lệ bệnh nhân được làm hậu môn nhân tạo bảo vệ là 22,2%. Hầu hết bệnh nhân được cắt đầu dưới trực tràng bằng 2 stapler (85,2%). Toàn bộ bệnh nhân được cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME); hầu hết số bệnh nhân được hạ góc lách (94,4%).

**Bảng 3.6. Thời gian phục hồi sau phẫu**

### thuật

Thời gian	Trung bình
Trung tiện sau phẫu thuật	2,67±0,75 (1-5)
Rút sonde tiểu sau phẫu thuật	2,74±0,73 (2-6)
Hậu phẫu	11,13±2,68 (7-20)

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân bắt đầu trung tiện sớm (trong vòng 3 ngày đầu). Thời gian hậu phẫu trung bình khoảng 11 ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 20 ngày.

**Bảng 3.7. Tai biến, biến chứng của phẫu thuật**

Tai biến/biến chứng	n	Tỉ lệ %
Chảy máu trong mổ	0	0
Tổn thương niệu quản	0	0
Tổn thương âm đạo	1	1,9
Rò miệng nối	3	5,56
Tắc ruột sau mổ	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Rối loạn chức năng tiểu tiện	1	1,9
<b>Tổng</b>	<b>5</b>	<b>9,3</b>

**Nhận xét:** Có 1 bệnh nhân bị tai biến thủng âm đạo trong mổ (1,9%). Rò miệng nối là biến chứng hay gặp nhất sau mổ (5,56%). Tỉ lệ tai biến, biến chứng chung là 9,3%.

**Bảng 3.8. Đặc điểm mô bệnh học sau phẫu thuật**

Đặc điểm	n	Tỉ lệ %
Khoảng cách cực dưới u đến diện cắt (cm)	2,61±1,28 (1-6)	
Số hạch vét được	7,63±3,51 (4-15)	
Giai đoạn u sau phẫu thuật	T0	11
	T1	4
	T2	17
	T3	22
	T4	0
Giai đoạn hạch sau phẫu thuật	N0	35
	N1	18
	N2	1
Diện cắt	Dương tính	0
	Âm tính	54

**Nhận xét:** Phần lớn u xâm lấn giai đoạn T2 và T3 với tỉ lệ lần lượt là 31,5% và 40,7%, 11 ca u giai đoạn T0 đáp ứng hoàn toàn sau điều trị hóa xạ tiền phẫu (20,4%). Số lượng hạch trung bình nạo vét được là 7,63 ± 3,51 hạch, nhiều nhất là 15 hạch và ít nhất là 4 hạch. Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt trung bình đạt 2,61 ± 1,28 cm, ngắn nhất là 1cm và dài nhất là 6cm; tất cả diện cắt 2 đầu đều âm tính.

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Kết quả hóa xạ trị tiền phẫu.** Qua kết quả chụp MRI trước và sau hóa xạ trị tiền phẫu cho thấy tỉ lệ u ở giai đoạn T4 giảm từ 11,1% xuống còn 3,7%; tỉ lệ u ở giai đoạn T3

giảm từ 85,2% xuống còn 39,4%; sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Huy (2020) và Phạm Cẩm Phương (2013).<sup>3,4</sup> Sự hạ giai đoạn khối u giúp cho việc phẫu thuật thuận lợi hơn khi phẫu tích mạc treo trực tràng và cắt đầu dưới của trực tràng.

Tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ CEA trong máu  $> 5 \text{ ng/ml}$  trước điều trị trong nghiên cứu này là 44,4%. Kết quả tương đương với tác giả Nguyễn Văn Huy và Phạm Cẩm Phương, trong đó tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ CEA trong máu  $> 5 \text{ ng/ml}$  là 44,7% và 40,2%.<sup>3,4</sup> Sau hóa xạ trị, tỉ lệ bệnh nhân có nồng độ CEA  $> 5 \text{ ng/ml}$  giảm từ 44,4% xuống còn 9,3%. So với trước điều trị, CEA trong máu giảm hơn sau điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

**4.2. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng sau hóa xạ trị tiền phẫu.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là  $140,8 \pm 28,5$  phút. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Phạm Văn Bình ( $136,7 \pm 34,5$  phút) và Trịnh Đức Hoàng ( $130 \pm 18,1$  phút).<sup>5,6</sup>

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phẫu thuật triệt căn UTTT cần lấy được ít nhất 12 hạch xét nghiệm. Số hạch vét được trong nghiên cứu của chúng tôi là  $7,63 \pm 3,51$  hạch. Số hạch vét được trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn con số 12 hạch được. Số lượng hạch thu được thấp hơn có thể được giải thích do ảnh hưởng của hóa xạ trị. Theo tác giả Yun Hyung Ha thì hóa xạ trị tiền phẫu làm giảm số lượng hạch vét được xấp xỉ 33%.<sup>7</sup>

