

uống kháng sinh sử dụng ban đầu. Kháng sinh hay được sử dụng nhất sau liệu pháp đường uống thất bại là ceftriaxone (48,1%). 16,5% bệnh nhi được sử dụng phối hợp 2 kháng sinh trong đó 2 thuốc được thường được phối hợp là ceftriaxone và metronidazole. Tỷ lệ trẻ phải dùng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Yến (66,7%)⁹ và tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Hương¹⁰. Tỷ lệ trẻ phải dùng kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả Nguyễn Thanh Tâm (42,9%)⁵, nguyên nhân có thể do tình trạng sử dụng kháng sinh không theo chỉ định của bác sĩ là khá phổ biến dẫn đến việc vi khuẩn đề kháng với kháng sinh ngày càng gia tăng.

Ở thời điểm khi ra viện, các triệu chứng sốt, nôn, tiêu chảy và tình trạng mất nước cải thiện rõ rệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Tỷ lệ trẻ còn tình trạng biếng ăn và viêm hậu môn cũng giảm có ý nghĩa thống kê nhưng vẫn còn cao và lần lượt là 50,6% và 63,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thanh Tâm⁵.

V. KẾT LUẬN

Tiêu chảy kéo dài nhiễm khuẩn là vấn đề thường gặp ở trẻ em đòi hỏi phải phối hợp nhiều biện pháp điều trị trong đó sử dụng kháng sinh hợp lý, bù nước - điện giải, bổ sung kẽm và probiotic là các biện pháp điều trị quan trọng. Cần có thêm các nghiên cứu đánh giá vai trò của dinh dưỡng để nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc trẻ bị tiêu chảy kéo dài nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wardlaw T, Salama P, et al.** Diarrhoea: why children are still dying and what can be done. The

Lancet. 2010;375(9718):870-872. doi:10.1016/S0140-6736(09)61798-0

2. **Andrade JAB de, Fagundes-Neto U.** Persistent diarrhea: still an important challenge for the pediatrician. J Pediatr (Rio J). 2011;87(3):199-205. doi:10.2223/JPED.2087
3. **Lo Vecchio, Andrea MD, PhD^{*,†}; Conelli, Maria Laura MD^{*,†}; Guarino, Alfredo MD^{*,†}.** Infections and Chronic Diarrhea in Children. The Pediatric Infectious Disease Journal 40(7):p e255-e258, July 2021. | DOI: 10.1097/INF.0000000000003182
4. **Giannattasio A, Guarino A, Lo Vecchio A.** Management of children with prolonged diarrhea. F1000Res. 2016;5:F1000 Faculty Rev-206. doi:10.12688/f1000research.7469.1
5. **Nguyễn Thanh Tâm, Bùi Thị Ngọc Ánh, Nguyễn Thị Việt Hà.** Đánh giá một số yếu tố nguy cơ của tiêu chảy kéo dài nhiễm khuẩn ở trẻ em 6- 24 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học thực hành. 2017;(8):87-90.
6. **Rahmat D, Firmansyah A, Timan IS, et al.** Risk factors of prolonged diarrhea in children under 2 years old. Clin Exp Pediatr. 2023;66(12):538-544. doi:10.3345/cep.2023.00668
7. **Nguyễn Thị Thanh Huyền, Nguyễn Thị Việt Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh tiêu chảy kéo dài ở trẻ em dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Nhi khoa. 2011;4:245-251.
8. **Hossain MI, Faruque ASG, Sarmin M, et al.** Prolonged diarrhea among under-five children in Bangladesh: Burden and risk factors. PLoS One. 2022;17(10): e0273148. doi:10.1371/journal.pone.0273148
9. **Nguyễn Hoàng Yến, Nguyễn Thị Việt Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh tiêu chảy kéo dài ở trẻ dưới 6 tháng tuổi tại bệnh viện Nhi trung ương. Tạp chí Nhi khoa. 2013;(3):124-126
10. **Nguyễn Thị Mai Hương, Nguyễn Thị Việt Hà.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tiêu chảy cấp phân mủ trẻ em tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;(1):154-157.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY SAU HOÁ CHẤT TIỀN PHẪU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K

