

8. Rothman KJ, Demissie S, Jackson DJ, Lang JM, Ecker JL. Epidural analgesia and risks of cesarean and operative vaginal deliveries in nulliparous and multiparous women. *Matern Child Health J.* 2010 Sep;14(5):705-712. doi: 10.1007/s10995-009-0515-9. PMID: 19760498.

9. Nguyễn Thị Thu Hà, Phan Thị Huyền Thương, Nguyễn Thị Huệ (2023). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ối vỡ non ở tuổi thai từ 22–34 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 530(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v530i1.6557>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Lê Công Lý Hùng²

TÓM TẮT⁹

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư dạ dày được điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày và đánh giá kết quả sau mổ cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 19 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày, được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày tại khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2024. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,89 ± 12,04, (thấp nhất: 34 tuổi, cao nhất: 80 tuổi). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi, chiếm 78,95%. Tỷ lệ nam/nữ = 2,17/1. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng vùng thượng vị chiếm 78,95%. Ung thư biểu mô (UTBM) tuyến chiếm đa số với 89,48% trường hợp, UTBM tế bào nhẵn chiếm 10,52%. Cắt TBDD đơn thuần chiếm tỷ lệ 89,48%, có 2 trường hợp cắt TBDD mở rộng do xâm lấn đại tràng ngang, rốn lách, đầu tụy. Thời gian mổ trung bình là 198,28 ± 49,78 phút, không có tai biến trong mổ. Có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 2 trường hợp rò miệng nối, 1 trường hợp viêm phổi sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 14,42 ± 7,65 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày là an toàn, tỉ lệ tái biến thấp. Tuy nhiên vẫn là một phẫu thuật nặng, phức tạp với thời gian sống thêm sau mổ ngắn đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm.

Từ khoá: Ung thư dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical, subclinical characteristics and results of gastric adenocarcinoma treated by total gastrectomy at Hanoi Medical

University Hospital. **Methods:** The retrospective descriptive study includes 19 patients who have been diagnosed gastric cancer, underwent total gastrectomy at the Department of General Surgery - Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to December 2024. **Results and discussion:** The mean age of the study group is 64.89 ± 12.04 years old (range: 34-80 years old). The age group with the highest percentage is over 60 years old, accounting for 78.95%. Male/female ratio = 2.17/1. The most common symptom is epigastric pain, accounting for 78.95%. Adenocarcinoma accounts for the majority with 89.48% of cases, and signet ring cell carcinoma accounts for 10.52%. Simple total gastrectomy accounts for 89.48%, with 2 cases of extended total gastrectomy due to invasion of the transverse colon, splenic hilum, and tail of the pancreas. The average surgery time was 198.28 ± 49.78 minutes, with no complications during surgery. There are 3 cases of surgical wound infection, 2 cases of anastomotic leak, and 1 case of postoperative pneumonia. The postoperative hospital stay is 14.42 ± 7.65 days. **Conclusions:** Total gastrectomy for gastric cancer is safe, with a low complications rate. However, it is still a complicated surgery with a short postoperative survival time and requiring a surgeon with a lot of experiences.

Keywords: gastric cancer, total gastrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh lý ác tính gây tử vong đứng hàng thứ 2 sau ung thư phổi ở nam và ung thư vú ở nữ. Tại Nhật Bản, ung thư dạ dày là nguyên nhân hàng đầu tử vong trong số các trường hợp tử vong do ung thư. Tại Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh ở nam là 19,3/100.000, ở nữ là 9,1/100.000 dân.¹

Cho đến nay trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về ung thư dạ dày, các nhà khoa học đều thống nhất chỉ có hai biện pháp có hiệu quả để kéo dài thời gian sống cho người bệnh là chẩn đoán sớm và phẫu thuật triệt để. Điều trị ung thư dạ dày chủ yếu bằng phẫu thuật, các phương pháp điều trị khác như hóa chất, miễn dịch và tia xạ chỉ là phối hợp có tính chất hỗ trợ, hoặc áp dụng trong một vài trường hợp không có khả năng phẫu thuật. Phẫu thuật

