

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY 1/3 DƯỚI BẰNG PHƯƠNG PHÁP UNCUT ROUX-EN-Y TRONG PHỤC HỒI LƯU THÔNG TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN K

Dương Chí Thành¹, Chủ Quốc Hoàn¹, Nguyễn Văn Hiếu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm của phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa Uncut Roux-en-Y trong điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới tại bệnh viện K từ 2019 đến 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 58 bệnh nhân ung thư dạ dày được phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Uncut Roux-en-Y. **Kết quả:** 58 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 62, tỉ lệ nam/ nữ là 2,6/1. Thời gian phẫu thuật trung bình là 135 ± 11,3 phút, thời gian nằm viện trung bình là 7,5 ± 0,7 ngày. Không bệnh nhân nào gặp các biến chứng chảy máu sau mổ, rò miệng nổi, hẹp miệng nổi. Thời gian theo dõi trung bình là 20,7 ± 12,6 tháng. Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng ở thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 17,2% và 15,5%. Sau 6 tháng có 84,5% bệnh nhân giữ cân và tăng cân, sau 12 tháng tỉ lệ này là 97,4%. Tỉ lệ bệnh nhân viêm dạ dày ở thời điểm 6 tháng và 12 tháng tương ứng là 31,1% và 21,6%.

Từ khóa: ung thư dạ dày, uncut Roux-en-Y, phục hồi lưu thông tiêu hóa.

SUMMARY

THE FIRST SURGICAL RESULT OF UNCUT ROUX-EN-Y RECONSTRUCTION IN LOWER THIRD GASTRIC CANCER TREATMENT AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: Evaluate the first surgical result of uncut Roux-en-Y reconstruction in lower third gastric cancer treatment at national cancer hospital from 2019 to 2022. **Patients and methods:** Retrospective study of 58 patients gastric cancer was operated by Uncut Roux-en-Y reconstruction. **Result:** 58 patients with average age was 62, male/female was 2.6/1. The average surgery time was 135 ± 11.3 minutes, the mean hospital stay was 7.5 ± 0.7 days. There were no complications such as postoperative bleeding, anastomotic leak or narrow. The mean follow-up time was 20.7 ± 12.6 months. The rate patients with symptoms in 6 months and 12 months was 17.2% and 15.5%, respectively. After 6 months, 84.5% of patients kept weight and gained weight, after 12 months this rate was 97.4%. The rate of patients with gastritis at 6 months and 12 months was 31.1% and 21.6%, respectively.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Chí Thành

Email: duongchithanh.ht@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.12.2022

Ngày duyệt bài: 9.01.2023

Keywords: gastric cancer, uncut Roux-en-Y, reconstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5 trong các ca ung thư mắc mới và hàng thứ 3 trong các ca tử vong do ung thư ở cả 2 giới. Tại Việt Nam, ung thư dạ dày là loại ung thư khá phổ biến, đứng thứ hai sau ung thư phổi ở nam và đứng thứ ba sau ung thư vú, cổ tử cung ở nữ giới; chiếm 13,5% trong tổng số các bệnh ung thư¹.

Về điều trị ung thư dạ dày với giai đoạn tại chỗ, tại vùng phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất. Phẫu thuật đối với ung thư dạ dày đoạn thấp bao gồm cắt đoạn dạ dày, nạo vét hạch vùng và lập lại lưu thông tiêu hóa bằng miệng nối dạ dày-ruột. Lập lại lưu thông tiêu hóa bằng dạ dày được thực hiện bằng nhiều phương pháp khác nhau như Billroth I (Pean hay Von Haberer), Billroth II (Polya hay Finsterer), Roux-en-Y và Uncut Roux-en-Y. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa này mang lại không ít các rối loạn hay di chứng sau mổ ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân như trào ngược dịch mật dạ dày, hội chứng quai đến, hội chứng Dumping, viêm loét miệng nổi hoặc ung thư miệng nổi². Phương pháp Roux-en-Y đã giải quyết được những tồn tại của phương pháp Billroth II để lại như hội chứng quai đến, viêm niêm mạc dạ dày hay ung thư mòm cắt do trào ngược dịch mật. Tuy nhiên hạn chế của phương pháp Roux-en-Y là kĩ thuật phức tạp hơn, đoạn ruột non bị cắt rời để nối với mòm dạ dày, do đó làm mất tính liên tục của lưu thông đoạn ruột non đó cũng như cắt đứt dẫn truyền thần kinh qua đoạn ruột. Ngoài ra sau phẫu thuật bệnh nhân có thể gặp hội chứng ứ đọng Roux. Phương pháp uncut Roux-en-Y lần đầu tiên được mô tả bởi Van Stiegmann và Goff vào năm 1988, giúp khắc phục được những nhược điểm này của phương pháp Roux-en-Y³.