Vũ Văn Định¹, Kim Văn Vự^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết quả sớm và kết quả lâu dài ở bệnh

nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày sau hoá chất tiền phẫu tại bệnh viện K. **Đối tượng:** 55 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được điều trị hoá chất tiền phẫu sau đó được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày tại Bệnh viện K từ tháng 1/2017 – tháng 1/2024. **Kết quả:** Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi trung vị là 55 tuổi, tỷ lệ Nam/Nữ là 1,4/1. Chỉ 25,5% bệnh nhân có tiền sử viêm loét dạ dày. Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng thượng vị 96,4%, đây cũng là lý do chính khiến bệnh nhân đi khám (63,6%). Vị trí u tâm phình vị chiếm 49,1%, sau đó là thân vị chiếm 38,2%, hang môn vị chỉ có 1 bệnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Định

Email: vuvandinh98.bg@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025

nhân chiếm 1,8%, có 6 bệnh nhân (10,9%) có u lan toả toàn bộ dạ dày. Hình thái loét thâm nhiễm hay gấp nhất (40%), sau đó là thể sùi (36,4%). Có đến 60% bệnh nhân có giai đoạn u T4a, 30,9% là u T3 và 5 bệnh nhân (9,1%) có u T4b (xâm lấn đại tràng ngang, lách, tụy). 29,1% có hạch bulky, có 2 bệnh nhân có di căn buồng trứng đơn độc. Kết quả điều trị: 5 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (9,1%), 8 bệnh nhân (14,5%) bệnh tiến triển. 10,9% phải cắt toàn bộ dạ dày mở rộng. Không có bệnh nhân nào có biến chứng trong mổ. Số hạch trung bình vết được là $14,7 \pm 6,2$ hạch, tỷ lệ di căn hạch sau mổ là 56,4% và 41,8% bệnh nhân xâm nhập mạch bạch huyết, thần kinh. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 25,5%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 75,6%; 52,0%; 42,6%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tiến triển sau 1 năm, 3 năm, và 5 năm lần lượt là 62,7%; 39,2%; 33,6%.

Từ khóa: ung thư dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày, hoá chất tiền phẫu, tỷ lệ sống thêm, tỷ lệ biến chứng.

