

cho kết quả bước đầu an toàn, hiệu quả, ít biến chứng, cho tỉ lệ khỏi nhiễm trùng và tỉ lệ liền xương cao. Tuy nhiên cần thời gian theo dõi dài hơn để có thể đánh giá được kết quả xa về phương pháp điều trị này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kizkapan T.B., Misir A., Oguzkaya S. và cộng sự.** (2021). Reliability of radiographic union scale in tibial fractures and modified radiographic union scale in tibial fractures scores in the evaluation of pediatric forearm fracture union. *Jt Dis Relat Surg*, 32(1), 185–191.
2. **Nelson C.L.** (2004). The current status of material used for depot delivery of drugs. *Clin Orthop Relat Res*, (427), 72–78.
3. **Cierny G., Mader J** (1983). The surgical treatment of adult osteomyelitis. New York, NY, USA: Churchill Livingstone, 4814–4834.
4. **Willenegger H, Roth B** (1986). Treatment tactics and late results in early infection following osteosynthesis. 12, 241–246.
5. **Musahl V, Tarkin I, Kobbe P, et al** (2009). New trends and techniques in open reduction and internal fixation of fractures of the tibial plateau. 9(14), 426–433.
6. **Anagnostakos K. và Kelm J.** (2009). Enhancement of antibiotic elution from acrylic bone cement. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater*, 90(1), 467–475.
7. **Kanakaris N., Gudipati S., Tosounidis T. và cộng sự.** (2014). The treatment of intramedullary osteomyelitis of the femur and tibia using the Reamer-Irrigator-Aspirator system and antibiotic cement rods. *Bone Joint J*, 96-B(6), 783–788.
8. **Morelli I, Drago L, George DA, Gallazzi E, Scarponi S, Romano CL** (2016). Masquelet technique: myth or reality? A systematic review and meta-analysis. 68–76.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Văn Tiệp<sup>1</sup>, Phạm Nguyễn Nghĩa Đô<sup>1</sup>, Hồ Chí Thanh<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn điều trị ung thư dạ dày. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 108 bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn điều trị ung thư dạ dày trong thời gian 02/2018 đến 6/2021 tại bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Có 108 bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn: Tuổi trung bình là 61,8 ± 12,1 tuổi (23 – 85), nam chiếm 75,9%, nữ chiếm 24,1%. ASA = 2 (63,9%), ASA = 3 (36,1%). Giai đoạn bệnh IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC lần lượt là 20,4%; 18,5%; 21,3%; 11,1%; 16,7%; 12,0%. Loại tế bào: ung thư biểu mô tuyến ống: 84,3%; ung thư biểu mô tế bào nhân: 9,2%, ung thư biểu mô tế bào dạng nhầy: 6,5%. Kỹ thuật: cắt gần toàn bộ dạ dày: 92,6%, cắt toàn bộ dạ dày 7,4%; phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Roux – en – Y: 79,6%, kiểu Polya 8,3%, kiểu Pean 12,1%. Tổng số hạch vét trung bình 27,2 ± 8,2 hạch (14 – 63). Biến chứng sau phẫu thuật: nhiễm khuẩn vết mổ: 4,6%; rò móm tá tràng 1,9%, tắc ruột sau mổ 1,9%; chảy máu trong ổ bụng 0,9%. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật 7,2 ± 2,3 ngày (7-18). Thời gian sống trung bình thêm sau phẫu thuật 44,8 ± 3,5 tháng. Dự báo tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm lần lượt là: 96,0%; 80,2%; 73,3%;

57,4%. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật với thang điểm Spitzer: 5 – 6 điểm; 7 – 8 điểm; 9 – 10 điểm lần lượt là: 18,5%; 39,8%; 41,7%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn là phương pháp hiệu quả được lựa chọn ưu tiên trong điều trị ung thư dạ dày, kết quả phẫu thuật khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian phục hồi sau phẫu thuật sớm, thời gian sống thêm sau phẫu thuật kéo dài cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn, ung thư dạ dày, cắt dạ dày triệt căn

#### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE RESULTS OF RADICAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER TREATMENT AT MILITARY HOSPITAL 103

**Objectives:** To review some clinical and sub-clinical characteristics and evaluate the results of radical gastrectomy for gastric cancer treatment. **Patients and research methods:** a retrospective, cross-sectional study of 108 patients undergoing radical gastrectomy for gastric cancer from February 2018 to June 2021 at Military Hospital 103. **Results:** There were 108 patients undergoing radical gastrectomy: The mean age was 61.8 ± 12.1 years (23 - 85), male accounted for 75.9%, female accounted for 24.1%. ASA = 2 (63.9%), ASA = 3 (36.1%). Stage IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC were 20.4%, respectively; 18.5%; 21.3%; 11.1%; 16.7%; 12.0%. Cell type: tubular adenocarcinoma: 84.3%; signet ring cell carcinoma: 9.2%, mucinous adenocarcinoma: 6.5%. Technique: sub-total gastrectomy 92.6%, total gastrectomy 7.4%; Roux-en-Y: 79.6%, Polya 8.3%, Pean 12.1%. The average number of dissected lymph nodes was 27.2 ± 8.2 nodes (14 – 63). Postoperative complications: wound

<sup>1</sup>Học viện Quân y, Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiệp

Email: chiductam@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2023

Ngày duyệt bài: 16.6.2023

infection: 4.6%; duodenal fistula 1.9%, small bowel obstruction 1.9%; intra-abdominal bleeding 0.9%. Average hospital stay after surgery  $7.2 \pm 2.3$  days (7-18). The mean additional survival time after surgery was  $44.8 \pm 3.5$  months. Projected disease-free survival rates after 1 year, 2 years, 3 years, 4 years, respectively: 96.0%; 80.2%; 73.3%; 57.4%. Assess quality of life after surgery with Spitzer scale: 5 - 6 points; 7 - 8 points; 9 - 10 points respectively: 18.5%; 39.8%; 41.7%. **Conclusion:** Radical gastrectomy is an effective and preferred method of gastric cancer treatment, with positive surgical results with low complication rate, early postoperative recovery time, and better recovery time. Longer postoperative survival time for patients.

**Keywords:** radical gastrectomy, gastric cancer, radical gastrectomy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là căn bệnh ung thư phổ biến trên toàn thế giới, là nguyên nhân gây ra hơn một triệu người mắc mới vào năm 2020 và ước tính có khoảng 769.000 người tử vong [1]. Hiện nay, có nhiều phương pháp để sàng lọc, phát hiện sớm ung thư dạ dày như soi dạ dày kết hợp sinh thiết, xét nghiệm marker ung thư như CA 72-4, CEA, nhưng vẫn có tỷ lệ cao bệnh nhân được phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn. Điều này làm giảm khả năng phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn cho bệnh nhân. Điều trị ung thư dạ dày là điều trị theo đa mô thức, trong đó điều trị phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị hiệu quả nhất. Với giai đoạn ung thư dạ dày tiến triển phương pháp điều trị chính là sự kết hợp của hóa xạ trị tân bổ trợ và phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn. Cắt bỏ R0 kết hợp với nạo vét hạch D2 đã được chấp nhận rộng rãi như là phương pháp điều trị phẫu thuật tiêu chuẩn cho ung thư dạ dày tiến triển. Việc làm giảm các tai biến, biến chứng sớm sau phẫu thuật cũng có thể liên quan đến tiên lượng lâu dài và chất lượng sống của bệnh nhân UTDD [2], [3]. Tại Bệnh viện Quân y 103 phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn điều trị UTDD được thực hiện gần 30 năm nay. Nhằm tổng kết, đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103 trong giai đoạn gần đây, chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt căn

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 108 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày bằng giải phẫu bệnh, được

phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn, tại Bệnh viện Quân y 103, giai đoạn từ 02/2018 đến 6/2021.

### 2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày bằng giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô.

- Ung thư dạ dày giai đoạn IB – III theo phân loại của UICC lần thứ 7 2009.

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn.

