

quả. Hơn nữa đây là nghiên cứu loạt ca lâm sàng hồi cứu và không có nhóm chứng do đó cần có những nghiên cứu trên mẫu bệnh nhân lớn hơn, nhiều nhóm bệnh nhân hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để có thể đánh giá và kết luận về độ hiệu quả và an toàn của kỹ thuật này.

V. KẾT LUẬN

Dựa trên kinh nghiệm từ 10 ca lâm sàng đầu tiên được thực hiện tại Bệnh viện K, phẫu thuật nội soi cắt phân thùy phổi dưới hướng dẫn của huỳnh quang Indocyanine Green đã chứng tỏ là một phương pháp điều trị an toàn, khả thi và hiệu quả cao cho ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm. Với kết quả phẫu thuật tương đương với các trung tâm hàng đầu trên thế giới, kỹ thuật này giúp phẫu thuật viên đạt được sự cân bằng tối ưu giữa hai mục tiêu quan trọng: đảm bảo triệt căn về mặt ung thư học và bảo tồn tối đa chức năng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. CA Cancer J Clin. Tháng Giêng 2020;70(1):7–30.
2. Saji H, Okada M, Tsuboi M, Nakajima R, Suzuki K, Aokage K, và c.s. Segmentectomy versus lobectomy in small-sized peripheral non-small-cell lung cancer (JCOG0802/WJOG4607L): a multicentre, open-label, phase 3, randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet Lond Engl. 23 Tháng Tư 2022;399(10335):1607–17.
3. Altorki NK, Yip R, Hanaoka T, Bauer T, Aye R, Kohman L, và c.s. Sublobar resection is equivalent to lobectomy for clinical stage 1A lung cancer in solid nodules. J Thorac Cardiovasc Surg. Tháng Hai 2014;147(2):754–62; Discussion 762–764.

4. Winckelmans T, Decaluwé H, De Leyn P, Van Raemdonck D. Segmentectomy or lobectomy for early-stage non-small-cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg. 1 Tháng Sáu 2020;57(6):1051–60.
5. Okada M, Koike T, Higashiyama M, Yamato Y, Kodama K, Tsubota N. Radical sublobar resection for small-sized non-small cell lung cancer: a multicenter study. J Thorac Cardiovasc Surg. Tháng Mười 2006;132(4):769–75.
6. Sekine Y, Ko E, Oishi H, Miwa M. A simple and effective technique for identification of intersegmental planes by infrared thoracoscopy after transbronchial injection of indocyanine green. J Thorac Cardiovasc Surg. Tháng Sáu 2012;143(6):1330–5.
7. Misaki N, Chang SS, Igai H, Tarumi S, Gotoh M, Yokomise H. New clinically applicable method for visualizing adjacent lung segments using an infrared thoracoscopy system. J Thorac Cardiovasc Surg. Tháng Mười 2010;140(4):752–6.
8. Tarumi S, Yokomise H. [Video-assisted Thoracoscopic Segmentectomy Using Infrared Thoracoscopy with Indocyanine Green]. Kyobu Geka. Tháng Bảy 2016;69(8):671–5.
9. Peeters M, Jansen Y, Daemen JHT, van Roozendaal LM, De Leyn P, Hulsewé KWE, và c.s. The use of intravenous indocyanine green in minimally invasive segmental lung resections: a systematic review. Transl Lung Cancer Res. 29 Tháng Ba 2024;13(3):612–22.
10. Sun Y, Zhuang Y, Wang Z, Jiao S, Yao M, Zhang Q, và c.s. Indocyanine green fluorescence identification of the intersegmental plane by the target segmental vein-first single-blocking during thoracoscopic segmentectomy. BMC Surg. 9 Tháng Mười 2024;24(1):299.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN DƯỚI DẠ DÀY, NẠO VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH

Phạm Chí Hiên^{1,3}, Quách Văn Kiên^{1,2}

TÓM TẮT

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ung thư thường gặp, và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại ung thư. **Mục tiêu:** kết quả phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày nạo vết hạch D2 điều trị

ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** NC hồi cứu các bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày nạo vết hạch D2 giai đoạn từ tháng 01/2021 đến 12/2022 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. **Kết quả:** Qua NC 65 bệnh nhân (BN), chúng tôi thấy nhóm tuổi từ 50 hay gặp nhất chiếm 92.3%. Tỷ lệ nam:nữ là 73.2:26.2 Thời gian mổ trung bình là 153.7 phút, Min là 120, Max là 250 phút. Số lượng hạch vét được trung bình 15.7 hạch. Kỹ thuật làm miệng nối 72% Biloith II, 28% Biloith II- Braun. Giai đoạn bệnh chủ yếu giai đoạn IIb và IIIa chiếm 23.1 và 41.5%. Tỷ lệ biến chứng chung 23.1% chủ yếu là biến chứng nhẹ. Một số kết quả xa ghi nhận được: tỷ lệ trào ngược dạ dày

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: drqvkiem@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 16.10.2025

thực quản là 47.7%, tỷ lệ viêm miệng nối là 56.9%, thời gian xuất hiện viêm miệng nối sau mổ: 15.4 ± 8.6 tháng. Thời gian sống thêm trung bình theo nghiên cứu: 52.1 ± 1.2 tháng. **Kết luận:** phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2 là phẫu thuật an toàn, khả thi, tỷ lệ biến chứng thấp, phù hợp với điều kiện tại tuyến tỉnh. **Từ khóa:** ung thư dạ dày, nạo vét hạch D2 Bệnh viện Ninh Bình.

SUMMARY

OUTCOMES OF DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT NINH BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Gastric cancer (GC) is a common cancer and the leading cause of death among cancers. **Objective:** To evaluate the surgical outcomes of subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric adenocarcinoma at Ninh Binh Provincial General Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study of gastric adenocarcinoma patients who underwent subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy from January 2021 to December 2022 at Ninh Binh Provincial General Hospital. **Results:** The study included 65 patients, with the majority aged over 50 years, accounting for 92.3%. The male-to-female ratio was 73.2:26.2. The average surgical duration was 153.7 minutes (minimum 120, maximum 250 minutes). The average number of harvested lymph nodes was 15.7. The reconstruction technique was 72% Billroth II and 28% Billroth II-Braun. The majority of cases were stage IIB and IIIA, representing 23.1% and 41.5%, respectively. The overall complication rate was 23.1%, with the majority being mild. Some long-term outcomes recorded included: gastroesophageal reflux rate at 47.7%, anastomotic inflammation rate at 56.9%, and the average time to onset of anastomotic inflammation post-surgery: 15.4 ± 8.6 months. The average survival time was 52.1 ± 1.2 months. **Conclusion:** Subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy is a safe and feasible procedure with low complication rates, suitable for provincial-level healthcare conditions.

Keywords: gastric cancer, D2 lymph node dissection, Ninh Binh Provincial General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD là những ung thư phát triển từ một trong bốn lớp của thành dạ dày. Trên 90% UTDD phát triển từ lớp niêm mạc của dạ dày (ung thư biểu mô), ngoài ra có thể gặp các loại ung thư khác như ung thư lympho, ung thư cơ trơn, ung thư thần kinh nội tiết, u tế bào đệm, u tế bào vảy hoặc các khối u khác di căn vào dạ dày. Phần lớn UTDD phát hiện ở giai đoạn tiến triển, chỉ có dưới 10% là ung thư sớm.

Việt Nam có tỉ lệ mắc mới cao trong khu vực với hơn 16000 trường hợp mắc mới UTDD (Globocan năm 2022) và đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư thường gặp nhất, sau ung thư vú, ung thư gan, ung thư phổi và ung thư trực tràng.

Điều trị UTDD là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, các phương pháp điều trị hỗ trợ khác như hoá chất, xạ trị có vai trò trong việc kéo dài thời gian sống thêm. Phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới và nạo vét hạch vẫn là phương pháp điều trị cơ bản đối với những BN UTDD vùng hang môn vị có thể cắt bỏ được. Vết hạch D2 là vết hạch chuẩn trong UTDD tiến triển. Kỹ thuật nạo vét hạch đã được triển khai từ lâu tại các bệnh viện tuyến trung ương và trong những năm gần đây, các bệnh viện tuyến tỉnh đã triển khai kỹ thuật này. Gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị UTDD đã được áp dụng ở một số bệnh viện lớn như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện 108... và một số bệnh viện tuyến tỉnh. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, chúng tôi đã bắt đầu triển khai phẫu thuật nội soi trong điều trị UTDD, tuy nhiên số lượng bệnh nhân còn hạn chế, phương pháp mổ mở kinh điển vẫn là kỹ thuật được áp dụng thường quy nhất tại bệnh viện. Tuy vậy, cho đến nay chưa có báo cáo nào được tổng kết để đánh giá hiệu quả thực hiện kỹ thuật này tại bệnh viện tỉnh Ninh Bình. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để: *Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới và nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện tỉnh Ninh Bình, giai đoạn 01/2021 đến 12/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN được chẩn đoán là ung thư biểu mô vùng hang môn vị dạ dày và được cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, giai đoạn từ 01/2021 – 12/2022