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 27.3.2025

triệt để (Ro – No Residual) là loại phẫu thuật lấy bỏ triệt để tổ chức ung thư cả về đại thể và vi thể. Đây là phẫu thuật lý tưởng để điều trị ung thư dạ dày. Trên thực tế, tiên lượng sau mổ phụ thuộc nhiều vào các yếu tố như: kích thước u, độ xâm lấn của khối u vào thành dạ dày, mức độ di căn hạch, tình trạng di căn xa... Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày (TBDD) là phẫu thuật thường được chỉ định cho các trường hợp ung thư ở tâm phình vị, 1/3 trên dạ dày, ung thư dạ dày (UTDD) thể thâm nhiễm hoặc những trường hợp khối u xâm lấn rộng. Đây là phẫu thuật phức tạp, có tỷ lệ biến chứng và tử vong cao hơn phẫu thuật cắt dạ dày bán phần.² Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với sự tiến bộ trong phẫu thuật và gây mê, kết quả phẫu thuật và các biến chứng ngày càng cải thiện. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn từ 01/2021-12/2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 19 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày, được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2024.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** (1) Các bệnh nhân được chẩn đoán giải phẫu bệnh lý là ung thư biểu mô tuyến dạ dày; (2) Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày toàn bộ và nạo vét hạch D2; (3) Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ ở Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

*** Tiêu chuẩn loại trừ:** ung thư ở các tạng khác di căn hoặc xâm lấn tới dạ dày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	13	68,42
Nữ	6	31,58
Tuổi		
<40	1	5,26
40-60	3	15,79
>60	15	78,95

Tiền sử		
Viêm loét dạ dày mạn tính	8	42,11
Không viêm loét dạ dày	11	57,89
Triệu chứng lâm sàng		
Đau bụng thượng vị	15	78,95
Gầy sút cân	5	26,32
Đi ngoài phân đen	4	21,05
Nôn, buồn nôn	10	52,63
Không triệu chứng	5	26,32
Thời gian diễn biến		
< 3 tháng	12	63,16
3 – 6 tháng	5	26,32
> 6 tháng	2	10,52

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,89 \pm 12,04$, thấp nhất: 34 tuổi, cao nhất: 80 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi, chiếm 78,95%. Nam hay gặp hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ = 2,17/1. Lý do bệnh nhân phải vào viện thường gặp nhất là đau bụng vùng thượng vị chiếm 78,95%.

Bảng 2: Đặc điểm khối u và mô bệnh học

Khối u	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Kích thước u		
< 3 cm	8	42,11
3-5 cm	9	47,37
> 5 cm	2	10,52
Vị trí u		
Tâm vị	3	15,79
Phình vị	2	10,53
Thân vị	7	36,84
Hang môn vị	1	5,26
Bờ cong nhỏ	3	15,79
Bờ cong lớn	3	15,79
Xâm lấn cơ quan khác		
Không xâm lấn	17	89,48
Xâm lấn 1 cơ quan	1	5,26
Xâm lấn 2 cơ quan	1	5,26
Giải phẫu bệnh		
UTBM tuyến kém biệt hóa	8	42,11
UTBM tuyến biệt hóa vừa	9	47,37
UTBM tuyến biệt hóa cao	0	0
UTBM tế bào nhân	2	10,52

Nhận xét: Chủ yếu khối u có kích thước <5cm chiếm 89,48%, khối u nằm ở vị trí thân vị có tỷ lệ cao nhất chiếm 36,84%, chỉ có 2 trường hợp khối u xâm lấn tạng xung quanh chiếm 1,52%.