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng phương pháp Uncut Roux-en-Y mang lại nhiều lợi ích hơn so với các phương pháp còn lại. Ngoài giải quyết được các di chứng của phương pháp Billroth II như hội chứng quai đến, viêm niêm mạc dạ dày hay viêm trào ngược dịch mật. Nó

còn giúp giải quyết được tồn tại của phương pháp Roux-en-Y là hội chứng Roux.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật sớm ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phương pháp uncut roux-en-Y trong phục hồi lưu thông tiêu hóa tại bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 58 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày cực dưới và lập lại lưu thông tiêu hóa bằng phương pháp uncut Roux-en-Y tại Khoa Điều trị theo yêu cầu – Bệnh viện K từ tháng 6/2019 đến tháng 10/2022.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - + Được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến dạ dày bằng mô bệnh học
 - + Chẩn đoán giai đoạn I, II, III và được phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày triệt căn đảm bảo diện cắt R0
 - + Bệnh nhân được phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp uncut Roux-en-Y.
 - + Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: can thiệp lâm sàng không nhóm chứng
- Cỡ mẫu: chọn cỡ mẫu thuật tiện
- Chỉ tiêu nghiên cứu:
 - + Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, giai đoạn, thể giải phẫu bệnh, vị trí u
 - + Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, thời gian trung tiện, số lượng hạch vét được, tai biến – biến chứng trong và sau mổ
 - + Kết quả theo dõi sau mổ
- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: các nghiên cứu trên thể giới đã chứng minh lợi ích của phương pháp uncut Roux-en-Y trong điều trị ung thư dạ dày, đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức Bệnh viện K.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi và giới

- + Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 62 ± 9, tuổi lớn nhất là 88 tuổi, nhỏ nhất là 44 tuổi
- + Tỷ lệ nam/ nữ là 2,6/1, trong đó nam chiếm 72,4%, nữ chiếm 27,6%.
- Triệu chứng vào viện

Bảng 1. Triệu chứng vào viện

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau bụng thượng vị	56	96,6
Gầy sút cân	8	13,8
Chán ăn	5	8,6
Xuất huyết tiêu hóa	1	1,7
Hẹp môn vị	6	10,3

Nhận xét: Triệu chứng vào viện hay gặp nhất là đau bụng thượng vị với tỷ lệ 96,6%, tỷ lệ gặp biến chứng cấp tính là 12%.

Giai đoạn bệnh

Bảng 2. Giai đoạn bệnh

Giai đoạn u	Số BN	Tỷ lệ (%)
T1	21	36,2
T2	8	13,8
T3	5	8,6
T4	24	41,4
Giai đoạn hạch		
N0	41	70,7
N1	8	13,8
N2	6	10,3
N3	3	5,2

Nhận xét: Về giai đoạn u, giai đoạn T4 chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,4%, giai đoạn T1 chiếm 36,2%. Về giai đoạn hạch, tỷ lệ di căn hạch chiếm 29,3%.

Thể giải phẫu bệnh

Bảng 3. Thể giải phẫu bệnh

Thể giải phẫu bệnh	Số BN	Tỷ lệ (%)
Biệt hóa cao	3	5,2
Biệt hóa vừa	23	39,7
Kém biệt hóa	25	43,1
Tế bào nhân	7	12,1

Nhận xét: thể kém biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,1%.

Kích thước u

Bảng 4. Vị trí u

Vị trí u	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 2cm	33	56,9
2 – 4cm	5	8,6
> 4cm	14	24,1

Nhận xét: tỷ lệ u kích thước từ 2 – 4 cm chiếm cao nhất với 56,9%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

- **Thời gian phẫu thuật:** trung bình là 135 ± 11,3 phút, ngắn nhất là 110 phút, dài nhất là 160 phút
- **Thời gian nằm viện:** trung bình là 7,5 ± 0,7 ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 9 ngày
- **Tai biến, biến chứng trong và sau mổ:** 94,8% bệnh nhân không gặp tai biến, biến chứng trong và sau mổ như chảy máu, rò miệng nối, hẹp miệng nối, tắc ruột sau mổ, chỉ có 5,2% bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ.
- **Số lượng hạch:** số lượng hạch vét được trung bình là 16,9 ± 5,5, số hạch vét nhiều nhất là 44 hạch.
- **Kết quả theo dõi sau mổ**
 - **Thời gian theo dõi:** thời gian theo dõi trung bình là 20,7 ± 12,6 tháng
 - **Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân**

sau 6 tháng, 12 tháng

Bảng 5. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	6 tháng		12 tháng	
	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)
Đau thượng vị	9	15,5	4	10,8
Đầy tức bụng sau ăn	0	0	0	0
Trào ngược	1	1,7	0	0
Nôn, buồn nôn	0	0	0	0
Không triệu chứng	48	82,8	33	89,2

Nhận xét: sau 6 tháng có 17,2 % BN có triệu chứng, sau 12 tháng tỉ lệ BN có triệu chứng giảm xuống còn 15,5%.