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL GASTRECTOMY AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT K HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics as well as early and long-term outcomes in patients with gastric adenocarcinoma undergoing total gastrectomy after neoadjuvant chemotherapy at K Hospital. **Subjects and Methods:** A total of 55 gastric adenocarcinoma patients underwent neoadjuvant chemotherapy followed by total gastrectomy at K Hospital from January 2017 to January 2023. **Results:** The median age was 55 years, with a male-to-female ratio of 1.4:1. Only 25.5% of patients had a history of peptic ulcer disease. The most common symptom was epigastric pain (96.4%), which was also the main reason for hospital admission (63.6%). Tumor location was most frequently at the cardia (49.1%), followed by the body (38.2%), and antrum (1.8%). Six patients (10.9%) had diffuse type gastric cancer. The most common morphological types were infiltrative ulceration (40%) and fungating tumors (36.4%). 60% had T4a tumors, 30.9% had T3 tumors, and 9.1% (5 patients) had T4b tumors invading adjacent organs such as the transverse colon, spleen, or pancreas. Bulky lymph nodes were observed in 29.1% of cases, and 2 patients had solitary ovarian metastases. Complete response was achieved in 5 patients (9.1%), while 8 patients (14.5%) experienced disease progression. Extended total gastrectomy was required in 10.9% of cases. No intraoperative complications were reported. The average number of lymph nodes resected was 14.7 ± 6.2 , with a postoperative lymph node metastasis rate of 56.4% and lymphovascular or perineural invasion detected in 41.8% of patients. The postoperative complication rate was 25.5%. Overall survival rates at 1, 3, and 5 years were 75.6%, 52.0%, and 42.6%, respectively. Progression-free survival rates at 1, 3, and 5 years were 62.7%, 39.2%, and 33.6%, respectively. **Keywords:** gastric cancer, total gastrectomy, neoadjuvant chemotherapy, survival rate, complication rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là ung thư phổ biến trên thế giới và Việt Nam. Theo GLOBOCAN 2022, số ca mới mắc UTDD đứng thứ 5 ở cả hai giới chiếm 9% tổng số ca mắc mới các bệnh ung thư, nhưng tổng số ca tử vong là hơn 13264 (giảm so với năm 2020 là 14000 người) và đứng thứ 3 xếp sau ung thư gan và ung thư phổi¹. Phẫu thuật (PT) triệt căn vẫn là phương thức điều trị chính trong UTDD. Mức độ cắt dạ dày được xác định bởi nhiều yếu tố khác nhau, bao gồm giai đoạn khối u, vị trí u, kích thước, đặc điểm giải phẫu bệnh. Trong đó cắt toàn bộ dạ dày (TBDD) là một PT phức tạp, tỷ lệ tử vong và biến chứng cao hơn so với PT cắt gần toàn bộ dạ dày. Gần 50% bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, 70-80% có di căn hạch vùng, làm giảm đáng kể tỷ lệ cắt bỏ R0 và tỷ lệ tái phát cao sau PT đơn thuần. Đến khi nghiên cứu MAGIC ra đời đã chứng minh lợi ích của hoá chất chu phẫu, với 3 chu kỳ epirubicin, cisplatin, fluorouracil trước và sau PT, cho thấy tỷ lệ DFS và OS đều cao hơn PT đơn thuần². Tiếp sau đó là nghiên cứu FLOT4 đã chứng minh sự thành công của phác đồ 3 thuốc (docetaxel, oxaliplatin, fluorouracil) trong điều trị tiền phẫu trên nhóm BN châu Âu được tuyển chọn³. Hoá chất tiền phẫu (HCTP) đã trở thành điều trị tiêu chuẩn tại các nước phương Tây và châu Âu. Phải đến năm 2021, các nghiên cứu RESOLVE và PRODIGY mới báo cáo kết quả tích cực từ nghiên cứu ở BN châu Á, trong đó phác đồ S-1 + oxaliplatin và docetaxel + oxaliplatin + S-1 đều cho thấy DFS tốt hơn PT kèm hoá chất hỗ trợ⁴. Còn tại bệnh viện K, HCTP cũng đã được đưa vào thực hành lâm sàng từ nhiều năm nay với chỉ định cân nhắc cho các BN giai đoạn tiến triển tại chỗ khó có khả năng PT ngay. Để tổng kết kết quả điều trị trong những năm qua tại bệnh viện K, liệu rằng một PT phức tạp như cắt TBDD trên nhóm BN đã điều trị hoá chất có làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong hay không, kết quả lâu dài về ung thư học ra sao khi so sánh với các nghiên cứu khác, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả PT và kết quả lâu dài trong điều trị UTDD bằng HCTP và PT cắt TBDD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 55 BN ung thư biểu mô dạ dày (UTBM) giai đoạn tiến triển được điều trị HCTP ít nhất 1 đợt sau đó PT cắt TBDD tại Bệnh viện K từ 1/2017 – 1/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các BN chẩn đoán xác định UTBM dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ cT3-4 và/hoặc N+ và/hoặc hạch bulky, chưa có

di căn xa. Hoặc các BN có di căn xa đơn ổ có khả năng PT triệt căn. Các BN này có khối u ở 1/3 trên dạ dày, hoặc lan tới 1/3 trên dạ dày, hoặc u ở vị trí khác nhưng diện cắt trên không đảm bảo nếu chỉ cắt gần toàn bộ dạ dày, hoặc u lan toả toàn bộ dạ dày. Chưa điều trị hoá chất trước đó, có toàn trạng tốt.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đã PT cắt dạ dày do loét, thủng hoặc ung thư trước đây hoặc UTDD tái phát. Mắc ung thư thứ 2. Mắc các bệnh mạn tính hoặc cấp tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.
- Phác đồ điều trị: BN được điều trị với các phác đồ EOX, XELOX, FLOT. Sau đó được PT cắt TBDD + vét hạch, mổ mở hoặc mổ nội soi hoặc PT robot. Một số BN phải mổ cấp cứu do bệnh tiến triển. Sau phẫu thuật BN có thể được điều trị hoá chất tiếp hoặc không.