Bảng 3: Giai đoạn bệnh

Giai đoạn	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Độ xâm lấn (T)	T1	0
	T2	3
	T3	6
	T4a	8

	T4b	2	10,52
Di căn hạch (N)	N0	3	15,79
	N1	3	15,79
	N2	5	26,31
	N3	8	42,11

Nhận xét: Trong bảng trên cho thấy, có đến 52,63% bệnh nhân có khối u xâm lấn quá thanh mạc (pT4), không có trường hợp nào có khối u ở giai đoạn sớm (pT1). Đa số các bệnh nhân đều trong giai đoạn di căn hạch chiếm tỉ lệ 84,21%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm sau mổ

		Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật			
Cắt TBDD đơn thuần		17	89,48
Cắt TBDD	Cắt lách và đuôi tụy	1	5,26
mở rộng	Cắt đại tràng ngang	1	5,26
Kỹ thuật mổ			
Mổ mở		16	84,21
Mổ nội soi		3	15,79
Thời gian mổ trung bình (phút)		198,28 ± 49,78	
Tai biến trong mổ			
Chảy máu trong mổ		0	0,00
Tổn thương tạng		0	0,00
Biến chứng sớm sau mổ			
Chảy máu sau mổ		0	0,00
Nhiễm trùng vết mổ		3	15,79
Rò miệng nối		2	10,53
Rò mồm tá tràng		0	0,00
Ap xe tồn dư sau mổ		0	0,00
Rò bạch huyết		0	0,00
Viêm phổi		1	5,26
Kết quả sớm sau mổ			
Thời gian trung tiện (ngày)		3,84 ± 1,214	
Thời gian rút sonde dạ dày (ngày)		5,63 ± 1,86	
Thời gian rút DLOB (ngày)		7,68 ± 1,86	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		14,42 ± 7,65	

Nhận xét: Chủ yếu được phẫu thuật bằng phương pháp mổ mở, có 3 trường hợp mổ nội soi chiếm 15,79%. Thời gian mổ trung bình là 198,28 ± 49,78 phút, không có tai biến trong mổ. Có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 2 trường hợp rò miệng nối, 1 trường hợp viêm phổi sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 14,42 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới, UTDD thường gặp ở nam giới hơn nữ giới, độ tuổi hay mắc UTDD là trên

40 tuổi, trong đó độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi. Nghiên cứu năm 2017 của Võ Duy Long ở 112 bệnh nhân phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày do ung thư có tuổi trung bình là 55,3, tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,75/1. Nghiên cứu CLASS-04 năm 2021 của Trung Quốc trên 246 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, tỉ lệ nam/ nữ là 4/1, tuổi trung bình 60,1.^{2,3}

Một nghiên cứu khác của Ramos và cộng sự cũng cho thấy UTDD gặp ở nam giới nhiều hơn nữ giới, độ tuổi trung bình là 63,9 tuổi (20-94 tuổi).⁴ Tại Việt Nam, theo thống kê của GLOBOCAN năm 2020, tỷ lệ mắc mới UTDD ở nam giới có sự chênh lệch đáng kể so với nữ giới, trong đó tỷ lệ mắc mới ở nam giới là 21.7/100000; ở nữ giới là 10.6/100000.⁵ Tác giả Trịnh Hồng Sơn và cộng sự năm 2007 nghiên cứu trên 302 bệnh nhân PTNS cắt dạ dày điều trị UTDD tại bệnh Việt Đức cho thấy tỷ lệ mắc UTDD giữa nam và nữ là 2.78/1, độ tuổi trung bình là 59.4 tuổi.¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm 68,42% và tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 2,17/1. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 64,89 ± 12,04, thấp nhất: 34 tuổi, cao nhất: 80 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi, chiếm 78,95%. Kết quả này cũng tương tự so với nghiên cứu của nhiều tác giả khác trong và ngoài nước.^{1,3}

UTDD ở giai đoạn sớm thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng lâm sàng rất mơ hồ và không đặc hiệu nên bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn và có thể không thể cắt bỏ được. Đau bụng thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 78,95%, cũng là nguyên nhân thường gặp nhất khiến bệnh nhân phải nhập viện. Nôn và buồn nôn biểu hiện ở 52,63% bệnh nhân, đi ngoài phân đen là 21,05%, 26,32% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, được phát hiện khi tình cờ đi khám sức khỏe định kì. Theo Trịnh Hồng Sơn (2001), tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa là 11,1% và là yếu tố tiên lượng xấu độc lập làm giảm thời gian sống thêm của người bệnh.¹