- Chỉ số ASA  $\leq 3$ .

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin

### 2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư dạ dày được phẫu thuật cắt dạ dày giảm nhẹ.

- Phẫu thuật cắt lại dạ dày do ung thư.

- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

**2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu.** Khi bệnh nhân vào viện, toàn trạng bệnh nhân được đánh giá dựa theo thang điểm của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ. Bệnh nhân làm xét nghiệm, nội soi dạ dày sinh thiết làm mô bệnh học, chụp CLVT ổ bụng trước phẫu thuật đánh giá giai đoạn. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, được tiến hành phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật mở, đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn (phía trên cắt xa khối u 6-8cm, dưới môn vị 2cm, lấy hết mạc nối lớn, vét hạch theo chặng D2, D2+, lấy hết tổ chức xâm lấn nếu có).

Với những trường hợp đánh giá trước phẫu thuật khối u xâm lấn T1-T3 thì xem xét phẫu thuật nội soi hỗ trợ (ở thì phẫu thuật nội soi tiến hành giải phóng dạ dày kết hợp vét hạch theo chặng D2 hoặc D2+, sau đó mở bụng khoảng 10-12 cm để cắt dạ dày và phục hồi lưu thông tiêu hóa). Với khối u xâm lấn T4a, hoặc bệnh nhân có bệnh lý về hô hấp, tim mạch không có chỉ định phẫu thuật nội soi ổ bụng thì được phẫu thuật mở.

Sau mổ bệnh nhân được điều trị hóa trị kết hợp. Các chỉ số trong phẫu thuật, tai biến sau phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh được ghi nhận. Hẹn tái khám tại thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ với thang điểm Spitzer [4], đánh giá chất lượng cuộc sống < 5 điểm: kém; 5-6 điểm: trung bình; 7-8: tốt; >8 điểm: rất tốt. Trong phân tích sống sót, tỷ lệ sống thêm toàn bộ được đánh giá theo phương pháp Kaplan-Meier.

**2.5. Xử trí số liệu.** Các số liệu được tập hợp, sử lý trên phần mềm Excel với các thuật toán thống kê.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Thông tin về

bệnh tật của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân: 108 bệnh nhân. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là  $61,8 \pm 12,1$  tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 23 tuổi, bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 85 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm đa số 75,9%, tỷ lệ nữ giới chiếm 24,1%.

**Bảng 1. Một số đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật**

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đặc điểm bệnh nhân			
ASA = 2	69	63,9	
ASA = 3	39	36,1	
Type tế bào và mức độ biệt hoá			
Ung thư biểu mô tuyến ống	91	84,3	
Ung thư biểu mô tuyến tế bào nhân	10	9,2	
Ung thư biểu mô tế bào dạng nhày	7	6,5	
Biệt hoá cao	29	26,9	
Biệt hoá vừa	38	35,1	
Biệt hoá kém	41	38,0	
Mức độ xâm lấn của u sau phẫu thuật (T)			
T1b	9	8,3	
T2	14	13,0	
T3	48	44,4	
T4a	29	26,9	
T4b	8	7,4	
Mức độ di căn hạch sau phẫu thuật (N)			
Không xâm lấn (N0)	42	38,9	
1-2 hạch (N1)	31	28,7	
3- 6 hạch (N2)	25	23,1	
>7 hạch (N3)	10	9,3	
Phân loại giai đoạn bệnh			
IB	22	20,4	
II	IIA	20	18,5
	IIB	23	21,3
III	IIIA	12	11,1
	IIIB	18	16,7
	IIIC	13	12,0

**Nhận xét:** UTBM tuyến ống là type tế bào hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu chiếm 84,3%, bệnh nhân được phát hiện khối u xâm lấn ở mức độ T3, T4 còn cao, T3: 44,4%, T4a: 26,9%.