- Đánh giá đáp ứng điều trị HCTP: Đáp ứng lâm sàng dựa vào cải thiện triệu chứng lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, và dựa vào đánh giá trong mổ. Đánh giá đáp ứng mô bệnh học dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: Không còn u là đáp ứng hoàn toàn, còn u là không đáp ứng hoàn toàn (gồm: đáp ứng 1 phần, bệnh giữ nguyên, bệnh tiến triển). Chúng tôi gộp cả hai tiêu chí đáp ứng trên lâm sàng và mô bệnh học để phân tích chung.

- Đánh giá tỷ lệ tai biến, biến chứng: Khai thác hồ sơ bệnh án.

- Đánh giá tỷ lệ sống thêm bằng cách liên lạc phỏng vấn BN và/hoặc người nhà. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) được tính từ khi PT đến khi BN tử vong vì ung thư. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) được tính từ khi PT đến khi bệnh tái phát, tiến triển.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	54,2±10 (27-73, trung vị 55)	
Nam/Nữ	1,4/1	
	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử viêm loét dạ dày và tá tràng	14	25,5
Triệu chứng		
Đau bụng thượng vị	53	96,4
Nôn, buồn nôn	21	38,2
Chán ăn	19	34,5
Sút cân	18	32,7
Mệt mỏi	18	32,7

Da xanh, niêm mạc nhợt	14	25,5
Nuốt nghẹn	10	18,2
Đi ngoài phân đen	8	14,5
Ợ hơi, ợ chua	4	7,3
Vị trí khối u		
Tâm phình vị	27	49,1
Thân vị	21	38,2
Hang môn vị	1	1,8
Toàn bộ dạ dày	6	10,9
Hình thái u		
Sùi	20	36,4
Loét không thâm nhiễm	5	9,1
Loét thâm nhiễm	22	40,0
Thâm nhiễm lan toả	8	14,5
GPB trước mổ		
Carcinoma tuyến	14	25,5
Carcinoma tuyến biệt hoá vừa	4	7,3
Carcinoma tuyến kém biệt hoá, chế nhầy, tế bào nhân	37	67,3
Phân loại cT		
T3	17	30,9
T4a	33	60,0
T4b	5	9,1
Phân loại cN		
N0	4	7,3
N+	51	92,7
Hạch Bulky	16	29,1
cM		
M0	53	96,4
M1	2	3,6

Nhận xét: Tuổi trung vị là 55 tuổi, thấp nhất là 27, cao nhất là 73 tuổi, BN dưới 60 tuổi chiếm 67,3%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,4/1. Chỉ có 25,5% BN có tiền sử viêm loét dạ dày. Triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng thượng vị ở 96,4% BN, đây cũng là lý do chính khiến BN đi khám (63,6%). Vị trí u hay gặp nhất là tâm phình vị (49,1%), sau đó là thân vị (38,2%), hang môn vị chỉ có 1 BN (1,8%), có 6 BN (10,9%) có u lan toả toàn bộ dạ dày. Hình thái khối u thường gặp nhất là loét thâm nhiễm (40%), sau đó là thể sùi (36,4%). Có đến 60% BN có giai đoạn u T4a, 30,9% là u T3 và 5 BN (9,1%) có u T4b (xâm lấn đại tràng ngang, lách, tụy). Hơn 90% BN nghi ngờ di căn hạch trên chẩn đoán hình ảnh, trong đó 29,1% có hạch bulky. Trong nghiên cứu có 2 BN di căn buồng trứng, một BN đã PT cắt u buồng trứng tại bệnh viện địa phương trước khi chẩn đoán UTDD.