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn. Các BN được chẩn đoán xác định ung thư vùng hang môn vị dạ dày bằng nội soi sinh thiết và có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

2.4. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các chỉ tiêu trước phẫu thuật

Bảng 1. Các chỉ tiêu trước phẫu thuật

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình		63.3 ± 10.9	
Nhóm tuổi	<50	5	7.7
	≥50	60	92.3
Giới tính	Nam	48	73.8
	Nữ	17	26.2
Lý do vào viện	Đau thượng vị	50	76.9
	XHTH	2	3.1

	Nôn, buồn nôn	2	3.1
	Không triệu chứng	11	16.9
Vị trí u trên NS	Bờ cong nhỏ	19	29.2
	Hang vị	37	56.9
	Môn Vị	9	13.8
Mức độ xâm lấn u trên CLVT	T1	1	1.5
	T2	5	7.7
	T3	29	44.6
	T4a	28	43.1
	T4b	2	3.1
BMI trước PT	< 18.5	7	10.8
	18.5- 24.9	54	83.1
	25- 29.9	3	4.6
	≥ 30	1	1.5

Nhận xét: - Độ tuổi trung bình: 63.3 ± 10.9 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 50 tuổi hay gặp nhất chiếm 92.3%

- Lý do vào viện hay gặp nhất là đau thượng vị chiếm 76.9%.

- Vị trí u trên nội soi: U hang vị hay gặp nhất chiếm 56.9

- Mức độ xâm lấn của u trên CLVT: u xâm lấn mức T3 và T4a lần lượt là 44.6% và 43.1 %.

- 83.1% BN có BMI trước phẫu thuật trong giới hạn bình thường.

3.2. Các chỉ tiêu liên quan phẫu thuật

Bảng 2. Các chỉ tiêu liên quan quá trình phẫu thuật

Tính chất phẫu thuật	Mổ phiên Mổ cấp cứu	64 1	98.5 1.5
Phương pháp phẫu thuật	Mổ mở PTNS	62 3	95.4 4.6
Phương pháp làm miệng nối	Bilroth II Bilroth II-Braun	47 18	72 28
Thời gian phẫu thuật (phút)	Mổ mở: 149.5 ± 14 Mổ nội soi: 240 ± 10		
Lượng máu mất trong mổ (ml)	120.8 ± 36.5		
Phẫu thuật đi kèm (cắt túi mật)	3		
Số hạch nạo vét được (hạch)	15.7 ± 4.5		
Số hạch di căn trung bình (hạch)	3.1		

Bảng 3. Số lượng hạch nạo vét được tương ứng các giai đoạn

		Số lượng hạch nạo vét được			Tổng
		<16	16-25	>25	
Giai đoạn bệnh	1a	0	1	0	1
	1b	1	1	0	2
	2a	3	8	0	11
	2b	8	7	0	15
	3a	17	8	2	27
	3b	3	4	0	7

	3c	0	1	1	2
Tổng	32	30	3	3	65

Nhận xét: - Tính chất phẫu thuật: Mổ phiên chiếm đa số 98.5%. Chỉ có 1 trường hợp mổ cấp cứu chiếm 1.5%

- Phương pháp phẫu thuật: Mổ mở chiếm đa số với 95.4%. Mổ nội soi chiếm 4.6%

- Thời gian phẫu thuật trung bình: 153.7 phút, dài nhất 250 phút, ngắn nhất 120 phút.

- PTNS có thời gian phẫu thuật trung bình 240 ± 10 phút. Phẫu thuật mở có thời gian phẫu thuật trung bình 149.5 ± 14 phút

- Phương pháp làm miệng nối: 72% miệng nối Bilroth II, 28% miệng nối Bilroth II- Braun.

- Số lượng hạch nạo vét được trung bình là 15.7 ± 4.5 hạch.