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 42,11% bệnh nhân có tiền sử viêm loét dạ dày trước đó. Phần lớn bệnh nhân đến viện trong vòng 3 tháng đầu kể từ có biểu hiện triệu chứng lâm sàng chiếm 63,16%, chỉ có số ít bệnh nhân đến sau 6 tháng chiếm 10,52%. Theo Trịnh Hồng Sơn thời gian phát hiện bệnh trung bình là 6 tháng.¹ Cũng trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u trung bình là 3,12 ± 1,47cm, lớn nhất là 5,9cm và nhỏ nhất là 2,5cm. Phần lớn bệnh nhân có tổn thương kích thước từ 3-5cm, chiếm 47,37%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Võ Duy

Long với kích thước u trung bình là $4,7 \pm 3,0\text{cm}$, nghiên cứu CLASS-04 có kích thước u là $4,3 \pm 2,1\text{cm}$.^{2,3} Vị trí khối u thường gặp nhất ở thân vị với 36,84%, sau đó là 2 bên bờ cong lớn và bờ cong nhỏ, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào khối u thâm nhiễm toàn bộ dạ dày. UTBM tuyến chiếm đa số với 89,48% trường hợp, trong đó UTBM tuyến kém biệt hóa chiếm 42,11%, UTBM tuyến biệt hóa vừa 47,37%. Ngoài ra chúng tôi còn gặp tỉ lệ nhỏ bệnh nhân mắc UTBM tế bào nhẵn, chiếm 10,52%. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác. Theo Võ Duy Long, biệt hoá kém chiếm đa số (44,6%), tế bào nhẵn chiếm 15,2%. Nghiên cứu CLASS-01 của Trung Quốc năm 2019 trên 1039 bệnh nhân UTDD, ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 17,13%.^{2,6} Theo nghiên cứu CLASS-02, độ biệt hoá vừa chiếm đa số (37,14%), không biệt hoá chiếm 4,76%.³ Nghiên cứu của Zhao năm 2021 trên 1891 bệnh nhân UTDD được cắt dạ dày triệt căn đánh giá các đặc điểm lâm sàng và thời gian sống thêm giữa ung thư biểu mô tế bào nhẵn và các loại mô bệnh học khác. Kết quả cho thấy với UTDD tiến triển, loại tế bào nhẵn có thời gian sống thêm không bệnh kém hơn đáng kể so với loại biệt hoá (37,7% so với 52,2%, $p < 0,05$). Với UTDD sớm, thời gian sống thêm của loại tế bào nhẵn tương đương với các loại mô học khác.⁷

Về mức độ xâm lấn, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giai đoạn T3, T4a chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 31,58% và 42,11%. Trong nghiên cứu của Võ Duy Long, khối u giai đoạn T4a chiếm đa số với 65,2%.² Nghiên cứu LOGICA của Hà Lan, khối u ở giai đoạn T3 chiếm đa số với 53%.⁸ Theo nghiên cứu đa trung tâm của Feng năm 2021 trên 322 bệnh nhân PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, giai đoạn T4a chiếm đa số với 53,8%, tiếp đến là T3 (36,4%).⁹ Tỉ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 84,21%, trong đó di căn hạch N1 là 15,79%, N2 là 26,31% và N3 là 42,11%.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp mổ nội soi chiếm 15,79%, mổ mở chiếm 84,21%, 2 bệnh nhân được phẫu thuật cắt TBDD kèm cắt tạng xung quanh chiếm 10,52%, trong đó 1 trường hợp cắt đại tràng ngang và 1 trường hợp cắt đuôi tụy kèm cắt lách. Thời gian mổ trung bình là $198,28 \pm 49,78$ phút. Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Võ Duy Long, thời gian PTNS cắt toàn bộ dạ dày là $226 \pm 25,3$ phút.² Nghiên cứu STOMACH năm 2021 đánh giá kết quả PTNS cắt toàn bộ dạ dày ở 47 bệnh nhân UTDD sau hoá trị tân bổ trợ ở 13 bệnh viện ở châu Âu cho thấy thời gian phẫu thuật là