Bảng 2: Đặc điểm điều trị và kết quả sớm

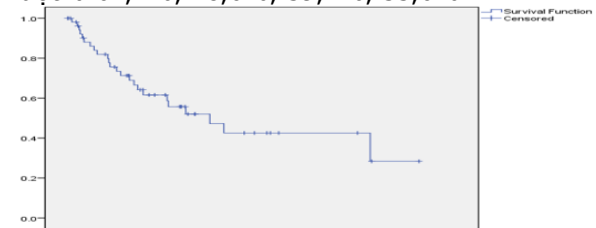
Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Đáp ứng với HCTP		
Hoàn toàn	5	9,1
Một phần	36	65,5

On định	7	12,7
Tiến triển	7	12,7
Điều trị hoá chất hỗ trợ	46	83,6
Cách thức PT		
Cắt TBDD đơn thuần	49	89,1
Cắt TBDD mở rộng		
Cắt lách	2	3,6
Cắt lách và đại tràng ngang	1	1,8
Cắt đại tràng ngang	2	3,6
Cắt trụ cơ hoành	1	1,8
Phương pháp làm miệng nối		
Roux-en-Y	53	96,4
Omega	2	3,6
Biến chứng trong PT		
Có	0	0
Không	55	100
Thời gian PT	185,6±14,7 (120-360)	
Diện cắt thực quản		
Dương tính	2	3,6
Am tính	40	72,7
Không làm	13	23,6
Số hạch vét được	14,7±6,2 (Min: 2, Max: 30)	
Giai đoạn pT		
pT0	5	9,1
pT1b	3	5,5
pT2	6	10,9
pT3	9	16,4
pT4a	26	47,3
pT4b	6	10,9
Di căn hạch vùng (pN)		
pN0	24	43,6
pN+	31	56,4
Xâm nhập mạch bạch huyết, thần kinh	23	41,8
Đặc điểm hậu phẫu		
Thời gian bắt đầu trung tiện (ngày)	4,31±1,28 (2-10)	
Thời gian dẫn lưu ổ bụng	8,85 ± 2,38 (5-18)	
Thời gian hậu phẫu	11,89±3,53 (8-22)	
Biến chứng và tử vong sau mổ		
Không biến chứng	41	74,5
Viêm phổi	2	3,6
Nhiễm trùng vết mổ	2	3,6
Bán tắc ruột	3	5,5
Tắc ruột	3	3,6
Chảy máu ổ bụng	2	3,6
Áp xe ổ bụng	1	1,8
Nhiễm khuẩn tiết niệu	1	1,8
Rò bạch huyết	1	1,8
Thoát vị rốn	1	1,8

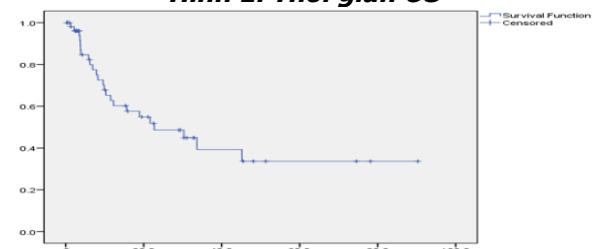
Nhận xét: Đánh giá đáp ứng có 5 BN đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (9,1%), đa phần BN đáp ứng một phần (65,5%), và có 7 BN (14,5%) có bệnh tiến triển. Có 6 BN (10,9%)

phải cắt TBDD mở rộng (2 BN cắt lách, 2 BN cắt đại tràng ngang, 1 BN phải cắt cả đại tràng ngang và cắt lách, 1 BN phải cắt trụ cơ hoành). Đa phần BN có diện cắt thực quản âm tính (72,7%), 13 BN không làm diện cắt vì phẫu thuật viên tin diện cắt đủ xa, 2 BN có diện cắt thực quản dương tính từ chối phẫu thuật lại sau đó được hoá xạ trị hỗ trợ. Hầu hết BN được làm miệng nối Roux-en-Y (96,4%), chỉ có 2 BN làm miệng nối omega. Không có BN nào có biến chứng trong mổ. Số hạch trung bình vét được là $14,7 \pm 6,2$ hạch, tỷ lệ di căn hạch sau mổ là 56,4% (31 BN). 41,8% BN có xâm nhập mạch bạch huyết, thần kinh. 25,5% BN có biến chứng sau mổ, 2 BN bị viêm phổi, 2 BN bị nhiễm trùng vết mổ được điều trị kháng sinh, 2 BN bán tắc ruột điều trị nội khoa ổn định, 2 BN bị chảy máu sau mổ phải mổ cấp cứu sau đó lại bị tắc ruột phải PT, 1 BN bị tắc ruột phải PT, 1 BN bị áp xe ổ bụng, 1 BN bị nhiễm khuẩn tiết niệu, 1 BN bị rò bạch huyết, các BN này đều được điều trị bảo tồn, và 1 BN bị thoát vị rốn cũng phải PT để điều trị sau đó.

