

# KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN XA DẠ DÀY, NẠO VẾT HẠCH D2, MIỆNG NỔ BILLROTH I TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY

Nguyễn Đức Duy<sup>1</sup>, Trần Đại Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Thanh<sup>1</sup>,  
Phạm Văn Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Hùng<sup>2</sup>

## 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 sớm phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth I trong điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày, tại khoa Ngoại Bụng 1 Bệnh Viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu kết hợp với tiến cứu mô tả 30 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày, được phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày vét hạch D2, miệng nối Billroth I từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 9 năm 2022 tại Khoa Ngoại bụng 1 bệnh viện K. **Kết quả:** Qua nghiên cứu đánh giá ở 30 bệnh nhân, chúng tôi thấy nhóm tuổi trên 60 hay gặp nhất chiếm 53,3%. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ, chiếm 60%. Thời gian mổ trung bình là 143 phút, Min là 120, Max là 200 phút. Số lượng hạch vét được trung bình 22,03 hạch. Di căn hạch nhóm N1 và N2 chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 36,7% và 23,3%. Giai đoạn bệnh chủ yếu giai đoạn III chiếm 66,7%. Thời gian rút sonde dạ dày sau mổ trung bình 1-2 ngày. Ăn sớm vào ngày 2-3, thời gian nằm viện trung bình 7-8 ngày. Các biến chứng sớm có 1 ca (chiếm 0,33%) bị viêm phổi, điều trị nội khoa ổn định ra viện sau 14 ngày. **Kết luận:** phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 mở rộng là phẫu thuật an toàn, khả thi có thể thực hiện ở mọi giai đoạn bệnh, tỷ lệ biến chứng thấp, rút ngắn thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ.

**Từ khóa:** ung thư dạ dày, nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth I.

## SUMMARY

### GASTRIC CANCER IS A COMMON MALIGNANCY, AND IS THE LEADING CAUSE OF DEATH AMONG CANCERS

**Research objective:** Early results of distal subtotal gastrectomy, D2 lymphadenectomy, Billroth I anastomosis in the treatment of gastric adenocarcinoma, at the Department of Abdominal Surgery 1, K Hospital. **Methodology:** Retrospective combined with prospective description of 30 patients with gastric adenocarcinoma, underwent a distal subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy, Billroth I anastomosis from January 2021 to August 2022 at the Department of Abdominal Surgery 1, K

<sup>1</sup>Bệnh viện K.

<sup>2</sup>Bệnh Viện Việt Đức.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Duy

Email: ducduy272@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2022

Ngày phản biên khoa học: 26.9.2022

Ngày duyệt bài: 17.10.2022

hospital. **Result:** Through an evaluation study in 30 patients, we found that the age group over 60 years old was the most common, accounting for 53,3%, the incidence in men is higher than in women, accounting for 60%. The average operation time was 143 minutes, the shortest was 120 minutes, the longest was 200 minutes. An average of 22,03 lymph nodes were removed, lymph node metastasis in N1 and N2 group, accounted for a high rate of 36,7% and 23,3%, respectively. The majority of the disease is stage III, accounting for 66.7%. The average time of gastric tube removal after surgery is 1-2 days, feeding initiation after surgery on day 2<sup>nd</sup> or 3<sup>rd</sup>, average hospital stay of 7-8 days. There was 1 case of early postoperative complications (accounting for 0.33%) with pneumonia, patient was treated by medicine, then stabilized and discharged after 14 days. **Conclusion:** Distal subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy is safe surgery, feasible, can be performed at any disease stage, low complication rate, shorten surgery time and intraoperative blood loss.

**Key words:** Gastric cancer, extend D2 lymphadenectomy, Billroth I anastomosis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD tiếp tục là thách thức lớn với việc chăm sóc sức khỏe trên toàn thế giới phải đối mặt, đặc biệt là các nước Đông á, Hàn Quốc, Nhật Bản (2). Ung thư dạ dày đứng thứ 6 trong các bệnh lý ung thư theo Globcan công bố năm 2020. Tại Việt Nam Ung thư dạ dày đứng thứ 4 trong các bệnh lý ung thư với số ca mắc mới ước tính là 17906 ca (chiếm 9,8%). Ung thư dạ dày là bệnh lý gây tử vong hàng đầu trong các bệnh lý ung thư đường tiêu hóa.