Đối với PTNS cắt đoạn trực tràng ở bệnh nhân UTTT trung bình và thấp thì việc cắt dưới u đảm bảo diện cắt an toàn về mặt ung thư học là cực kỳ quan trọng. Khi khối u ở vị trí thấp, đặc biệt là những bệnh nhân nam giới có khung chậu hẹp thì việc đưa máy vào cắt đầu dưới gặp rất nhiều khó khăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân (88,9%) phải sử dụng 2 stapler để cắt đầu dưới. Khoảng cách từ cực dưới u đến diện cắt dưới trung bình là  $2,61 \pm 1,28$  cm, ngắn nhất là 1cm, có 16 bệnh nhân (29,6%) có diện cắt  $< 2 \text{ cm}$ . Theo khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư Quốc tế (NCCN) năm 2001 thì với ung thư trực tràng trung bình và thấp khoảng cách tính từ mép dưới u đến diện cắt dưới lý tưởng là  $\geq 2 \text{ cm}$ . Quan điểm hiện nay là đối với u trực tràng đoạn thấp đã hóa xạ trị tiền phẫu thì diện cắt dưới u  $\geq 1 \text{ cm}$  là an toàn.<sup>2</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều có diện cắt dưới âm tính được khẳng định bằng kết quả mô bệnh học.

**4.3. Tai biến và biến chứng.** Trong quá trình thực hiện phẫu thuật, chúng tôi không gặp trường hợp chảy máu do tổn thương mạch chậu hay đám rối tĩnh mạch trước xương cùng, rách ruột, tai biến do máy cắt nối, cắt vào niệu quản. Có 1 trường hợp tổn thương thành sau âm đạo đã được xử trí khâu lại trong mổ an toàn.

Theo các tác giả, miệng nối ống tiêu hóa ở vị trí càng thấp thì tỉ lệ rò tiêu hóa càng tăng (từ 3% đến 11%) vì mức độ giảm tưới máu miệng nối. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp rò miệng nối chiếm 5,56%, trong đó có 2 trường hợp rò miệng nối khu trú điều trị bảo tồn, 1 trường hợp rò miệng nối có viêm phúc mạc phải mổ lại ở ngày thứ 5. Cả 3 trường hợp này đều là nam giới. Kết quả của chúng tôi tương đương với Nguyễn Hoàng Bắc (6,5%), thấp hơn Eriksen M.T (11,6%).<sup>8,9</sup> Qua đây cho thấy hóa xạ trị tiền phẫu không làm tăng nguy cơ biến chứng rò miệng nối sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ. Trong nghiên cứu của Trịnh Đức Hoàng trên đối tượng mổ mở cắt đoạn trực tràng ở bệnh nhân hóa xạ trị tiền phẫu có tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ là 7,9%.<sup>6</sup> Qua đó cho thấy PTNS có ưu điểm vết mổ nhỏ, đảm bảo thẩm mỹ, giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.

Tỉ lệ tai biến, biến chứng chung trong nghiên cứu là 9,3%, không có trường hợp nào tử vong.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng sau hóa xạ trị tiền phẫu là kỹ thuật có thể tiến hành thuận lợi, thời gian phẫu thuật nhanh chóng, trung bình 140,8 phút. Tỉ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp (9,3%). Đồng thời phương pháp này cũng đảm bảo được về mặt ung thư học với tỉ lệ diện cắt âm tính là 100%. Phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng nên được chỉ định thường quy cho nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng đã hóa xạ trị tiền phẫu để tối ưu hóa lợi ích và giảm thiểu nguy cơ cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Bednarski BK, Chang GJ.** Ultra-low anterior resection following neoadjuvant chemoradiation for rectal cancer: The end of the 1-cm rule? *Seminars in Colon and Rectal Surgery.* 2013; 24(3): 159-163. doi:10.1053/j.scrs.2013.03.010
3. **Nguyễn Văn Huy.** Đánh Giá Kết Quả Hóa Xạ Trị Tiền Phẫu Trong Ung Thư Trực Tràng Giai Đoạn T3-T4/N0. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà

- Nội; 2020.
- Phạm Cẩm Phương.** Đánh Giá Hiệu Quả Của Xạ Trị Kết Hợp Capecitabine Trước Mổ Trong Ung Thư Trực Tràng Thấp Tiến Triển Tại Chỗ. Luận án tiến sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2013.
  - Phạm Văn Bình, Hồ Sĩ Thuyết.** Đánh giá đặc điểm kỹ thuật và kết quả sớm phẫu thuật cắt đoạn trực tràng nối máy trong điều trị ung thư trực tràng. VMJ. 2017;1:545.
  - Trịnh Đức Hoàng, Kim Văn Vụ.** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng đoạn giữa kết hợp hóa xạ trị tiên phẫu tại khoa ngoại tổng hợp quán sứ bệnh viện K giai đoạn 2019 – 2021. VMJ. 2022;520(2). doi:10.51298/vmj.v520i2.4129
  - Ha YH, Jeong SY, Lim SB, et al.** Influence of Preoperative Chemoradiotherapy on the Number of Lymph Nodes Retrieved in Rectal Cancer. Annals of Surgery. 2010;252(2):336. doi:10.1097/SLA.0b013e3181e61e33
  - Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái.** Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2010:119-123.
  - Eriksen MT, Wibe A, Norstein J, Haffner J, Wiig JN,** Norwegian Rectal Cancer Group. Anastomotic leakage following routine mesorectal excision for rectal cancer in a national cohort of patients. Colorectal Dis. 2005;7(1):51-57. doi:10.1111/j.1463-1318.2004.00700.x