3.3. Các chỉ tiêu giai đoạn hậu phẫu

Bảng 4. Các chỉ tiêu liên quan giai đoạn hậu phẫu

Chỉ tiêu nghiên cứu		n	%
Thời iant rung tiện sau mổ (ngày)		2.2	0.4
Thời gian rút sonde dạ dày (ngày)		3	0.3
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày)		3.3	0.4
Thời gian ian giảm đau sau mổ (ngày)		2.7	0.5
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		8.9	2.4
Biến chứng sau mổ	Không biến chứng	50	76.9
	Tắc ruột sau mổ	5	7.7
	Chảy máu sau mổ	5	7.7
	Rò mồm tá tràng	1	1.5
	Viêm phổi sau mổ	1	1.5
	Nhiễm trùng vết mổ	2	3.1
	Viêm phúc mạc	1	1.5

Nhận xét: - Thời iant rung tiện sau mổ: 2.2 ± 0.4 (ngày)

- Thời gian rút sonde dạ dày: 3 ± 0.3 (ngày)

- 76.9% BN không có biến chứng sau mổ, 7.7% tắc ruột sau mổ, 7.7% chảy máu sau mổ, 1.5% rò mồm tá tràng, 1.5% viêm phúc mạc sau mổ.

- Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8.9 ± 2.4 ngày

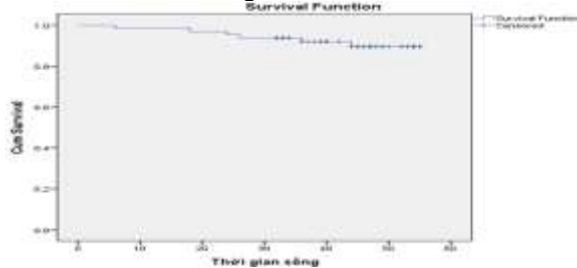
3.4. Một số kết quả theo dõi xa

Bảng 5. Một số kết quả theo dõi xa

		N	%
Theo dõi chung	BN mất tin	8	12.3
	BN đã tử vong	6	9.2
	BN còn sống	51	78.5
Trào ngược dạ dày – thực quản	Có	31	54.4
	Không	26	45.6
Viêm miệng nối	Có	37	65
	Không	20	35
Thời gian xuất hiện viêm miệng nối		15.4 ± 8.6 tháng	

Nhận xét:

- Đã có 06 BN tử vong chiếm 10.8%
- Số BN mất tin: 08 BN, chiếm 12.3%
- BN còn sống: 51 BN, chiếm 78.5%.
- Tỷ lệ trào ngược thực quản dạ dày sau mổ chiếm 54.4%
- Tỷ lệ viêm miệng nổi được xác định qua nội soi theo dõi được chiếm 65%.
- Thời gian xuất hiện viêm miệng nổi sau mổ: 15.4 ± 8.6 tháng.

**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm dự kiến**

Thời gian sống thêm trung bình theo nghiên cứu: 52.1 ± 1.2 tháng

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân UTDD là $63,3 \pm 10,9$ tuổi, phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy UTDD thường gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân ≥ 50 tuổi chiếm 92,3%, điều này tương đồng với báo cáo của Park và cộng sự (Hàn Quốc, 2021) với tuổi trung bình $62,1 \pm 11,3$ tuổi, cũng như nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng tại Bệnh viện K (2019) với tuổi trung bình $60,8 \pm 11,7$ tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam chiếm 73,8%, nữ chiếm 26,2%, tương ứng với tỷ lệ nam/nữ khoảng 2,8:1. Kết quả này phù hợp với xu hướng chung đã được nhiều tác giả ghi nhận, khi UTDD thường gặp ở nam giới nhiều hơn. Nguyên nhân được cho là nam giới tiếp xúc nhiều hơn với các yếu tố nguy cơ như hút thuốc, uống rượu và chế độ ăn ít rau xanh, nhiều thịt đỏ.

4.2. Chỉ định. Theo hướng dẫn JGCA 2021, chỉ định và lựa chọn phương pháp phẫu thuật ung thư dạ dày phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, mục tiêu điều trị và tình trạng toàn thân của người bệnh:

- Giai đoạn sớm (Stage I)
 - o Stage IA (T1a/b, N0): Nếu đủ tiêu chuẩn, ưu tiên nội soi cắt niêm mạc (ESD); nếu không đủ điều kiện ESD thì phẫu thuật cắt dạ dày (bán phần hoặc toàn phần) với nạo hạch D1+/D2 tùy vị trí và nguy cơ di căn hạch.
 - o Stage IB: Chỉ định phẫu thuật triệt căn với

nạo hạch D2, có thể thực hiện bằng nội soi ở trung tâm có kinh nghiệm.