**Bảng 2. Một số đặc điểm trong phẫu thuật**

	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Phương pháp cắt dạ dày và kỹ thuật nối</b>		
Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	46	42,6
Phẫu thuật mở	62	57,4

Cắt gần toàn bộ dạ dày	100	92,6	
Cắt toàn bộ dạ dày	8	7,4	
Roux – en – Y	86	79,6	
Polya	9	8,3	
Pean	13	12,1	
<b>Một số đặc điểm trong phẫu thuật</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Trung bình</b>
Thời gian phẫu thuật	150	320	215,3 $\pm 112,3$
Lượng máu mất trong mổ	30	120	58,3 $\pm 29,3$
Tổng số hạch vét được	14	63	27,2 $\pm 8,2$
Tổng số hạch di căn	0	33	4,5 $\pm 3,5$

**Nhận xét:** phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày chiếm đa số 92,6%, phẫu thuật mở chiếm 57,4%, trong nhóm nghiên cứu có 79,6% bệnh nhân được phục hồi lưu thông tiêu hóa theo kiểu Roux – en – Y.

**Bảng 3: Biến chứng sớm và kết quả sớm sau phẫu thuật**

	Số lượng	Tỷ lệ %	
<b>Biến chứng sớm sau phẫu thuật</b>	11	10,2	
Chảy máu vết mổ	1	0,9	
Nhiễm khuẩn vết mổ	5	4,6	
Rò mỏm tá tràng	2	1,9	
Tắc ruột sau mổ	2	1,9	
Chảy máu trong ổ bụng	1	0,9	
<b>Kết quả sớm sau mổ</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Trung bình</b>
Thời gian trung tiện (ngày)	2	6	4,3 $\pm 1,8$
Thời gian bắt đầu cho ăn đường miệng (ngày)	4	15	6,2 $\pm 3,1$
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	7	18	7,3 $\pm 2,3$

**Nhận xét:** Bệnh nhân phục hồi sau mổ sớm, thời gian trung tiện sau mổ trung bình là  $4,3 \pm 1,8$  ngày, thời gian nằm viện trung bình  $7,3 \pm 2,3$  ngày. Biến chứng hay gặp là nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 4,6%. Rò mỏm tá tràng chiếm 1,9%.

**Kết quả xa.** Thời gian theo dõi trung bình  $30,9 \pm 11,1$  tháng. Bệnh nhân theo dõi dài nhất là 54 tháng bệnh nhân theo dõi ngắn nhất là 14 tháng. Còn sống: 83 bệnh nhân (76,9%), đã chết: 25 bệnh nhân (23,1%).

**Bảng 4. Số bệnh nhân xuất hiện khối u di căn xa, tái phát tại chỗ**

Thời gian (tháng)	Di căn xa		Tái phát tại chỗ	
	n = 18	Tỷ lệ %	n = 10	Tỷ lệ %
< 6	1	5,6	0	0,0
6 - 12	3	16,7	0	0,0
12 - 18	8	44,4	2	20,0
12 - 24	3	16,7	3	30,0

≥ 24	3	16,7	5	50,0
<b>Tổng cộng</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

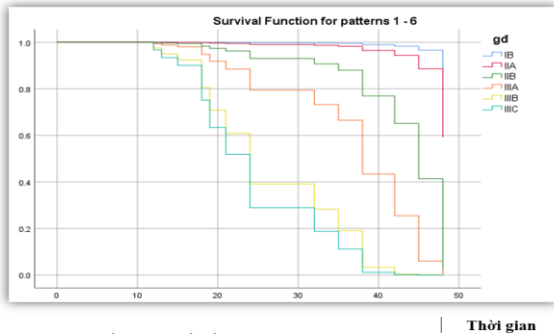
**Nhận xét:** Bệnh nhân phát hiện khối u tái phát tại chỗ sau 12 – 18 tháng có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 20%, sau 24 tháng số bệnh nhân phát hiện tái phát tại chỗ là 5 bệnh nhân. Di căn xa chủ yếu xuất hiện trước 24 tháng chiếm 83,3% và sau 24 tháng là 16,7%.

Thời gian sống thêm trung bình sau phẫu thuật tính theo phương pháp Kaplan – Meier là  $44,8 \pm 3,5$  tháng. Dự báo tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm lần lượt là: 96,0%; 80,2%; 73,3%; 57,4%.