- **Cân nặng của bệnh nhân sau 6 tháng, 12 tháng**

Bảng 6. Cân nặng bệnh nhân sau điều trị

Cân nặng	6 tháng		12 tháng	
	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tăng cân	15	25,9	9	23,7
Giảm cân	9	15,5	1	2,6
Không thay đổi	34	58,6	28	73,7

Nhận xét: sau 6 tháng có 84,5 % BN giữ cân và tăng cân, sau 12 tháng tỉ lệ tăng lên 97,4%

- **Nội soi của bệnh nhân sau 6 tháng, 12 tháng**

Bảng 7. Nội soi sau điều trị

Nội soi	6 tháng		12 tháng	
	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)
Bình thường	40	68,9	29	78,4
Ư đọng thức ăn	0	0	0	0
Trào ngược dịch mật	0	0	0	0
Viêm dạ dày	18	31,1	8	21,6
Hẹp miệng nối	0	0	0	0
Ung thư miệng nối	0	0	0	0

Nhận xét: sau 6 tháng tỉ lệ bệnh nhân có hình ảnh nội soi viêm dạ dày là 31,1%, tỉ lệ này sau 12 tháng là 21,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 62 ± 9 , trong đó tỉ lệ nam/ nữ là 2,6/1. Tỉ lệ này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác về độ tuổi và tỉ lệ nam nữ mắc ung thư dạ dày^{4, 5}. Về triệu chứng vào viện, đau bụng thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ 96,6%. Có 7 bệnh nhân gặp biến chứng cấp tính khi vào viện gồm hẹp môn vị và xuất huyết tiêu hóa chiếm tỉ lệ 12%.

Về giai đoạn bệnh, tỉ lệ bệnh nhân u giai đoạn T4 chiếm tỉ lệ cao nhất với 41,1%, tuy nhiên cũng có đến 36,2% bệnh nhân chỉ ở giai

đoạn T1. Tỉ lệ di căn hạch chiếm 29,3%. Đối với ung thư dạ dày, việc phát hiện sớm có ý nghĩa rất quan trọng, trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 36,2% bệnh nhân chỉ ở giai đoạn T1, với những bệnh nhân này phẫu thuật đơn thuần có thể điều trị khỏi với tiên lượng sống rất cao.

Về thể mô bệnh học, thể kém biệt hóa chiếm tỉ lệ cao nhất với 43,1%, tiếp đến là thể biệt hóa vừa với tỉ lệ 39,7%.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $135 \pm 11,3$, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Li năm 2011 là 132,6 phút⁵. So với thực hiện miệng nối Roux-en-Y, thời gian trung bình của các nghiên cứu là 142-160 phút. Thời gian phẫu thuật của phương pháp uncut Roux-Y thấp hơn do việc không phải thực hiện cắt đoạn ruột non, khâu vùi 2 đầu ruột và khâu lỗ hở mạc treo. Thời gian nằm viện của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 7,5 ngày. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả Park với thời gian nằm viện là 8,3 ngày⁶.

Biến chứng trong và sau mổ là một chỉ tiêu rất quan trọng để đánh giá độ an toàn của một loại phẫu thuật. Nghiên cứu của Sun khi so sánh giữa 2 phương pháp Uncut Roux-en-Y và phương pháp Roux-en-Y cho thấy không có sự khác biệt về chảy máu miệng nối, rò miệng nối, hẹp miệng nối giữa 2 phương pháp⁴. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 58 bệnh nhân không có trường hợp nào gặp các tai biến biến chứng nặng, chỉ có 3 trường hợp gặp nhiễm trùng vết mổ và được điều trị nội khoa ổn định.

4.3. Kết quả theo dõi sau mổ. Với thời gian theo dõi trung bình là hơn 20 tháng, khi khám lại các bệnh nhân vào các thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau mổ, chúng tôi thấy rằng số bệnh nhân gặp các triệu chứng như đau thượng vị, trào ngược là 17,2% ở thời điểm 6 tháng, tỉ lệ này giảm xuống còn 15,5 % sau 12 tháng theo dõi. Điều này có thể lí giải trong số các bệnh nhân của chúng tôi, có hơn 50% trường hợp phải điều trị hóa chất sau mổ. Có thể do các tác dụng phụ của hóa chất sẽ ảnh hưởng lên các triệu chứng của bệnh nhân, vì thế sau 12 tháng, các triệu chứng này sẽ giảm dần.