• Điều trị ung thư dạ dày là điều trị đa mô thức. Phẫu thuật cắt dạ dày và nạo vét hạch vẫn là phương pháp điều trị cơ bản cho những bệnh nhân có thể cắt bỏ được (3). Theo các tác giả Nhật Bản phẫu thuật cắt đoạn xa dạ dày nạo vét hạch D2 là đảm bảo triệt căn. Tuy nhiên, vẫn có một vài quan điểm của các tác giả cho rằng nạo vét hạch D2 plus, D3, D4 cho kết quả sống thêm sau 5 năm cao hơn so với nạo vét hạch D2 (1, 4).

• Về tái tạo miệng nối rất quan trọng, trước đây các phẫu thuật viên sau khi cắt đoạn dạ dày, thường chọn làm miệng nối Billroth II trong phẫu thuật cắt đoạn dạ dày, do e ngại nguy cơ rò miệng nối, tái phát tại miệng nối, hẹp miệng nối. Gần đây đã có nhiều thay đổi về cách làm miệng

nổi trong phẫu thuật cắt đoạn xa dạ dày. Miệng nối Billroth I hoặc Roux-en-Y thường được áp dụng hơn miệng nối Billroth II. Việc này giúp giảm tỷ lệ viêm miệng nối, hội chứng Dumping và hội chứng quai trở, đặc biệt là miệng nối sinh lý mà vẫn đảm bảo về mặt ung thư. Jily và cộng sự khuyến cáo nên nối Billroth I hoặc Roux-en-y đối với cắt dạ dày đoạn xa trong phẫu thuật ung thư dạ dày. Nghiên cứu của Lirong He cho thấy không có sự khác biệt giữa ba phương pháp nối về tỷ lệ rò miệng nối (5). Báo cáo của Nishizaki tỷ lệ rò tương ứng là 0,6% và 1,4% ở nhóm Roux-en-Y và Billroth I không có sự khác biệt. Nối Billroth I có thể rút ngắn thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và thời gian nằm viện sau phẫu thuật, giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth I trong điều trị ung thư dạ dày Đối tượng và phương pháp nghiên cứu*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- 30 Bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth I tại khoa Ngoại Bụng 1.

- Loại trừ nhóm bệnh nhân phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày và nhóm bệnh nhân cắt đoạn dạ dày không làm miệng nối Billroth I hoặc không phải ung thư biểu mô tuyến dạ dày.

**\*Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thời gian: 1/2021 đến tháng 9/2022

**\*Phương pháp nghiên cứu:**

- Thiết kế nghiên cứu

**Nghiên cứu hồi cứu:** Lấy số liệu từ 01/2021 đến 12/2021

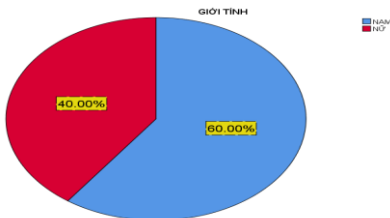
**Nghiên cứu tiến cứu:** Lấy số liệu từ 01/2022 đến 9/2022

- Mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm chung**



**Biểu đồ 1: Đặc điểm giới tính.**

**Nhận xét:** qua biểu đồ thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ chiếm 60%

**Bảng 1. Đặc điểm nhóm tuổi.**

Tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
< 40	2	6.7
40-60	12	40.0
>60	16	53.3
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** tỷ lệ mắc ung thư dạ dày ở BN> 60 tuổi cao nhất chiếm 53,3%.

**2. Đặc điểm phẫu thuật**

**2.1. Vị trí tổn thương**

**Bảng 2. Vị Trí tổn thương.**

Kích thước	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hang vị	14	46.7
Môn Vị	10	33.3
Góc Bờ cong nhỏ	6	20.0
<b>N</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** trong 30 BN: có 14 bệnh nhân gặp tổn thương tại hang vị chiếm 46,7%, 10 bệnh nhân có tổn thương ở môn vị chiếm 33,3%, 6 bệnh nhân tổn thương ở góc bờ cong nhỏ chiếm 20%.