Có sự khác biệt giữa thời gian sống thêm không bệnh giữa các giai đoạn, với giai đoạn IB là  $53,0 \pm 3,9$  tháng, giai đoạn IIIC là  $21,7 \pm 3,2$  (với độ tin cậy p:  $0,012 < 0,05$ ) (biểu đồ 1)

Liên quan thời gian sống thêm với mức độ biệt hóa tế bào: Không có sự liên quan giữa thời gian sống thêm với mức độ biệt hóa tế bào (p:  $0,102 > 0,05$ ). (biểu đồ 2).

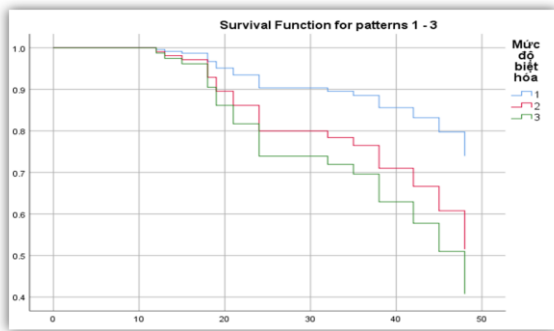
Xác suất sống thêm



Thời gian

**Biểu đồ 1: Xác suất sống thêm sau mổ theo giai đoạn bệnh**

Xác suất sống thêm



Thời gian

**Biểu đồ 2: Xác suất sống thêm sau mổ theo mức độ biệt hoá**

Kết quả nghiên cứu: đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ với thang điểm Spitzer: 5 – 6 điểm (trung bình); 7 – 8 điểm (tốt); 9 – 10 điểm (rất tốt) lần lượt là: 18,5%; 39,8%; 41,7%.

## V. BÀN LUẬN

Ung thư dạ dày là bệnh lý ác tính phổ biến trên toàn thế giới. Triệu chứng lâm sàng của UTDD thường nghèo nàn, không đặc hiệu, nên khi bệnh nhân đến khám bệnh thường ở giai đoạn muộn.

Về giai đoạn bệnh, trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ theo giai đoạn UICC (2009): IB (20,4%), IIA (18,5%), IIB (21,3%) IIIA (11,1%), IIIB (16,7%), IIIC (12,0%). Chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn theo nghiên cứu của Ke Chen và cộng sự giai đoạn I, II, III lần lượt là 50,4%; 18,05; 31,7%. Cianchi Fabio và cộng sự giai đoạn bệnh I, II, III lần lượt là 36,6%; 36,6%; 26,8% [3],[5]. Bệnh nhân ở giai đoạn II-III trong các nghiên cứu trên còn chiếm tỷ lệ cao, điều này gây khó khăn cho phẫu thuật, ảnh hưởng tới kết quả tiên lượng sau phẫu thuật càng kém, thời gian sống sau điều trị càng giảm.

Về mặt kỹ thuật, cắt gần toàn bộ dạ dày triệt căn là phẫu thuật lấy đi 80-85% dạ dày, mạc nối lớn, nối nhỏ, phần đầu tá tràng và hệ thống hạch di căn, phẫu thuật được áp dụng chủ yếu cho khối u 1/3 dưới dạ dày (vùng hang môn vị). Khối u này thường được chẩn đoán sớm hơn, có tiên lượng tốt hơn khoảng 85% bệnh nhân có tổn thương có thể cắt được khi phẫu thuật. Trong nghiên cứu chúng tôi, phần lớn áp dụng cắt bán phần dạ dày. Phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày được áp dụng cho những ung thư vùng hang môn vị khi chưa có những tổn thương xâm lấn lên cao của phần đứng dạ dày. Trong sự lựa chọn loại hình phương pháp mổ với ung thư 1/3 dưới dạ dày, phần lớn các phẫu thuật viên hay áp dụng kỹ thuật cắt bán phần dưới dạ dày ở các mức độ cao.