Tình trạng cân nặng cũng là 1 yếu tố đánh giá hiệu quả của các phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa sau phẫu thuật cắt dạ dày ảnh hưởng đến dinh dưỡng của bệnh nhân. Nghiên cứu của Yang khi so sánh cân nặng giữa 2 phương pháp Uncut Roux-en-Y và Roux-en-Y, cho thấy không có sự khác biệt về thay đổi cân

nặng giữa 2 phương pháp trong thời gian 1 năm theo dõi⁷. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân giữ và tăng cân chiếm trên 80% ở thời điểm 6 tháng và trên 90% ở thời điểm sau 12 tháng.

Uncut Roux-en-Y là phương pháp kết hợp giữa miệng nối dạ dày hồng tràng theo kiểu Billroth II và miệng nối Braun, sau đó đoạn hồng tràng giữa 2 miệng nối này sẽ được ngăn lại bằng băng đạn chỉ đóng ghim nhưng không cắt. Điều này giúp cho dịch mật và dịch tụy không đi ngược lên được miệng nối dạ dày hồng tràng, ngoài ra với việc không cắt đoạn ruột sẽ không làm mất tính liên tục của dẫn truyền, do đó nhu động từ tá tràng sẽ đi qua được và đẩy dịch tiêu hóa đi theo chiều nhu động. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy phương pháp này làm giảm đáng kể tỉ lệ viêm dạ dày trào ngược và gần như không gặp hội chứng ứ đọng Roux^{7, 8}. Phân tích gộp của Sun trên 891 bệnh nhân so sánh giữa 2 phương pháp Roux-en-Y và uncut Roux-en-Y cho thấy rằng miệng nối uncut Roux-en-Y làm giảm thời gian phẫu thuật, giảm tỉ lệ viêm dạ dày và viêm thực quản trào ngược, giảm hội chứng Roux, bên cạnh đó phương pháp này còn giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sau mổ⁴. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả này qua nội soi, tỉ lệ gặp các bệnh nhân bị viêm dạ dày là 31,1% ở thời điểm 6 tháng và 21,6% ở thời điểm 1 năm.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa Uncut Roux-en-Y sau phẫu thuật ung thư dạ dày 1/3 dưới là phương pháp an toàn và khả thi. 100% bệnh nhân không gặp các biến chứng trong và sau mổ. Ngoài ra phương pháp này làm giảm tỉ lệ viêm trào ngược cũng như cải thiện

tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân sau mổ. Tuy nhiên do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ và thời gian theo dõi còn ngắn, cần có thời gian theo dõi dài hơn cũng như nghiên cứu lớn hơn để đánh giá đầy đủ hơn về lợi ích của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2008). Dịch tễ học bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học
2. Hoya Y, Mitsumori N, Fau - Yanaga K, Yanaga K (2009). The advantages and disadvantages of a Roux-en-Y reconstruction after a distal gastrectomy for gastric cancer. (1436-2813).
3. Van Stiegmann G, Goff JS. An alternative to Roux-en-Y for treatment of bile reflux gastritis (1988). (0039-6087).
4. Sun M-M, Fan Y-Y, Dang S-C (2018). Comparison between uncut Roux-en-Y and Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: A meta-analysis. World journal of gastroenterology;24(24):2628-2639.
5. Li FX, Zhang Rp, Fau - Zhao J-z, et al (2011). Use of uncut Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer. (1671-0274)
6. Park JY, Kim YJ (2014). Uncut Roux-en-Y Reconstruction after Laparoscopic Distal Gastrectomy Can Be a Favorable Method in Terms of Gastritis, Bile Reflux, and Gastric Residue. Journal of gastric cancer. 14(4):229-237. doi:10.5230/jgc.2014.14.4.229
7. Yang D, He L, Tong W-H, Jia Z-F, Su T-R, Wang Q (2017). Randomized controlled trial of uncut Roux-en-Y vs Billroth II reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: Which technique is better for avoiding biliary reflux and gastritis? World journal of gastroenterology. 2017;23(34):6350-6356.
8. Chen S, Chen DW, Chen XJ, Lin YJ, Xiang J, Peng JSA-Ohoo (2019). Postoperative complications and nutritional status between uncut Roux-en-Y anastomosis and Billroth II anastomosis after D2 distal gastrectomy: a study protocol for a multicenter randomized controlled trial. (1745-6215).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐỀU TRI GÂY Ổ CỐI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Đức Mạnh¹, Dương Đình Toàn^{1,2}

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Mạnh

Email: domanhhap@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2022

Ngày duyệt bài: 4.01.2023

Đặt vấn đề: Gãy ổ cối là một tổn thương nặng, thường gặp trong bệnh cảnh đa chấn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 48 bệnh nhân được phẫu thuật kết hợp xương ổ cối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 06/2020 đến tháng 03/2022. Đánh giá kết quả lâm sàng dựa trên thang điểm Merle D'Aubigne, kết quả liên xương dựa trên phim X quang sau mổ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 44,7±13,4 tuổi. Nam giới chiếm đa số với 77,1%. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu chiếm 68,7%. Bệnh nhân