244 phút.⁸ Theo nghiên cứu của Feng, thời gian phẫu thuật là 262 phút.^{2,9}

Tại Việt Nam, tỷ lệ biến chứng sau cắt dạ dày do ung thư trong các nghiên cứu gần đây khoảng từ 11,6% đến 20,5%. Năm 2019, nhóm đồng thuận biến chứng UTDD bao gồm 34 chuyên gia UTDD châu Âu đều là thành viên của Hội UTDD quốc tế đã lập một danh sách bao gồm 27 biến chứng sau cắt dạ dày do ung thư (3 biến chứng trong mổ, 14 biến chứng chung sau mổ và 10 biến chứng liên quan đến phẫu thuật sau mổ) và định nghĩa cụ thể cho mỗi biến chứng. Danh sách này đã nhận được sự phê duyệt của Hội UTDD quốc tế tại Hội nghị UTDD quốc tế lần thứ 12 tổ chức tại Bắc Kinh (tháng 4/2017) và tiếp tục mở rộng để trở thành một đồng thuận quốc tế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp biến chứng nhiễm trùng vết mổ, 2 trường hợp rò miệng nối, 1 trường hợp viêm phổi sau mổ. Biến chứng rò miệng nối gây viêm phúc mạc là biến chứng nặng, thường xảy ra từ ngày thứ 5 đến ngày thứ 8 sau mổ. Hai trường hợp rò miệng nối trong nghiên cứu của chúng tôi đều xuất hiện sau mổ ngày thứ 5, bệnh nhân có biểu hiện sốt kèm theo triệu chứng của thủng tạng rỗng. Tuy nhiên cả 2 trường hợp này được điều trị nội khoa bảo tồn và đều ra viện 4 tuần sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $3,84 \pm 1,21$ ngày, sớm nhất là 3 ngày, muộn nhất là 7 ngày. Nghiên cứu CLASS-02 cho thấy thời gian trung tiện trung bình là 74,2 giờ, tương đương với nhóm mổ mở.³ Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu chứng minh việc áp dụng phác đồ nâng cao phục hồi sau mổ (ERAS) không chỉ giúp bệnh nhân lấy lại chức năng dạ dày ruột nhanh chóng mà còn cải thiện khả năng phục hồi và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là $14,42 \pm 7,65$ ngày, ngắn nhất là 8 ngày, dài nhất là 30 ngày. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác. Theo Võ Duy Long là $7,7 \pm 1,6$ ngày.² Theo nghiên cứu CLASS-02, thời gian nằm viện là 10,9 ngày. Theo Feng, thời gian nằm viện là 11 ngày.^{3,9}

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày là phẫu thuật an toàn, tỉ lệ tại biến biến chứng và tử vong sau mổ thấp, phẫu thuật nội soi hay mổ mở tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, toàn trạng của từng bệnh nhân, trang thiết bị và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn.** Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận Văn Tiến Sĩ Học Trường Đại Học Hà Nội 2001.
2. **Võ Duy Long.** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III. Luận Văn Tiến Sĩ Học Trường Đại Học Dược Thành Phố Hồ Chí Minh 2017.
3. **Liu F, Huang C, Xu Z, et al.** Morbidity and Mortality of Laparoscopic vs Open Total Gastrectomy for Clinical Stage I Gastric Cancer: The CLASS02 Multicenter Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2020;6(10):1590-1597. doi:10.1001/jamaoncol.2020.3152
4. **Ramos MFKP, Pereira MA, Dias AR, Ribeiro U, Zilberstein B, Nahas SC.** Laparoscopic gastrectomy for early and advanced gastric cancer in a western center: a propensity score-matched analysis. *Updat Surg.* 2021;73(5):1867-1877. doi:10.1007/s13304-021-01097-1
5. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
6. **Yu J, Huang C, Sun Y, et al.** Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019;321(20):1983-1992. doi:10.1001/jama.2019.5359
7. **Zhao B, Lu H, Luo R, et al.** Different clinicopathologic features and prognostic significance of signet ring cell histology in early and locally advanced gastric cancer patients. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* 2021;45(1):101454. doi:10.1016/j.clinre.2020.05.006
8. **van der Veen A, Brenkman HJF, Seesing MFJ, et al.** Laparoscopic Versus Open Gastrectomy for Gastric Cancer (LOGICA): A Multicenter Randomized Clinical Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2021;39(9):978-989. doi:10.1200/JCO.20.01540
9. **Feng X, Chen X, Ye Z, et al.** Laparoscopic Versus Open Total Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Multicenter, Propensity Score-Matched Cohort Study in China. *Front Oncol.* 2021;11:780398. doi:10.3389/fonc.2021.780398