Kết quả bảng 2 cho thấy phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Roux – en – Y chiếm nhiều nhất (79,6%); thứ hai là phục hồi lưu thông kiểu Pean (chiếm 12,1%). Tùy thuộc ưu điểm của từng phương pháp mà phẫu thuật viên có thể lựa chọn để tái lập lưu thông tiêu hóa cho bệnh nhân góp phần làm hạn chế những ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau này. Một số nghiên cứu so sánh đặc điểm của 2 phương pháp Roux - en - Y và Billroth II (Polya, Finsterer) nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về chất lượng cuộc sống về mặt tiêu hóa nhưng tác giả khẳng định kỹ thuật Roux-en-Y là kỹ thuật được lựa chọn để tái lập lưu thông tiêu hóa nếu so với Billroth I, Billroth II. [2],[5].

Hạch bạch huyết được chứng minh là con đường di căn chính của UTDD, có hay không có di căn hạch bạch huyết là một yếu tố quan trọng

để tiên lượng bệnh và ảnh hưởng rõ rệt đến thời gian sống sau mổ. Kết quả bảng 2 thấy số hạch trung bình vét được là  $27,2 \pm 8,2$  (dao động từ 14 – 63 hạch) và số hạch di căn trung bình là  $4,5 \pm 3,5$  (dao động từ 0 – 33 hạch). Shidamas cho rằng di căn hạch là yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTDD và liên quan với thời gian sống thêm, tác giả thấy rằng ngay cả trong UTDD giai đoạn sớm nếu có ít nhất 3 hạch di căn có thể tiên đoán về tiên lượng không tốt cho bệnh nhân sau phẫu thuật [6].

Các tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật: Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có các tai biến xảy ra trong mổ. Đối với biến chứng sau phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn được nói tới trọng yếu với các biến chứng thường gặp là nhiễm khuẩn vết mổ, chảy máu miệng nổi, chảy máu trong ổ bụng, xì rò miệng nổi, bực mồm tá tràng, bực miệng nổi gây viêm phúc mạc, áp xe dưới cơ hoành v.v... Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 3, có 5 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, 1 trường hợp chảy máu vết mổ, 2 trường hợp rò mồm tá tràng, 2 trường hợp tắc ruột sau mổ và 1 trường hợp chảy máu trong ổ bụng. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 10,2% (chiếm 11 trường hợp). Theo nghiên cứu của Catarci M thì biến chứng chung sau phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn do ung thư là 25,9%, tử vong sau mổ là 5,1% và giảm dần xuống dưới 1% [7].

Kết quả xa được đánh giá dựa trên thời gian sống thêm, thời gian xuất hiện di căn, thời gian sống thêm không bệnh. Thời gian sống thêm trung bình là  $30,9 \pm 11,1$  tháng; trong đó bệnh nhân theo dõi dài nhất là 54 tháng và ngắn nhất là 14 tháng. Có 83 bệnh nhân còn sống chiếm tỷ lệ 76,9% và 25 bệnh nhân đã chết nguyên nhân do ung thư tái phát hoặc di căn chiếm tỷ lệ 23,1%

Thời gian xuất hiện khối di căn xa trung bình là  $16,6 \pm 7,2$  tháng; xuất hiện sớm trước 5 tháng có 1 trường hợp (chiếm 5,6%) và muộn nhất là sau 34 tháng. Di căn xa chủ yếu xuất hiện trước 24 tháng chiếm 83,3% và sau 24 tháng là 16,7%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình sau phẫu thuật tính theo phương pháp Kaplan – Meier là  $44,8 \pm 3,5$  tháng. Mỗi liên quan giữa thời gian sống thêm không bệnh và các yếu tố. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình sau mổ tính theo phương pháp Kaplan – Meier là  $44,8 \pm 3,5$  tháng. Mỗi liên quan với giai đoạn bệnh: thời gian sống thêm không bệnh với giai đoạn IB là dài nhất, trung bình là  $53,0 \pm 3,9$  tháng. Thời gian sống thêm không bệnh của