- Giai đoạn tiến triển (Stage II–III)
 - o Tiêu chuẩn vàng là cắt dạ dày toàn phần/bán phần kèm nạo hạch D2, mục tiêu đạt R0. Có thể kết hợp hóa trị hỗ trợ hoặc tiền phẫu ở nhóm nguy cơ cao tái phát.

- Giai đoạn muộn (Stage IV)
 - o Không khuyến cáo phẫu thuật triệt căn thường quy khi đã có di căn xa hoặc xâm lấn rộng không thể R0, trừ trường hợp chọn lọc có thể cắt triệt để.

- o Phẫu thuật giảm nhẹ chỉ định khi có biến chứng nặng (xuất huyết, tắc nghẽn, thủng).

Theo nghiên cứu của chúng tôi, U giai đoạn II–III (chiếm tỷ lệ cao nhất), mổ mở là phương pháp được sử dụng nhiều nhất (95.4%). Đối với u giai đoạn này PTNS được thực hiện ở nhiều trung tâm ngoại khoa lớn trong cả nước, nhưng chưa được khuyến cáo rộng rãi ở giai đoạn đầu triển khai do nguy cơ không đạt R0 và khó khăn trong nạo hạch mở rộng. Chúng tôi đã bắt đầu triển khai PTNS từ cuối năm 2021. Khi mới triển khai, việc chọn lựa bệnh nhân là rất quan trọng, dẫn đến số lượng BN mổ nội soi ít (4.6%) và chủ yếu ở giai đoạn sớm hoặc u nhỏ, vị trí thuận lợi. Thêm nữa, ở giai đoạn này chúng tôi gặp khó khăn trong đấu thầu mua sắm vật tư, do đó chúng tôi ưu tiên mổ mở hơn để bệnh nhân không phải chờ đợi.

4.2. Kỹ thuật làm miệng nổi. Sau khi cắt dạ dày, chúng ta có thể lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu Pean, Bilioth I (BI), Bilioth II (BII), Roux-Y (RY)... Tác giả Chang In Choi năm 2016 so sánh miệng nổi BII- Braun với RY thấy rằng thời gian làm miệng nổi BII kết hợp Braun ngắn hơn đáng kể so với miệng nổi RY. Sau 1 năm hậu phẫu, tình trạng ứ đọng dạ dày và viêm thực quản trào ngược không khác biệt đáng kể giữa các nhóm. Tác giả Giang Hải Đào năm 2021: Miệng nổi RY sau cắt dạ dày có hiệu quả hơn trong việc ngăn ngừa viêm miệng nổi so với tái tạo BI và BII, tuy nhiên miệng nổi RY được coi là phức tạp về mặt kỹ thuật.

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, miệng nổi BII thường được chúng tôi sử dụng vì thời gian thực hiện nhanh, thuần thực. Để hạn chế ứ đọng và nguy cơ trào ngược miệng nổi, chúng tôi làm thêm chân Braun cho miệng nổi BII. Trong nghiên cứu, tỷ lệ làm miệng nổi BII là 72%, BII-Braun là 28%. Theo dõi sau mổ, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 47.7% có triệu chứng trào ngược thực quản dạ dày, 56.9% có viêm miệng nổi sau mổ. Thời gian xuất hiện viêm miệng nổi

trong nghiên cứu 15.4 ± 8 tháng, nhanh nhất là 4 tháng sau mổ.

4.3. Biến chứng sau phẫu thuật. Theo nhiều nghiên cứu, tỷ lệ viêm phổi sau phẫu thuật sau cắt dạ dày triệt để dao động từ 2,2% đến 26%. Các yếu tố nguy cơ viêm phổi sau mổ là người cao tuổi, gày sút, tiền sử mắc bệnh phổi trước đó, những người trải qua các cuộc phẫu thuật kéo dài, phẫu thuật mở, thời gian lưu sonde dạ dày quá lâu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp viêm phổi sau mổ. Đây là bệnh nhân nam giới, 62 tuổi, BMI = 25, tiền sử COPD là những nguy cơ viêm phổi sau mổ. Hiện nay bệnh viện chúng tôi chưa áp dụng 1 cách hệ thống chương trình ERAS, tuy nhiên với từng bệnh nhân cụ thể, việc hỗ trợ lý liệu pháp hô hấp, tăng cường dinh dưỡng trước và sau mổ, hướng dẫn bệnh nhân ngồi dậy vận động sớm được chúng tôi thực hiện thường quy.