Kết quả xa sau PT. Thời gian theo dõi trung bình là $23,7 \pm 21,5$ tháng (dài nhất là hơn 90 tháng). Tỷ lệ OS sau 1 năm, 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 75,6%; 61,6%; 52,0%; 42,6%. Tỷ lệ PFS sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 5 năm lần lượt là 62,7%; 48,6%; 39,2%; 33,6%.



Hình 1. Thời gian OS



Hình 2. Thời gian PFS

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm BN: Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 54,2, tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Không quá khác biệt với một số nghiên cứu khác tại viện K như nghiên cứu của Nguyễn Trọng Đức (61,0 tuổi), của Chủ Quốc Hoàn (58,1 tuổi). Chỉ có 25,5% bệnh nhân có tiền sử viêm loét dạ

dày thấp hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Trọng Đức (48,5%)⁵, có thể do các BN được lựa chọn có giai đoạn tiến triển tại chỗ tại thời điểm chẩn đoán nên tỷ lệ thể giải phẫu bệnh kém biệt hoá, tế bào nhân, chẻ nhầy cao hơn (67,3%), mà các thể này ít gặp trên các BN có tiền sử viêm loét dạ dày hơn. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng thượng vị (96,4%), đây cũng là lý do chính khiến BN đi khám, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác. Vị trí u tâm phình vị chiếm 49,1%, sau đó là thân vị chiếm 38,2%, chỉ có 1 BN u ở hang môn vị, ngoài ra có 10,9% BN có u thể lan toả toàn bộ dạ dày. Tỷ lệ này trái ngược với các nghiên cứu về UTDD khác có vị trí thường gặp nhất ở hang môn vị, lý do là tiêu chuẩn lựa chọn các BN đều có chỉ định cắt TBDD. Tỷ lệ T3 là 30,9%, T4 là 69,1%, trong đó có 5 bệnh nhân T4b (xâm lấn đại tràng ngang, lách, tụy, gan). Đặc biệt có 2 BN đi căn buồng trứng đơn độc sau đó vẫn được PT triệt căn. Có tới gần 30% (29,1%) BN có hạch bulky trên cắt lớp vi tính (được định nghĩa là ít nhất 3 hạch kích thước $\geq 1,5\text{cm}$ hoặc một hạch $\geq 3\text{cm}$), đây cũng là một trong các chỉ định điều trị HCTP theo hướng dẫn của Nhật Bản. Tỷ lệ T3 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn và T4 thấp hơn so với của tác giả Chữ Quốc Hoàn (T3 là 11,9%, T4 là 88,1%)⁶. Lý do là do chúng tôi lựa chọn BN có chỉ định cắt TBDD nên tỷ lệ khối u tâm vị và thân vị nhiều hơn, mà chỉ định HCTP ở nhóm BN có u vị trí này rộng rãi hơn. Có 56,4% BN có di căn hạch sau mổ, 41,8% có xâm nhập mạch bạch huyết và thần kinh. Đây đều là yếu tố tiên lượng bất lợi đến thời gian sống thêm của BN.

Đặc điểm điều trị và kết quả sớm của PT: Có 72,7% BN có đáp ứng với HCTP với các phác đồ được sử dụng là FLOT (chiếm đa số 54,5%), EOX, XELOX, CF; trong đó có 5 BN (9,1%) đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học, 12,7% bệnh giữ nguyên và 14,5% bệnh tiến triển. Tỷ lệ bệnh không đáp ứng của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Chữ Quốc Hoàn (27,2% so với 16,7%) có thể do phác đồ hoá chất khác nhau (nghiên cứu của tác giả Chữ Quốc Hoàn chỉ sử dụng phác đồ FLOT) và cỡ mẫu khác nhau. Không có BN nào có biến chứng trong mổ như chảy máu, tổn thương các tạng hoặc tử vong. Thời gian PT trung bình là $185,6 \pm 14,7$ phút, tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Đức là $182,5 \pm 36,3$ phút, có lẽ PT trên các BN đã trải qua hoá trị cũng không làm kéo dài cuộc mổ và HCTP không phải là tiêu chuẩn loại trừ trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Đức⁵. Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,5% (tương tự