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ LÁCH TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy¹, Đặng Khải Toàn¹,
Hoàng Xuân Song¹, Trần Thị Thu Hồng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân vỡ lách trong chấn thương bụng kín, kết quả sớm của điều trị bảo tồn vỡ lách và các yếu tố huyết động, lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến kết quả điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 91 bệnh nhân trong tổng số 136 bệnh nhân bị vỡ lách do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Nhân dân 115 trong giai đoạn tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Có 136 bệnh nhân vỡ lách do chấn thương bụng kín nhập viện, trong đó 91 (66.9%) bệnh nhân được điều trị bảo tồn. Tuổi trung bình là 37.31±14.88, tỉ lệ nam/nữ là 6. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính gây ra vỡ lách (81.3%). Các triệu chứng lâm sàng như: Đau bụng (98.9%), chướng bụng (27.5%). Siêu âm: Dịch ổ bụng (92.96%), tổn thương nhu mô (59.3%). Chụp cắt lớp vi tính: Dịch ổ bụng (97.8%), vị trí đường vỡ lách (42.9%), đứt dập – tụ máu nhu mô (38.4%) và thoát chất cản quang (14.3%); vỡ lách độ II và III chiếm phần lớn với tỷ lệ lần lượt là: 30.8% và 38.5%. 87.9% bệnh nhân đáp ứng nhanh với hồi sức ban đầu. Tỷ lệ bệnh nhân cần truyền máu (8.8%). Điều trị

bảo tồn thành công: 88 (96.7%) bệnh nhân và 03 (3.3%) bệnh nhân thất bại phải chuyển mổ cắt lách. Thời gian nằm viện trung bình: 5.92 ± 4.83 ngày. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn vỡ lách trong chấn thương bụng kín là phương pháp hiệu quả và an toàn, giúp giảm nguy cơ phẫu thuật và các biến chứng hậu phẫu. **Từ khóa:** Điều trị bảo tồn vỡ lách, chấn thương bụng kín, Bệnh viện Nhân dân 115.

SUMMARY

EVALUATING THE EARLY OUTCOMES OF NON-OPERATIVE MANAGEMENT FOR SPLENIC RUPTURE IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Objectives: To assess the clinical and subclinical characteristics of patients with splenic rupture in blunt abdominal trauma. To evaluate the early outcomes of NOM for splenic rupture and analyze factors related to hemodynamics, clinical features, and subclinical findings that influence treatment outcomes. **Subjects and methods:** A descriptive study was conducted on 91 out of 136 patients with splenic rupture due to blunt abdominal trauma treated at People's Hospital 115 between January 2021 and December 2023. **Results:** A total of 136 patients with splenic rupture due to blunt abdominal trauma were admitted, of which 91 (66.9%) were managed non-operatively. The average age was 37.31 ± 14.88 years, and the male-to-female ratio was 6:1. Traffic accidents were the primary cause of splenic rupture (81.3%). Clinical

¹Bệnh viện Nhân dân 115, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025