

của Trịnh Thị Yến (2025)<sup>2</sup>, mặc dù cách phối hợp thuốc và quy trình theo dõi khác biệt, song kết quả chung đều cho thấy ESP block là một phương pháp có tiềm năng ứng dụng rộng rãi trong giảm đau hậu phẫu. Đặc biệt, trong bối cảnh các kỹ thuật như phong bế cạnh sống truyền thống có độ khó cao và tiềm ẩn nhiều biến chứng, ESPB là một lựa chọn thay thế đáng tin cậy, dễ triển khai và an toàn hơn cho người bệnh.

Ngoài ra, mức độ hài lòng của bệnh nhân trong nghiên cứu đạt 100%, phản ánh không chỉ hiệu quả kiểm soát đau, mà còn cho thấy giá trị thực tiễn của kỹ thuật này trong cải thiện trải nghiệm điều trị. Đây là một yếu tố quan trọng, thường bị xem nhẹ nhưng ngày càng được quan tâm trong các mô hình chăm sóc hồi phục sau mổ hiện đại (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS).

## V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật ESPB bằng levobupivacain phối hợp adrenaline cho thấy hiệu quả giảm đau tốt, đặc biệt trong 12 giờ đầu sau phẫu thuật cắt u vú kèm nạo hạch, với điểm đau trung bình duy trì ở mức nhẹ. Tính an toàn của kỹ thuật được khẳng định qua sự ổn định huyết động, không ghi nhận biến chứng liên quan đến thuốc tê hoặc kỹ thuật thực hiện. Đồng thời, mức độ hài lòng tuyệt đối của bệnh nhân càng củng cố giá trị lâm sàng và khả năng ứng dụng của ESPB trong chăm sóc

giảm đau hậu phẫu. Những kết quả này góp phần bổ sung bằng chứng thực tiễn cho việc lựa chọn ESPB như một phương pháp gây tê vùng hiệu quả, ít xâm lấn và phù hợp với định hướng nâng cao chất lượng hồi phục sau mổ theo mô hình ERAS. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và nhóm so sánh rõ ràng sẽ cần thiết để khẳng định chắc chắn hơn tính ưu việt của phương pháp này trong tương lai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trần Hoàng, Đỗ Tất Thành, Lưu Quang Thùy. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ sỏi đường mật của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;526(1A):44–48.
2. Trịnh Thị Yến. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ dựng sống dưới hướng dẫn của siêu âm bằng levobupivacain ở bệnh nhân phẫu thuật vú. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;551(2):163–166.
3. Arslan M, Demiraran Y, Bulut E, Sungur MO. Interventional treatment options in pain management. Agri. 2024;36(1):1–11.
4. Brenin D. Pain management in breast surgery: recommendations of a multidisciplinary expert panel—the ROADMAP project. Ann Surg Oncol. 2020;27(2):530–543.
5. Shigeta H, Yasumura R, Kotake Y. Comparison of plasma levobupivacaine concentrations with and without epinephrine following erector spinae plane block for breast cancer surgery: a randomized controlled trial. BMC Anesthesiol. 2022;22:86.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Huỳnh Đình Nguyễn<sup>1</sup>, Trương Hải Đăng<sup>1</sup>

trung bình  $7,75 \pm 1,5$  ngày. Có 3 trường hợp biến chứng sau phẫu thuật (6,8%), không ghi nhận tử vong trong 30 ngày. Tỷ lệ phẫu thuật thành công đạt 93,2%. **Từ khóa:** ung thư dạ dày, nội soi, phẫu thuật, kết quả điều trị.