trong nghiên cứu FLOT-4 (25% ở nhóm dùng ECF, 12% ở nhóm dùng FLOT))³, thấp hơn trong nghiên cứu MAGIC (45,7%)², và cao hơn so với nghiên cứu của Nhật Bản (15,8%)⁷.

Kết quả sống thêm: Thời gian theo dõi trung bình là $23,7 \pm 21,5$ tháng (dài nhất là hơn 90 tháng). Tỷ lệ OS sau 2 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 61,6%; 52,0%; 42,6%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Đức là 75,9%; 66,6%; 54,9%⁵ và trong nghiên cứu FLOT 4 là 68%, 57%, 45%³. Tương tự với PFS trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,7 tháng thấp hơn trong nghiên cứu FLOT4 là 30 tháng (với phác đồ FLOT, nhưng chỉ 18 tháng với phác đồ ECF/ECX)³. Điều này có thể lý giải vì BN trong nghiên cứu của chúng tôi có giai đoạn tiến triển hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Đức, trong khi đó phác đồ HCTP (bao gồm cả phác đồ EOX, XELOX) có thể ảnh hưởng kết quả sống còn so với nghiên cứu FLOT4 (các BN chỉ sử dụng phác đồ FLOT).

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy phẫu thuật phức tạp như phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày có thể tương đối an toàn và hiệu quả ngay cả trên các bệnh nhân được điều trị hoá chất tiền phẫu với thời gian phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng không quá khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trọng Đức.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư biểu mô tại Bệnh viện K. Thử nghiệm Đại học Y Hà Nội; 2023.
2. **Chữ Quốc Hoàn.** Đánh giá kết quả sống thêm sau điều trị ung thư dạ dày bằng hóa chất trước phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 tại Khoa Điều trị Theo Yêu Cầu Bệnh viện K. 2022
3. **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: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-263.
4. **Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al.** Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. N Engl J Med. 2006;355(1):11-20.
5. **Al-Batran SE, Homann N, Pauligk C, et al.** Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. Lancet. 2019;393(10184):1948-1957.
6. **Zhang X, Liang H, Li Z, et al.** Perioperative or postoperative adjuvant oxaliplatin with S-1 versus adjuvant oxaliplatin with capecitabine in patients with locally advanced gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma undergoing D2 gastrectomy (RESOLVE): an open-label,

superiority and non-inferiority, phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2021;22(8):1081-1092.

7. Terashima M, Iwasaki Y, Mizusawa J, et al. Randomized phase III trial of gastrectomy with or

without neoadjuvant S-1 plus cisplatin for type 4 or large type 3 gastric cancer, the short-term safety and surgical results: Japan Clinical Oncology Group Study (JCOG0501). *Gastric Cancer.* 2019;22(5):1044-1052.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NUSS ỨNG DỤNG NỘI SOI 3D ĐIỀU TRỊ BỆNH LỖM NGỰC BẨM SINH Ở TRẺ EM