Rò mỏm tá tràng và rò miệng nổi sau mổ cắt dạ dày là một biến chứng ít gặp nhưng nghiêm trọng, với tỷ lệ mắc là 3% và tỷ lệ tử vong dao động từ 7% đến 67%. Một số yếu tố nguy cơ được nhiều tác giả đưa ra là khối u xâm lấn xuống tá tràng, tụ máu tại diện cắt, viêm loét tá tràng, tiền sử mổ thủng tá tràng, mất mạch, khâu đóng mỏm không chắc chắn, vị trí dẫn lưu không chính xác. Theo tác giả Paolo Aurello (2015) điều trị bảo tồn là phương pháp điều trị được lựa chọn và nên được thực hiện trong ít nhất 4-6 tuần, trừ khi có tình trạng lâm sàng đòi hỏi phải phẫu thuật lại. Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp gặp biến chứng này. BN đầu tiên là nam giới 50 tuổi, u hang vị, quá trình mổ diễn ra thuận lợi, hậu phẫu ổn định, BN ra viện sau 07 ngày phẫu thuật. Đến ngày 14 bệnh nhân nhập viện trở lại, và được chẩn đoán là rò mỏm tá tràng. BN được tách rộng chân dẫn lưu để hút dịch dò, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Kết quả điều trị thành công. BN còn lại là nam giới 74 tuổi, u môn vị kích thước 5cm, BN xuất hiện dấu hiệu viêm phúc mạc ngày thứ 5 sau mổ, chúng tôi có chỉ định phẫu thuật lại để xử lý tổn thương nhưng gia đình ký xin về, BN tử vong sau đó.

4.4. Một số kết quả xa. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, BN theo dõi dài nhất là 55 tháng. Đã có 06 BN tử vong chiếm 10.8%. Số BN mất tin: 08 bệnh nhân, chiếm 12.3%. Thời gian sống thêm dự kiến theo nghiên cứu: 52.1 ± 1.2 tháng. Một số yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng sống sau mổ của bệnh nhân: tỷ lệ trào ngược thực quản dạ dày sau mổ chiếm 47.7%, tỷ lệ

viêm miệng nổi theo dõi được chiếm 56.9%. Thời gian xuất hiện viêm miệng nổi sau mổ theo nghiên cứu: 15.4 ± 8.6 tháng, sớm nhất là 4 tháng sau mổ. Đây là những kết quả theo dõi bước đầu của chúng tôi, hy vọng trong thời gian tới, chúng tôi sẽ có những theo dõi dài hạn hơn nữa để đưa ra được những kết quả nghiên cứu có giá trị hơn.

V. KẾT LUẬN

UTDD hay gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi và đa số ở giai đoạn tiến triển. Phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày nạo vét hạch D2 là phẫu thuật an toàn, khả thi, tỷ lệ biến chứng thấp, phù hợp với điều kiện tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. Phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày kèm nạo vét hạch D2 cho thấy là phương pháp điều trị an toàn và khả thi, phù hợp với năng lực của bệnh viện tuyến tỉnh. Tỷ lệ biến chứng sau mổ chấp nhận được, chủ yếu là biến chứng nhẹ và điều trị nội khoa thành công. Tuy nhiên, tỷ lệ viêm miệng nổi và trào ngược sau mổ còn cao, cần nghiên cứu thêm về lựa chọn phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa tối ưu. Cần tăng cường phối hợp với giải phẫu bệnh để nâng cao số lượng hạch nạo vét, góp phần đánh giá chính xác giai đoạn bệnh và tiên lượng lâu dài. Các kết quả xa bước đầu ghi nhận thời gian sống thêm trung bình trên 4 năm, cho thấy hiệu quả của phẫu thuật triệt căn ngay cả ở tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **In Choi C, Baek DH, Lee SH, et al.** Comparison Between Billroth-II with Braun and Roux-en-Y Reconstruction After Laparoscopic Distal Gastrectomy. *J Gastrointest Surg.* 2016;20(6):1083-1090. doi:10.1007/s11605-016-3138-7
2. **Edge SB, Compton CC.** The American Joint Committee on Cancer: the 7th Edition of the AJCC Cancer Staging Manual and the Future of TNM. *Ann Surg Oncol.* 2010;17(6):1471-1474. doi:10.1245/s10434-010-0985-4
3. **Fan S, Jiang H, Xu Q, et al.** Risk factors for pneumonia after radical gastrectomy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer.* 2025;25:840. doi:10.1186/s12885-025-14149-1
4. **Aurello P, Sirimarco D, Magistri P, et al.** Management of duodenal stump fistula after gastrectomy for gastric cancer: Systematic review. *World J Gastroenterol WJG.* 2015;21(24):7571-7576. doi:10.3748/wjg.v21.i24.7571
5. **Park CH, et al.** Epidemiology of gastric cancer in Korea and trends in screening. *J Gastric Cancer.* 2021;21(1):1-9.
6. **Nguyễn Văn Hùng, et al.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2019;485(2):45-52.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 06/2020-06/2025