**2.2. Thời gian phẫu thuật- số lượng hạch vét**

**Bảng 3. Thời gian phẫu thuật- số lượng hạch vét.**

	Trung bình	Min	Max
Thời gian phẫu thuật	143	120	200
Số lượng hạch vét	22,03	15	34

**Nhận xét:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 143± 20,04 phút. Số lượng hạch trung bình là 22,03 ±4,32 hạch.

**2.4. Mức độ xâm lấn của u**

**Bảng 4. Mức độ xâm lấn của u.**

Giai đoạn T	n	Tỷ lệ %
GD T1	3	10.0
GD T2	6	20.0
GD T3	5	16.7
GD T4	16	53.3
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** giai đoạn T4 gặp nhiều nhất có 16 BN chiếm 53,3%

**2.5. Mức độ di căn hạch.**

**Bảng 5. Mức độ hạch di căn.**

Mức độ di căn hạch	n	Tỷ lệ %
N0:	9	30.0
N1:	11	36.7
N2:	7	23.3
N3	3	10.0
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** 30 BN giai đoạn N1 và N2 chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 36,7 và 23%

**2.6. Giai đoạn bệnh**

**Bảng 6. Giai đoạn bệnh theo TNM.**

GD bệnh	n	Tỷ lệ %
GD I	5	16.7
GD II	3	10.0

GD III	20	66.7
GDIV	2	6.7
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** giai đoạn bệnh trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là giai đoạn III chiếm 66,7%.

### 3. Kết quả sau mổ

#### 3.1. Thời gian rút sonde dạ dày

**Bảng 7. Thời gian rút sonde dạ dày.**

Thời gian rút sonde dạ dày	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1-2 ngày	24	80.0
3-4 ngày	3	10.0
>5	3	10.0
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** bệnh nhân được rút sonde dạ dày sớm vào ngày 1-2 sau mổ chiếm đa số với 24 bệnh nhân chiếm 80%.

#### 3.2. Thời gian ăn sau mổ

**Bảng 8. Thời gian ăn sau mổ.**

Thời gian ăn sớm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1-2 ngày	18	60.0
3-4 ngày	12	40.0
>5	0	0
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** bệnh nhân chủ yếu cho ăn sớm vào ngày 2 và 3 sau mổ.

#### 3.3. Thời gian nằm viện

**Bảng 9. Thời gian nằm viện.**

Thời gian nằm viện	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
7 ngày	23	76.7
8-10 ngày	6	20.0
10-14 ngày	1	3.3
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100.0</b>

**Nhận xét:** bệnh nhân ra viện sớm chủ yếu vào ngày 7 sau mổ

### 4. Biến chứng sớm sau mổ

**Bảng 10. Biến chứng sớm sau mổ**

Mức độ biệt hóa	Tổng số	n	Tỷ lệ (%)
Rò miệng nối	30	0	0
Hẹp miệng nối	30	0	0
Chảy máu miệng nối	30	0	0
Chảy máu sau mổ	30	0	0
Rò bạch huyết	30	0	0
Tắc ruột sớm sau mổ	30	0	0
Viêm phổi	30	1	0,33
Nhiễm trùng vết mổ	30	0	0
Trào ngược dạ dày	30	0	0

**Nhận xét:** có 1 bệnh nhân bị viêm phổi chiếm 0,33%

## IV. BÀN LUẬN

Phương pháp nối dạ dày – tá tràng được Pean thực hiện lần đầu tiên vào năm 1879 để điều trị