Đỗ Anh Tiến^{1,2}, Nguyễn Bá Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phẫu thuật NUSS điều trị bệnh lõm ngực bẩm sinh ở trẻ em. **Tóm tắt:** Lõm ngực là một dị tật bẩm sinh do sự phát triển bất thường của xương ức và xương sườn, chiếm khoảng 0,6 % trong tổng số trẻ sinh ra sống và thường gặp ở nam giới. Bệnh thường được phát hiện từ nhũ nhi, giai đoạn đầu ảnh hưởng tâm lý do bất thường của lồng ngực, càng về sau sẽ ảnh hưởng đến hô hấp cũng như tuần hoàn. Phẫu thuật NUSS được Donald Nuss mô tả lần đầu tiên năm 1986, sử dụng một thanh kim loại để nâng xương ức, từ đó phẫu thuật này trở nên phổ biến trên thế giới để điều trị bệnh lõm xương ức bẩm sinh. Để đánh giá kết quả phẫu thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu. Từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 10 năm 2024, có 40 bệnh nhân trẻ em (độ tuổi ≤ 15 tuổi), trong đó có 2 bệnh nhân < 6 tuổi, 2 bệnh nhân đã được phẫu thuật tìm hở qua xương ức. Có 36 bệnh nhân lõm đối xứng và 4 bệnh nhân lõm không đối xứng. Chỉ số Haller trung bình là 3,8 trong đó mức độ nặng là 48%. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật NUSS ứng dụng nội soi 3D, 39 bệnh nhân sử dụng một thanh nâng, 1 bệnh nhân sử dụng 2 thanh nâng. Thời gian phẫu thuật trung bình 43 phút, thời gian thở máy trung bình 40 phút. Không có bệnh nhân tử vong. Kết quả trước khi ra viện 37 bệnh nhân tốt, 3 bệnh nhân còn lõm nhẹ. Thời gian theo dõi trung bình 21 tháng. Có 1 bệnh nhân phải mổ lại sau 2 tháng do di lệch thanh. Có 4 bệnh nhân được tháo thanh nâng sau 3 năm. **Kết luận:** phẫu thuật NUSS có ứng dụng nội soi 3D điều trị bệnh lõm xương ức bẩm sinh cho kết quả tốt. **Từ khóa:** lõm ngực bẩm sinh, phẫu thuật NUSS, nội soi 3D

SUMMARY

THE RESULTS OF NUSS PROCEDURE WITH THREE DIMENSIONAL ENDOSCOPIC SYSTEM FOR PECTUS EXCAVATUM IN CHILDREN

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tiến

Email: Bsdoanhtien@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 11.4.2025

Objective: Describe the outcomes of the NUSS procedure in the treatment of pectus excavatum.

Summary: Pectus excavatum (PE) is a congenital deformity caused by abnormal development of the sternum and ribs, affecting 0.6% of live births and is commonly found in males. The condition is typically detected in infancy, initially causing psychological effects due to the abnormality of the chest, and later impacting on respiratory and circulatory functions. The NUSS procedure, first described by Donald Nuss in 1986, involves using a metal bar to elevate the sternum. Since then, this technique has become popular worldwide for treating this defect. In order to assess the outcomes of this surgery, we have conducted a study. **Method:** Retrospective study. From January 2019 to October 2024, there were 40 patients (aged ≤ 15 years old), including 2 patients under 6 years old and 2 patients who had undergone open-heart surgery via sternotomy. Also, there were 36 patients who had symmetric pectus excavatum and 4 patients who had asymmetric pectus excavatum. The median of Haller index was 3.8, with 48% of cases being classified as severity level. **Results:** All patients underwent NUSS procedure with 3D endoscopic assistance. Thirty nine patients used one bar, while one patient used two bars. Mean operation time was 43 minutes and the median duration of mechanical ventilation was 40 minutes. There were no patient death. The treatment results before discharge showed that 37 patients had good results, while 3 patients had mild pectus excavatum. The average follow-up duration was 21 months. One patient required reoperation after 2 months because of the bar displacement. Four patients had their bars removed 3 years after the surgery. **Conclusion:** The NUSS procedure with 3D endoscopic assistance in the treatment of PE provides good results.

Keywords: NUSS procedure, pectus excavatum, three dimensional endoscopic system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lõm ngực là một dị tật bẩm sinh do sự phát triển bất thường của xương ức và xương sườn, chiếm khoảng 0,6% trong tổng số trẻ sinh ra sống và thường gặp ở nam giới¹. Bệnh thường được phát hiện từ nhũ nhi, giai đoạn đầu ảnh hưởng tâm lý do bất thường của lồng ngực, càng về sau sẽ ảnh hưởng đến hô hấp cũng như tuần hoàn. Điều trị bệnh lõm ngực bẩm sinh ở trẻ nhỏ