## SUMMARY

### EVALUATION OF EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF GASTRIC CANCER AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the early outcomes of laparoscopic surgery in the treatment of gastric cancer at Can Tho Central General Hospital. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with retrospective review was conducted on 44 patients diagnosed with gastric cancer and treated surgically at Can Tho Central General Hospital from June 2021 to June 2023. **Result:** Most patients underwent subtotal gastrectomy (93.2%), with no cases converted to

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp hồi cứu, trên 44 bệnh nhân ung thư dạ dày được chẩn đoán, điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023. **Kết quả:** Hầu hết bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dạ dày (93,2%), không có trường hợp chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình  $183 \pm 32,8$  phút; thời gian trung tiện  $3,2 \pm 1,1$  ngày; thời gian rút sonde dạ dày  $3,2 \pm 0,7$  ngày; thời gian nằm viện

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Đình Nguyễn

Email: 2973557489@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

open surgery. The mean operative time was  $183 \pm 32.8$  minutes; mean time to first flatus was  $3.2 \pm 1.1$  days; mean nasogastric tube removal time was  $3.2 \pm 0.7$  days; and mean postoperative hospital stay was  $7.75 \pm 1.5$  days. Postoperative complications occurred in 3 patients (6.8%), with no deaths within 30 days. The overall success rate of laparoscopic surgery was 93.2%. **Keywords:** gastric cancer, laparoscopy, surgery, treatment outcomes.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, năm 2020 ghi nhận khoảng 17.906 ca ung thư dạ dày mới mắc và 14.615 ca tử vong, cho thấy đây là một trong những bệnh ung thư có tốc độ gia tăng nhanh và tỉ lệ tử vong cao. Tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới và nữ giới lần lượt là 21,7/100.000 và 10,6/100.000 dân [8]. Trong những năm gần đây, chiến lược điều trị ung thư dạ dày đã có nhiều tiến bộ đáng kể, với xu hướng điều trị đa mô thức kết hợp giữa phẫu thuật, hóa trị, xạ trị và chăm sóc giảm nhẹ, góp phần cải thiện thời gian sống và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [1]. Hiện nay, phẫu thuật cắt dạ dày vẫn được xem là phương pháp điều trị chủ yếu và hiệu quả nhất đối với ung thư dạ dày [7]. Trước thập niên 1990, phẫu thuật mở là phương pháp kinh điển; tuy nhiên, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, phẫu thuật nội soi đã ra đời và nhanh chóng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị ung thư dạ dày trên toàn thế giới [6]. Tại Việt Nam, phương pháp này hiện đã được triển khai thường quy ở nhiều cơ sở y tế, trong đó có Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ung thư dạ dày được chẩn đoán, điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày, có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư dạ dày và được phẫu thuật cắt dạ dày bằng phẫu thuật nội soi.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư dạ dày tái phát hoặc ung thư từ nơi khác di căn tới dạ dày. Khối u gây biến chứng như viêm phúc mạc hay tắc ruột. Những trường hợp có kèm theo phẫu thuật khác. bệnh nhân có ung thư khác phối hợp. bệnh nhân không có hồ sơ rõ ràng.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa

khoa Trung ương Cần Thơ từ ngày 01/06/2021 đến ngày 30/06/2023.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

**Cỡ mẫu:** Theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó: - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

-  $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$  là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, chọn  $d = 0,07$ .

-  $p = 0,946$  theo tác giả Lê Thành Trung [5].

Thay vào công thức, ta được  $n \approx 41$ . Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 44 bệnh nhân.

**Phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn tất cả bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư dạ dày nhập viện từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023 thỏa tiêu chuẩn.

## Nội dung nghiên cứu:

**Kết quả trong phẫu thuật:** Phương pháp phẫu thuật, tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở, thời gian phẫu thuật.

**Kết quả sau phẫu thuật:** Thời gian trung tiện, thời gian rút sonde dạ dày, thời gian nằm viện, biến chứng sau phẫu thuật, tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật, tỷ lệ thành công của phẫu thuật

**Công cụ thu thập và xử lý số liệu:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0. Số liệu được trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ phần trăm, kiểm định mối quan hệ giữa các yếu tố bằng test Chi-square.