giai đoạn IIIC là ngắn nhất, trung bình  $21,7 \pm 3,2$  (với độ tin cậy  $p: 0,012 < 0,05$ ). Liên quan thời gian sống thêm với mức độ biệt hóa tế bào: Không có sự liên quan giữa thời gian sống thêm với mức độ biệt hóa tế bào ( $p: 0,102 > 0,05$ ). So sánh với một số tác giả khác, theo Chen K. và cộng sự, tỷ lệ sống 5 năm sau phẫu thuật ở giai đoạn I, II, III lần lượt là 93,1%; 72,7%; và 41,5%. Lee S.W và cộng sự, tỷ lệ sống 5 năm sau phẫu thuật, xâm lấn T1 là 93,4%; T2 là 70,0%; T3 là 76,7%; T4a là 57,1% [3].

Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm của Spitzer [8]. Chất lượng cuộc sống của hầu hết bệnh nhân được cải thiện với trên 80% trường hợp đạt trên 7 điểm. Không có bệnh nhân nào đạt tổng điểm dưới 5 điểm. Đánh giá chất lượng cuộc sống dựa vào thang điểm Spitzer cho thấy với tỷ lệ trên 80% có chất lượng cuộc sống tốt. Kết quả này cũng gần tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Wu C.W cho thấy đa số bệnh nhân sau cắt dạ dày đều có chỉ số Spitzer từ 7 trở lên [4]. Theo các tác giả phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn thì vấn đề chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật là một vấn đề cần quan tâm với mức độ nhiều hơn nữa so với hiện nay.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày biểu hiện triệu chứng lâm sàng thường không điển hình, bệnh nhân thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn là phương pháp hiệu quả được lựa chọn ưu tiên trong điều trị ung thư dạ dày, kết quả phẫu thuật khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian phục hồi sau phẫu thuật sớm, thời gian sống thêm sau phẫu thuật kéo dài cho bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, H., et al.**, Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, 2021. 71(3): p. 209-249.
2. **Chen, K., et al.**, Short-term surgical and long-term survival outcomes after laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer. *BMC Gastroenterol*, 2014. 14: p. 41.
3. **Chen, Z., et al.**, Complication Rates in Different Gastrectomy Techniques of Enhanced Recovery after Surgery for Gastric Cancer: A Meta-analysis. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2022. 32(10): p. 1318-1325.
4. **Wu, C.W., et al.**, Quality of life of patients with gastric adenocarcinoma after curative gastrectomy. *World J Surg*, 1997. 21(7): p. 777-82.
5. **Cianchi, F., et al.**, Robotic vs laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: a retrospective comparative mono-institutional study. *BMC Surg*, 2016. 16(1): p. 65.
6. **Shimada, H., et al.**, Clinical significance of serum tumor markers for gastric cancer: a

systematic review of literature by the Task Force of the Japanese Gastric Cancer Association. *Gastric Cancer*, 2014. 17(1): p. 26-33.

7. **Catarci, M., et al.**, Lymph node retrieval and examination during the implementation of extended lymph node dissection for gastric cancer in a non-specialized western institution. *Updates*

*Surg*, 2010. 62(2): p. 89-99.

8. **Küster R, G.B., Stützer H, Salzberger B, Ahrens P and R.H.** (1987), Quality of Life in Gastric Cancer: Karnofsky's Scale and Spitzer's Index in Comparison at the Time of Survey in a Cohort of 1081 patients. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 22, 133: p. 102 - 106.