cho một bệnh nhân ung thư môn vị dạ dày tuy nhiên sau đó 5 ngày bệnh nhân tử vong. Sau đó Billroth đã thực hiện thành công kỹ thuật này, kể từ đó phương pháp nối này mang tên Billroth I. Nối phương pháp này có ưu điểm như: sinh lý hơn, thức ăn vẫn theo đường cũ xuống tá tràng hòa trộn với dịch mật và dịch tụy nên việc tiêu hóa thức ăn dễ dàng hơn. Ít gây các biến chứng như tiêu chảy, hội chứng Dumping, hạn chế loét và tái phát tại miệng nối. Việc thực hiện nối Billroth I gặp những hạn chế như miệng nối căng, dễ tái phát từ nhóm hạch 12b,12p,13 tái phát đè vào gây hẹp miệng nối. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi để hạn chế hai vấn đề trên. Thứ nhất chúng tôi thực hiện thủ thuật Kocher di động hoàn toàn tá tràng, nếu thực hiện tốt thủ thuật này ngoài di động tá tràng, chúng tôi dễ dàng thực hiện nạo vét hạch nhóm 12,13 và nhóm hạch 8,9. Việc này giúp giải quyết được 2 vấn đề trên. Ngoài ra chúng tôi làm thủ thuật cắt dây chằng vị hoành việc này có thể làm giảm căng miệng nối đáng kể(6). Có nhiều nghiên cứu về so sánh giữa miệng nối Billroth I, Billroth II và miệng nối Rou-Xen- Y, chứng minh rằng không có sự khác biệt giữa tỷ lệ rò miệng nối giữa các phương pháp. Tuy nhiên làm miệng nối Billroth I có thể rút ngắn thời gian phẫu thuật, miệng nối sinh lý hơn, ít tái phát miệng nối hơn (5, 7, 8). Để thực hiện cắt gân toàn bộ dạ dày, nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth I đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật dạ dày vì nguy cơ biến chứng cao.

Tại Bệnh Viện K chúng tôi hiện nay đã thực hiện kỹ thuật nối Billroth I thường quy. Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân được cắt bán phần xa dạ dày nạo vét hạch D2 miệng nối Billroth I chúng tôi thấy Bệnh nhân UTDD gặp ở nam nhiều hơn chiếm 60% tương tự các nghiên cứu của Bùi Trung Nghĩa (1). 14 bệnh nhân gặp tổn thương tại hang vị chiếm 46,7%, 10 bệnh nhân có tổn thương ở môn vị chiếm 33,3%, 6 bệnh nhân có tổn thương ở góc bờ cong nhỏ chiếm 20%. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 143±20,04 phút, min là 120 phút, max là 200 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của Kun Yang và cộng sự là 239,4 ± 40,8 phút. Số lượng hạch trung bình vét được là 22,03 ±4,32 hạch, Min là 15 hạch, Max là 34 hạch. Theo NCCN cần vét tối thiểu được 15 hạch để phân loại chính xác giai đoạn N. Trong nghiên cứu này, giai đoạn đầu chúng tôi vẫn phụ thuộc vào bác sĩ giải phẫu bệnh lấy hạch nên lúc đầu số lượng hạch lấy được ít, tuy nhiên sau chúng tôi tự thực hiện bóc tách hạch ở bệnh phẩm, số lượng hạch

đã tăng lên rất nhiều. Mức độ di căn hạch nhóm N1 và N2 chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 36,7% và 23,3%. Giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao là 66,7%.

Thời gian rút sonde dạ dày sớm ngày 1-2 chiếm 80%. những bệnh nhân rút muộn do giai đoạn đầu chúng tôi còn e ngại rò miệng nổi và đưa sonde xuống tá tràng cho ăn nhỏ giọt qua sonde. Tuy nhiên sau đó chúng tôi nhận thấy cho rút sonde sớm và cho ăn sớm thì bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn. Việc cho ăn sớm vào ngày thứ 2-3 sau mổ giúp cho bệnh nhân hồi phục tốt hơn, đủ dinh dưỡng, giúp miệng nổi liền tốt hơn. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân thường ra viện vào ngày thứ 7 có 1 bệnh nhân bị viêm phổi được điều trị ổn định ra viện sau 14 ngày.

Tỷ lệ biến chứng sớm trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi rất thấp hầu như không có, chỉ 1 ca có biến chứng viêm phổi thùy, bệnh nhân này thể trạng béo, sau mổ bệnh nhân lười vận động, ngày thứ 6 bệnh nhân có biểu hiện ho, sốt 38,5 độ, chụp cắt lớp ngực có hình ảnh viêm phổi thùy bên trái. Bệnh nhân đã được điều trị bằng nội khoa ổn định sau 1 tuần, ra viện ngày 14.

#### IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày, nạo vét hạch D2, miệng nối Billroth I là phẫu thuật an toàn, khả thi mang lại hiệu quả điều trị tốt với bệnh nhân ung thư cực dưới dạ dày, có thể thực hiện ở mọi giai đoạn u, tỷ lệ biến chứng thấp.

Do số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn ít và thời gian nghiên cứu ngắn nên chúng tôi cần thời gian để đánh giá lâu dài hơn để giá trị của nghiên cứu được cao hơn.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Trung Nghĩa, THS. Y Học Việt Nam.** Kết quả phẫu thuật triệt để điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức và mối tương quan với một số đặc điểm của giải phẫu bệnh học.;2(505).
2. **Sun D, Cao M, Li H, He S, Chen W.** Cancer burden and trends in China: A review and comparison with Japan and South Korea. Chinese journal of cancer research = Chung-kuo yen cheng yen chiu. 2020;32(2):129-39.
3. **Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4).** Gastric cancer : official journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association. 2017;20(1):1-19.
4. **Li JQ, He D, Liang YX.** Current status of extended 'D2 plus' lymphadenectomy in advanced gastric cancer. Oncology letters. 2021;21(6):467.
5. **He L, Zhao Y.** Is Roux-en-Y or Billroth-II reconstruction the preferred choice for gastric cancer patients undergoing distal gastrectomy when Billroth I reconstruction is not applicable? A meta-analysis. Medicine. 2019;98(48):e17093.
6. **Kim YN, Aburahmah M, Hyung WJ, Noh SH.** A simple method for tension-free Billroth I anastomosis after gastrectomy for gastric cancer. Translational gastroenterology and hepatology. 2017;2:51.
7. **Yang K, Zhang WH, Liu K, Chen XZ, Zhou ZG, Hu JK.** Comparison of quality of life between Billroth-I and Roux-en-Y anastomosis after distal gastrectomy for gastric cancer: A randomized controlled trial. Scientific reports. 2017;7(1):11245.
8. **Nishizaki D, Ganeko R, Hoshino N, Hida K, Obama K, Furukawa TA, et al.** Roux-en-Y versus Billroth-I reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer. The Cochrane database of systematic reviews. 2021;9(9):Cd012998.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SARCOMA XƯƠNG GIAI ĐOẠN II BẰNG HÓA CHẤT PHÁC ĐỒ MAP BỔ TRỢ TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN K

Phan Đắc Phương<sup>1</sup>, Đỗ Hùng Kiên<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng bệnh sarcoma xương giai đoạn II. Đánh giá kết quả điều trị sarcoma xương giai đoạn II bằng hóa chất phác đồ MAP bổ trợ trước phẫu thuật và một số tác dụng không mong muốn. **Đối tượng và phương pháp**

**nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán sarcoma xương giai đoạn II bằng hóa chất phác đồ MAP bổ trợ trước phẫu thuật tại bệnh viện K từ tháng 6/2019 đến tháng 06/2022.

**Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: tuổi trung bình là 16,7, tỷ lệ nam/nữ là 1,9/1, vị trí thường gặp nhất là xương đùi chiếm 51,4%, triệu chứng thường gặp nhất là đau (100%), sưng nề vùng tổn thương chiếm 62,8%. Kết quả điều trị: Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Huvos dựa trên mức độ hoại tử u sau điều trị hóa chất tiền phẫu cho thấy tỷ lệ đáp ứng tốt (Huvos III, IV) là 51,4%, tỷ lệ đáp ứng kém (Huvos I, II) là 48,6%. Tỷ lệ đáp ứng tốt cao hơn ở nhóm  $\geq 14$  tuổi (56,5%), nữ giới (58,3%) tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Các yếu tố

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Khoa Nội 1 – Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đắc Phương

Email: dacphuongvp@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.9.2022

Ngày duyệt bài: 11.11.2022