**2.3. Ý đứcc:** Nghiên cứu được thông qua hội đồng Khoa học và Đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản và sự chấp thuận của Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Mọi thông tin về bệnh nhân đều được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Kết quả trong phẫu thuật

**Bảng 3.1. Phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Cắt dạ dày bán phần cực dưới	41	93,2
Cắt gần toàn bộ dạ dày	3	6,8
<b>Tổng cộng</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày (96,2%), trong đó 29,2% nối vị – tràng kiểu Billroth II và 70,8%

theo Roux-en-Y. Ba trường hợp (6,8%) được cắt gần toàn bộ dạ dày, đều nối thực quản – hồng tràng bằng Roux-en-Y.

**3.1.1. Tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở**

**Bảng 3.2. Tỷ lệ chuyển phẫu thuật mở**

Đặc điểm phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Chuyển phẫu thuật mở	0	0
Không chuyển phẫu thuật mở	44	100
<b>Tổng</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là điểm đau vùng thượng vị (97,7%), sau đó là thiếu máu (45,5%), báng bụng (20,5%), khối u thượng vị (13,6%) và vàng da (2,3%); không ghi nhận trường hợp di căn xa.

**3.1.2. Thời gian phẫu thuật**

**Bảng 3.3. Thời gian phẫu thuật theo phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân (n=44)	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	Chung (phút)
Cắt bán phần	41	179 ± 27,7 (150 – 300 phút)	183 ± 32,8 phút
Cắt toàn bộ	3	236,7 ± 56,9 (190 – 300 phút)	

**Nhận xét:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 183 ± 32,8 phút (150–300 phút). Nhóm cắt toàn bộ dạ dày có thời gian mổ dài hơn (236,7 ± 56,9 phút) so với nhóm cắt bán phần dạ dày (179 ± 27,7 phút).

**3.2. Kết quả sau phẫu thuật**

**3.2.1. Thời gian trung tiện.** Thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật là 3,2 ± 1,1 ngày, sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 7 ngày.

**3.2.2. Thời gian rút sonde dạ dày.** Thời gian rút sonde dạ dày trung bình sau phẫu thuật là 3,2 ± 0,7 ngày, sớm nhất là 2 ngày và muộn nhất là 5 ngày.

**Bảng 3.4. So sánh thời gian rút sonde dạ dày với phương pháp phẫu thuật**

Giai đoạn T	n	Thời gian rút sonde (ngày)	p
Cắt DD bán phần cực dưới	41	3,2 ± 0,8	0,572
Cắt toàn bộ DD	3	3	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian rút sonde dạ dày sau phẫu thuật giữa hai nhóm cắt bán phần và cắt toàn bộ dạ dày (p > 0,05).

**3.2.3. Thời gian nằm viện.** Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 7,75 ± 1,5 ngày, dao động từ 4 đến 13 ngày.

**Bảng 3.5. So sánh thời gian nằm viện giữa nhóm T4a và dưới T4a**

Giai đoạn T	n	Thời gian nằm viện (ngày)	p
Giai đoạn T4a	22	8,64 ± 2	0,005
Giai đoạn dưới T4a	22	7,27 ± 0,7	

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) về thời gian nằm viện sau phẫu thuật giữa hai nhóm bệnh nhân giai đoạn T4a và dưới T4a.

**Bảng 3.6. So sánh thời gian nằm viện giữa các phương pháp phẫu thuật**

Giai đoạn T	n	Thời gian nằm viện (ngày)	p
Cắt DD bán phần cực dưới	41	7,78 ± 1,5	0,008
Cắt toàn bộ DD	3	10,33 ± 1,5	

**Nhận xét:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) về thời gian nằm viện sau phẫu thuật giữa hai nhóm bệnh nhân cắt dạ dày bán phần và cắt toàn bộ.