Trịnh Văn Đại¹, Tống Xuân Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 06/2020 – 06/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 139 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 44 tuổi, trong đó nữ chiếm 82,7%, nam 17,3%. Triệu chứng thường gặp nhất là khối sưng vùng cổ (69,8%). 90,6% khối u giảm âm trên siêu âm, kích thước < 2 cm chiếm 85,6%. Vị trí u gặp nhiều nhất ở thùy phải (56,8%). Tỷ lệ có hạch cổ lâm sàng là 28,8%. Cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 78,4%, vét hạch 68,3%. Giai đoạn I chiếm 72,7%, giai đoạn II 18,7%, giai đoạn III 7,9% và IVa 0,7%. Biến chứng sau mổ gồm suy tuyến cận giáp tạm thời (12,2%) và khàn tiếng (5,8%). Tái phát xảy ra ở 5% bệnh nhân, 100% tại hạch, chủ yếu trong vòng 6 tháng sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương cho kết quả an toàn, tỷ lệ biến chứng thấp và đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES IN THYROID CANCER PATIENTS AT THE NATIONAL EAR, NOSE AND THROAT HOSPITAL FROM JUNE 2020 TO JUNE 2025

Objective: To evaluate the surgical outcomes of thyroid cancer treatment at the National Ear, Nose and Throat Hospital from June 2020 to June 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 139 patients with thyroid cancer who underwent surgery at the National ENT Hospital. **Results:** The mean age was 44 years. Females accounted for 82.7%, males 17.3%. The most common presenting symptom was a neck mass (69.8%). On ultrasound, 90.6% of tumors were hypoechoic, and tumors < 2 cm accounted for 85.6%. The most common tumor location was the right lobe (56.8%). Cervical lymph node metastases were found clinically in 28.8%. Total thyroidectomy was performed in 78.4% of cases, and lymph node dissection in 68.3%. Stage I accounted for 72.7%, stage II for 18.7%, stage III for 7.9%, and stage IVa for 0.7%. Postoperative complications included transient hypoparathyroidism (12.2%) and hoarseness (5.8%). Recurrence occurred in 5% of patients, all in

cervical lymph nodes, mainly within 6 months after surgery. **Conclusion:** Surgical treatment of thyroid cancer at the National ENT Hospital was safe, with a low complication rate, and most patients were diagnosed at an early stage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp có xu hướng gia tăng trên toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, bệnh đứng hàng thứ 9 trong số các loại ung thư thường gặp, với hàng nghìn ca mắc mới và hàng trăm ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 3,52/100.000 dân [1].

Trong chẩn đoán, ung thư tuyến giáp thường biểu hiện bằng một khối u hoặc hạch vùng cổ kèm theo các triệu chứng như nuốt vướng, nói khàn, khó thở... Về điều trị, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, có tính chất quyết định đến kết quả điều trị [1],[2]. Ở Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu về ung thư tuyến giáp nói chung cũng như đánh giá kết quả các phương pháp phẫu thuật nói riêng. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá toàn diện kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp trong nước trong những năm gần đây chưa được thực hiện nhiều.

Xuất phát từ những thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 06/2020 – 06/2025” nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 139 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp nguyên phát và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong giai đoạn từ tháng 06/2020 đến tháng 06/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp nguyên phát.
- Được điều trị bằng phẫu thuật và có đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- Chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú hoặc thể khác.
- Có đầy đủ dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sau mổ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật tuyến giáp

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Văn Đại

Email: daitrinh1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025