## PHẪU THUẬT PHÂN LƯU CỬA - CHỦ ĐIỀU TRỊ TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA NGOÀI GAN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phan Hồng Long<sup>1,2</sup>, Vũ Mạnh Hoàn<sup>2</sup>, Trần Đức Tâm<sup>2</sup>,  
Trần Anh Quỳnh<sup>2</sup>, Nguyễn Phạm Anh Hoa<sup>2</sup>, Phạm Thị Hải Yến<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Chiến lược điều trị bệnh nhân tăng áp lực tĩnh mạch cửa do nguyên nhân ngoài gan vẫn còn được tranh luận. Tình trạng xuất huyết tiêu hóa tái diễn không đáp ứng với điều trị nội khoa hay nội soi thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe người bệnh đặc biệt ở trẻ em. Mặt khác, ở Việt Nam các trung tâm có thể ghép gan hiện chưa nhiều, việc chờ đợi ghép gan dẫn đến tình trạng xuất huyết tiêu hóa ở trẻ em có tăng áp lực tĩnh mạch cửa càng xấu đi và nhiều trẻ em đã tử vong. Nhân 3 trường hợp được chẩn đoán tăng áp lực tĩnh mạch cửa do nguyên nhân ngoài gan tại Trung tâm Ngoại tổng hợp Bệnh viện Nhi Trung Ương: 02 bệnh nhân được phẫu thuật là shunt giữa tĩnh mạch lách- thận ngoại vi (Warren's shunt), 01 bệnh nhân được phẫu thuật làm shunt giữa tĩnh mạch mạc treo tràng trên- tĩnh mạch chủ dưới (Mesocaval shunt), chúng tôi muốn giới thiệu phẫu thuật tạo shunt cửa – chủ là lựa chọn tốt điều trị tăng áp lực tĩnh mạch cửa do nguyên nhân ngoài gan, an toàn, cải thiện tình trạng xuất huyết tiêu hóa và cường lách.

**Từ khóa:** Tăng áp lực tĩnh mạch cửa, trẻ em, phân lưu cửa – chủ.

### SUMMARY

#### PORTO – SYSTEMIC SHUNT SURGERY FOR THE TREATMENT OF EXTRAHEPATIC PORTAL HYPERTENSION IN VIETNAM NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

The treatment strategy for patients with extrahepatic portal hypertension remains controversial. The condition of recurrent gastrointestinal bleeding that does not respond to medical treatment or endoscopic ligation of esophageal varices seriously affects the health of patients, especially in children. On the other hand, in Vietnam, there are not many

centers that can transplant liver, waiting for a liver transplant leads to a worsening of gastrointestinal bleeding in children with portal hypertension, and many children have died. In 3 cases diagnosed with extrahepatic portal hypertension at the General Surgery Center of the National Children's Hospital: 02 patients were performed distal splenorenal shunt (Warren's shunt), 01 patients were performed shunt between a superior mesenteric vein and inferior vena cava (Mesocaval shunt), we would like to introduce portosystemic shunt may be used for the treatment of extrahepatic portal vein obstruction, safe, decreases gastrointestinal rebleeding, and reduces hypersplenism.

**Keywords:** Portal hypertension, children, portosystemic shunt.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (TALTC) do nguyên nhân ngoài gan chiếm tỷ lệ khoảng 17 – 18% các nguyên nhân gây TALTC ở trẻ em trong đó sự tắc nghẽn tĩnh mạch cửa (TMC) là nguyên nhân thường gặp nhất [1]. Sự tắc nghẽn này có thể do bẩm sinh hay mắc phải sau những can thiệp đặt catheter tĩnh mạch rốn thời sơ sinh hoặc sau mổ teo mật. Tắc TMC ngoài gan về định nghĩa không ảnh hưởng đến cấu trúc và chức năng gan. Biểu hiện đặc trưng của bệnh là xuất huyết tiêu hóa (XHTH), lách to và cường lách [2]. Trên thực tế, về việc điều trị chảy máu do TALTC được chú ý từ thế kỷ XIX. Các biện pháp không phẫu thuật như chèn bóng vào vùng chảy máu, dùng thuốc làm giảm áp lực TMC, đến các phương pháp hiện đại hơn như: tiêm xơ, thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi. Nhìn chung các biện pháp này có tác dụng cầm máu tạm thời nhưng tác dụng dự phòng chảy máu tái phát lại không có hoặc là có nhưng không rõ ràng. Cùng với các phương pháp điều trị nội khoa, người ta đồng thời nghiên cứu, áp dụng các phương pháp phẫu thuật phân lưu cửa – chủ làm giảm áp lực TMC, do đó có tác dụng dự

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hồng Long  
Email: honglong.phan14091993@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.6.2023