**3.2.4. Biến chứng sau phẫu thuật**

**Bảng 3.7. Biến chứng sau phẫu thuật**

Biến chứng sau PT	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	2	4.6
Hẹp miệng nổi	1	2.3
Không	41	93.1
<b>Tổng</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Kết quả ghi nhận 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp hẹp miệng nổi, các biến chứng khác không được ghi nhận.

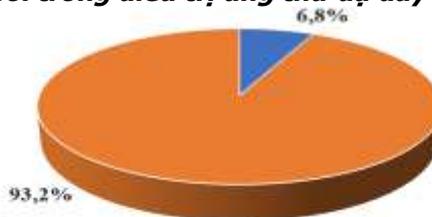
**3.2.5. Tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật**

**Bảng 3.8. Tử vong trong 30 ngày sau phẫu thuật**

Tử vong trong 30 ngày sau PT	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Có	0	0
Không	44	100
<b>Tổng</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong 30 ngày sau PT.

**3.2.6. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày**



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ phẫu thuật thành công**

**Nhận xét:** Tỷ lệ phẫu thuật thành công trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 93,2%. Ba trường hợp (6,8%) không thành công gồm 2

trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp hẹp miệng nổi.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Kết quả trong phẫu thuật

**4.1.1. Phương pháp phẫu thuật.** 93,2% trường hợp được phẫu thuật cắt bán phần cực dưới dạ dày, trong khi 6,8% được cắt gần toàn bộ dạ dày, chủ yếu ở 1/3 trên. Chỉ định phẫu thuật được xác định dựa vào vị trí khối u: u 1/3 dưới cắt bán phần dưới, u 1/3 giữa và trên cắt toàn bộ dạ dày. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Hồ Chí Thanh [3] và Đỗ Văn Tráng [4].

**4.1.2. Thời gian phẫu thuật.** Kết quả nghiên cứu ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình bằng phẫu thuật nội soi là  $183 \pm 32,8$  phút, tương đồng với các nghiên cứu của Hồ Chí Thanh [3] ( $186,1 \pm 48,5$  phút), nhưng ngắn hơn so với Đỗ Văn Tráng [4] ( $211,1 \pm 47,22$  phút).

**4.1.3. Tai biến và biến chứng trong phẫu thuật.** Nghiên cứu ghi nhận không có trường hợp nào xảy ra tai biến trong phẫu thuật, bao gồm chuyển sang mổ mở do tổn thương mạch máu hoặc các tạng lân cận. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước của Đỗ Văn Tráng [4] và Hồ Chí Thanh [3]. Như vậy, có thể thấy rằng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày là phương pháp an toàn, ít tai biến và biến chứng trong quá trình phẫu thuật.

##### 4.2. Kết quả sau phẫu thuật

**4.2.1. Thời gian trung tiện.** Để đánh giá sự hồi phục chức năng ruột sau phẫu thuật, thời gian trung tiện được xem là thông số quan trọng, tính từ lúc bệnh nhân được phẫu thuật đến khi bắt đầu trung tiện. Chỉ số này phản ánh khả năng phục hồi sau mổ và có liên quan đến thời gian nằm viện – trung tiện càng sớm, thời gian nằm viện càng ngắn. Nghiên cứu ghi nhận thời gian trung tiện trung bình là  $3,2 \pm 1,1$  ngày (sớm nhất 2 ngày, muộn nhất 7 ngày). Nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi giúp rút ngắn thời gian trung tiện so với mổ mở, có thể do mức độ xâm lấn thấp và diện tiếp xúc với các tạng trong ổ bụng nhỏ hơn, từ đó giảm kích thích và tổn thương phúc mạc.

**4.2.2. Thời gian nằm viện.** Đây là thông số quan trọng đánh giá hiệu quả phẫu thuật. Nhờ tiến bộ khoa học kỹ thuật, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày ngày càng được áp dụng rộng rãi, kể cả ở giai đoạn tiến triển, với nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, giảm mất máu, phục hồi sớm và rút ngắn thời gian nằm viện [2].