## ĐIỀU TRỊ CHẬM RỖNG DẠ DÀY SAU PHẪU THUẬT U MÔ ĐỆM ĐƯỜNG TIÊU HÓA (GIST) KÍCH THƯỚC LỚN GÓC BỜ CONG NHỎ DẠ DÀY

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Mậu Thái<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả ca lâm sàng hiếm gặp được chẩn đoán chậm rỗng dạ dày (CRDD) sau cắt dạ dày (DD) hình chêm khối U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) kích thước lớn (10-8cm) với mục tiêu 1. Mô tả các triệu chứng lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) của BN có hội chứng CRDD sau cắt DD hình chêm do khối U GIST kích thước lớn góc BCN. 2. Đánh giá kết quả điều trị và điểm lại Y văn. **Kết quả:** BN nam, 61 T, có triệu chứng đau thượng vị, không nôn. Khám bụng: khối U thượng vị còn di động. Nội soi dạ dày (NSDD) khối U D' niêm mạc 4 cm ở BCN, thân vị DD. SA và CLVT: khối u nghi ngờ GIST góc BCN 62-78 mm. Tổn thương trong mổ: Khối U GIST 10-8 cm đi từ dưới tâm vị đến góc BCN- hang vị. Phẫu thuật: Cắt DD hình chêm. Sau mổ 10 ngày xuất hiện đau thượng vị, nôn nhiều (2000ml/24h). Chụp bụng KCB: không có mức nước hơi. Chụp DD sau 6 H: DD giãn lớn, thuốc không xuống tá tràng. Mổ lần 2 ( chỉ định vì tắc ruột cao): Tổn thương: DD giãn to, không bục đường khâu, môn vị không hẹp, thăm dò không hẹp, không thấy tắc ruột. Mổ nối vị tràng. Sau mổ dùng phối hợp Erythromycin 0,25-3v/24h bắt đầu từ ngày thứ 4 sau mổ. Chụp DD sau mổ: thuốc xuống ruột qua miệng nối nhanh. BN cho ăn ngày 5 sau mổ, ra viện ngày 7 sau mổ. GPB: U tế bào hình thoi hướng tới GIST kích thước 9,5-6 cm. Hóa mô miễn dịch (HMMD): Mô bệnh học và HMMD phù hợp với GIST 5 nhân chia/25 vi trường. **Kết luận:** CRDD sau PT cắt U mô đệm đường tiêu hóa (GIST) ở bờ cong nhỏ dạ dày có thể xảy ra với những khối U có kích thước lớn. Nguyên nhân có thể do tổn thương thần kinh X hoặc nhánh

chân ngược (latarjet). Triệu chứng lâm sàng: đau thượng vị, nôn nhiều (> 800ml/24h). Chẩn đoán cần loại trừ tắc ruột cao. Chụp DD sau 6 giờ dạ dày giãn to, thuốc còn lại trong dạ dày. Phẫu thuật đặt ra khi đặt sond hút dạ dày, nhìn ăn, truyền dịch và điều trị thuốc tăng co bóp DD không đỡ (Erythromycin uống liều nhỏ). Mổ nối vị tràng (hoặc tạo hình môn vị) hoặc mở thông hồng tràng nuôi ăn. Nên mổ nối vị tràng phối hợp với cắt DD hình chêm với khối U GIST kích thước lớn (> 5 cm) góc BCN.

### SUMMARY

#### THE TREATMENT RESULT OF DELAYED GASTRIC EMPTYING AFTER WEDGE RESECTION FOR LARGE GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR SITUATED AT LESSER CURVATURE

**Study aim:** 1. Evaluation of clinical and paraclinical feature of delayed gastric emptying (DGE) after wedge resection of large GIST located at lesser curvature. 2. The result of DGE treatment and review of literature. **Result:** There was men, aged of 61 years old, admission due to abdominal epigastric pain and weight loss with out vomiting. Physical examination: palpable epigastric tumor. Gastroscopy: Tumor 4 cm in diameter submucosa located at lesser curvature. CTScan: tumor 6,2-7,8 cm in diameter locating at lesser curvature. Lesion intra operation: Tumor at lesser curvature measuring 10-8 cm from under cardia to antral stomach. +Surgical Procedure: Wedge resection with 2 layers running suture of remnant stomach. 10 days after gastric procedure patient had symptoms: epigastric pain, nausea, vomiting, naso gastric tube insertion with > 2000 ml /24h. Plain abdominal X Ray had no air-liquid level. Gastrointestinal Xray series (telebrid) showed dilatation of gastric remnant and telebrid couldnt go down to small bowel after 6 h. +2 nd operation with diagnosis of upper small bowel obstruction (post operation). Lesion intraoperation: Dilatation of gastric remnant, volume of gastric remnant was large, no

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 28.8.2024