##### 4.2.3. Biến chứng sớm sau phẫu thuật.

Nghiên cứu ghi nhận 3 trường hợp có biến chứng sớm sau phẫu thuật, gồm 2 ca nhiễm trùng vết mổ và 1 ca hẹp miệng nổi, không phát hiện các biến chứng khác như xì miệng nổi, rò mòm tá tràng, chảy máu, áp xe hay tắc ruột sớm, và không có trường hợp tử vong. Kết quả này tương tự với báo cáo của Đỗ Văn Tráng [4] (2 nhiễm trùng vết mổ, 4 viêm phổi) và Hồ Chí Thanh [3] (1 nhiễm trùng vết mổ, 1 viêm phế quản).

##### 4.2.4. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật.

Hiện nay, chưa có khái niệm thống nhất về tiêu chí thành công của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày. Theo Võ Duy Long [2], phẫu thuật được xem là thành công khi được thực hiện hoàn toàn bằng nội soi, không cần chuyển mổ mở, không có tai biến trong mổ, không phải mổ lại và không xuất hiện biến chứng nặng hoặc tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở; ghi nhận 3 biến chứng sau mổ gồm 2 nhiễm trùng vết mổ và 1 hẹp miệng nổi.

#### V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân được phẫu thuật cắt bán phần dạ dày (93,2%), trong đó chủ yếu thực hiện nội vị – tràng theo phương pháp Roux-en-Y. Không ghi nhận trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $183 \pm 32,8$  phút, nhóm cắt toàn bộ dạ dày có thời gian mổ dài hơn. Thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật là  $3,2 \pm 1,1$  ngày; thời gian rút sonde dạ dày trung bình  $3,2 \pm 0,7$  ngày; thời gian nằm viện trung bình  $7,75 \pm 1,5$  ngày, dài hơn có ý nghĩa ở nhóm cắt toàn bộ và giai đoạn T4a ( $p < 0,05$ ). Biến chứng sau phẫu thuật gặp ở 3 trường hợp (6,8%) gồm nhiễm trùng vết mổ và hẹp miệng nổi, không ghi nhận tử vong trong 30 ngày. Tỷ lệ phẫu thuật thành công đạt 93,2%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Kiên (2005), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm sau phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày, Luận án Tiến sĩ Y khoa, Học viện quân Y.
2. Võ Duy Long (2017), Đánh giá kết quả nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I,II,III, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Hồ Chí Thanh (2016), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
4. Đỗ Văn Tráng (2012), Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Lê Thành Trung và Đoàn Hữu Nghị (2021), "Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phác đồ eoX trong điều trị ung thư dạ dày ở

- người cao tuổi", Tạp chí Y học Việt Nam, 502(2).
6. **Chad J Davis (1992)**, "A history of endoscopic surgery", Surgical Laparoscopy & Endoscopy, 2(1).
7. **Fabian M. Johnston and Michael Beckman (2019)**, "Updates on management of gastric

- cancer", Current oncology reports, 21.
8. **Zhaoyang Tan (2019)**, "Recent advanced in the surgical treatment of advanced gastric cancer", Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research, 25.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LẤY HUYẾT KHỐI BẰNG DỤNG CỤ CƠ HỌC TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP DO TẮC ĐOẠN M2 ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA

Võ Thành Nam<sup>1</sup>, Nguyễn Huy Thắng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết cục lâm sàng bao gồm tỷ lệ hồi phục tốt về mặt chức năng thần kinh sau can thiệp, tỷ lệ tái thông mạch máu, và tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng sau can thiệp lấy huyết khối dụng cụ cơ học trên bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc đoạn M2 động mạch não giữa. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu là cắt ngang mô tả theo dõi dọc trên đối tượng là bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc đoạn M2 động mạch não giữa được lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học. **Kết quả:** Trong 72 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp do tắc đoạn M2 động mạch não giữa, chúng tôi ghi nhận 72,2% bệnh nhân đạt được hồi phục tốt về mặt chức năng thần kinh sau can thiệp, có 52,8% bệnh nhân đạt được tái thông mạch máu bị tắc hoàn toàn, và tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết não có triệu chứng chiếm 4,2%. **Kết luận:** Phương pháp can thiệp lấy huyết khối dụng cụ cơ học ở bệnh nhân tắc đoạn M2 động mạch não giữa là phương pháp điều trị có tính khả thi, hiệu quả và an toàn. **Từ khoá:** đột quỵ, lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học, động mạch não giữa đoạn M2

### SUMMARY

#### OUTCOME OF TREATMENT WITH MECHANICAL THROMBECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO M2 SEGMENT OF MIDDLE CEREBRAL ARTERY OCCLUSION

**Objective:** To evaluate the clinical outcomes, including the rate of good functional recovery after intervention, the rate of successful vascular recanalization, and the rate of symptomatic intracranial hemorrhage following mechanical thrombectomy in patients with acute ischemic stroke due to middle cerebral artery M2 segment occlusion.

**Methods:** This was a cross-sectional study with longitudinal follow-up conducted on patients with acute ischemic stroke due to MCA M2 segment occlusion who underwent mechanical thrombectomy.

**Results:** Among 72 patients with acute ischemic

stroke due to MCA M2 segment occlusion, 72.2% achieved a good functional recovery after the intervention. 52.8% of patients achieved complete recanalization of the occluded vessel, and the rate of symptomatic intracranial hemorrhage was 4.2%. **Conclusion:** Mechanical thrombectomy in patients with MCA M2 segment occlusion is a feasible, effective and safe treatment strategy.

**Keywords:** stroke, mechanical thrombectomy, Middle Cerebral Artery M2 segment

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ 2015, các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng đã chứng minh hiệu quả của việc lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân nhồi máu não có tắc mạch máu lớn (động mạch cảnh trong và động mạch não giữa đoạn gốc) so với nhóm không can thiệp<sup>1,2</sup>. Dù lợi ích của việc lấy huyết khối dụng cụ ở bệnh nhân nhồi máu não cấp do tắc động mạch lớn đoạn gần (động mạch cảnh trong và đoạn M1 động mạch não giữa) đã được chứng minh, ít dữ liệu về việc đánh giá lấy huyết khối dụng cụ ở các mạch máu não đoạn xa hơn<sup>3</sup>. Tắc đoạn M2 của động mạch não giữa thường gặp sau tắc động mạch cảnh trong và đoạn gốc (M1) của động mạch não giữa<sup>4</sup>. Đoạn M2 động mạch não giữa khác so với các đoạn động mạch lớn khác là đoạn có kích thước nhỏ hơn, việc tiếp cận lấy huyết khối còn gặp nhiều khó khăn, dễ dẫn tới biến chứng của can thiệp như bóc tách và thủng mạch máu, tăng rủi ro và kéo dài thời gian can thiệp lấy huyết khối dụng cụ<sup>5</sup>. Hiện tại, khuyến cáo của Hiệp hội Tim Mạch Hoa Kỳ (AHA) có thể cân nhắc lấy huyết khối dụng cụ ở bệnh nhân nhồi máu não có tắc M2 động mạch não giữa với mức chứng cứ khiêm tốn là IIb<sup>6</sup>. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để khảo sát việc điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học trên bệnh nhân nhồi máu não do tắc đoạn M2 động mạch não giữa ở Việt Nam, để đánh giá kết quả, tính an toàn và tính khả thi của can thiệp lấy huyết khối bằng dụng cụ trên bệnh nhân tắc đoạn M2 động mạch não giữa.

Nghiên cứu của chúng tôi mong muốn khảo

<sup>1</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

<sup>2</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Nam

Email: Bệnh viện An Bình

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025