

Minh Điển và cộng sự cũng đưa nhận định tương tự chúng tôi về các yếu tố tiên lượng bệnh ho gà nặng [2]. Một số tác giả trên thế giới đã công bố về yếu tố nguy cơ tử vong ở trẻ mắc ho gà. Cụ thể, tác giả L. K. Mikelova và cộng sự đã cho thấy viêm phổi và tăng bạch cầu là yếu tố nguy cơ tử vong [9]. Nghiên cứu của K. Winter cũng tiến hành trên các bệnh nhân ho gà dưới 4 tháng tuổi đã cho thấy các yếu tố nguy cơ tử vong bao gồm tăng bạch cầu, cân nặng khi sinh thấp, phải đặt nội khí quản, phải điều trị bằng khí NO [10]. Trong khi đó, Berger và cộng sự cho thấy các yếu tố nguy cơ tử vong trong bệnh ho gà là bạch cầu máu tăng cao và tăng áp lực động mạch phổi [3].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 100 bệnh nhân được chẩn đoán ho gà theo tiêu chuẩn của Hội nghị ho gà toàn cầu năm 2011 điều trị nội trú tại khoa Bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, chúng tôi đưa ra một số kết luận: ho là dấu hiệu đặc trưng của bệnh ho gà gặp trong tất cả các trường hợp. Các yếu tố gồm tuổi dưới 3 tháng, viêm phổi và bạch cầu máu ngoại vi tăng cao trên $30.10^3/mm^3$ là các yếu tố có liên quan độc lập đến tình trạng ho gà nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takeuchi M, H Yasunaga, H Horiguchi, S Matsuda** (2012). The incidence of pertussis hospitalizations among Japanese infants: excess hospitalizations and complications. *Epidemiol Infect.* 140(8), 1497-502.

2. **Trần Minh Điển, Phạm Hồng Sơn, Nguyễn Trọng Thành và cộng sự** (2015). Đặc điểm bệnh nhân ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2015. *Tạp chí y học dự phòng*; 27(6). 69-76.
3. **Berger JT, Joseph A Carcillo, Thomas P Shanley, et al** (2013). Critical Pertussis Illness in Children, A Multicenter Prospective Cohort Study. *Pediatric critical care medicine.* 14(4), 356-65.
4. **Lương Minh Hoà, Đỗ Thiện Hải, Đỗ Thị Thúy Nga và cộng sự** (2019). Đánh giá kháng thể IgG kháng ho gà ở các bà mẹ có trẻ dưới 3 tháng tuổi mắc và không mắc bệnh ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương, Hà Nội, năm 2017 - 2018. *Tạp chí Y học Dự Phòng*, 28 (4), 108 -114.
5. **Cui Zhang, Yanmei Zong, Zhe Wang, et al** (2022). Risk factors and prediction model of severe pertussis in infants < 12 months of age in Tianjin, China (2022). *BMC Infect Dis*; 22(1):24.
6. **Cherry JD, Tan T, Wirsing von Konig CH, et al** (2012). Clinical definitions of pertussis: Summary of a Global Pertussis Initiative roundtable meeting, February 2011. *Clin Infect Dis*; 54(12): 1756-64.
7. **Narkeviciute I, Ema Kavaliunaite, Genovaite Bernatoniene, et al** (2005). Clinical presentation of pertussis in fully immunized children in Lithuania. *BMC Infect Dis*; 5, 40.
8. **Alberto E Tozzi, Lucilla Ra, Marta L Ciofi degli Atti, et al** (2003). Clinical presentation of pertussis in unvaccinated and vaccinated children in the first six years of life. *Pediatrics.* 112(5):1069-75.
9. **Mikelova LK, Scott A Halperin, David Scheifele, et al** (2003). Predictors of death in infants hospitalized with pertussis: a case-control study of 16 pertussis deaths in Canada. *J Pediatr.* 143(5), 576-81.
10. **Kathleen Winter, Kathleen Harriman, Jennifer Zipprich, et al** (2012). California pertussis epidemic, 2010. *J Pediatr.* 161(6), 1091-6.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY KÈM NẠO VẾT HẠCH HỆ THỐNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Đình Hiếu¹, Nguyễn Hoàng Quân¹,
Lê Duy Tuấn¹, Phạm Văn Bình²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cho đến nay phẫu thuật vẫn giữ vai trò quyết định trong điều trị ung thư dạ dày với cắt dạ dày rộng rãi kết hợp nạo vét hạch hệ thống có nguy cơ di căn. **Mục tiêu:** Từ 10/2020 – 10/2023. Đánh giá

kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày kèm nạo vét hạch hệ thống tại Khoa ngoại- Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An giai đoạn 10/2020 – 10/2023. **Đối tượng:** Bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư biểu mô tuyến dạ dày. **Kết quả:** 225 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày. Tuổi trung bình: 55,3 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 1,71. Cách thức phẫu thuật: 185 BN cắt đoạn dạ dày kèm nạo vét hạch, 40 BN cắt toàn bộ dạ dày kèm nạo vét hạch. Vị trí thường gặp là 1/3 dưới với 125 BN. Tổng số hạch nạo vét được 2327 hạch, có 310 hạch di căn, chiếm 13,3%. Nổi lưu thông tiêu hóa theo kiểu Finsterer là chủ yếu với 59,5%, 19,1% nổi theo phương pháp Roux en - Y với 15,2% nổi máy. **Kết**

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hiếu

Email: bshieu27021986@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

luận: Phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày bằng phương pháp phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch có thể triển khai tại các cơ sở y tế đủ điều kiện phẫu thuật, mang lại hiệu quả điều trị cao cho người bệnh.

Từ khóa: ung thư dạ dày, phẫu thuật cắt dạ dày.

SUMMARY

EVALUATE RESULTS OF SURGICAL GASTRECTOMY WITH LYMPHO NODES DISSECTION FOR GASTRIC CANCER TREATMENT AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Introduction: So far, surgical treatment with gastrectomy and lymphadenectomy of regional lymph nodes has played a decisive role in the treatment of gastric cancer. **Objective:** From 10/2020 to 10/2023. To evaluate the results of surgical treatment of gastric cancer at Surgery, Nghe An Oncology Hospital, period from 10/2020 to 10/2023. **Methods:** Patients who were diagnosed of having adenocarcinoma base on pathologic histology. **Results:** 225 patients were treated with surgical treatment of gastric cancer. The mean age was 55,3. Male/female: 1,71. Surgical techniques: 185 cases are gastrectomy with lymph nodes dissection and 40 cases are total gastrectomy with lymph nodes dissection. Tumors often appear in 1/3 below with 120 cases. The total number of lymph nodes is 2327, with 310 nodal metastasis, accounting for 13.3%. The Finstere surgical methods is main with 59.5%, 19.1% with Roux en-Y method and 15.2% with machine connections. **Conclusion:** Surgical treatment of gastric cancer through gastrectomy with lymph nodes dissection can be deployed in lower level hospitals and take a good results.

Keywords: Gastric cancer, Gastrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong các loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới, đứng hàng thứ 4 trong số những ung thư thường gặp nhất và đứng hàng thứ 2 trong số các tử vong có liên quan đến ung thư trên toàn thế giới. Hơn 80% UTDD là ung thư biểu mô tuyến. UTDD hiện được xếp vào nhóm điều trị đa mô thức, phẫu thuật cắt u vẫn là lựa chọn hàng đầu khi còn khả năng cắt bỏ¹

Tại Việt Nam đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về phẫu thuật ung thư dạ dày và nạo vét hạch trong UTDD. Bệnh viện Ung bướu Nghệ An thực hiện phẫu thuật cắt dạ dày điều trị UTDD từ ngày thành lập và ngày càng hoàn thiện phẫu thuật khi triển khai thành công phẫu thuật cắt dạ dày toàn bộ kèm nạo vét hạch hoàn toàn qua nội soi từ năm 2019, và thường quy phẫu thuật nội soi cắt dạ dày những năm 2020. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch hệ thống điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 10/2020 đến 10/2023.

Mục tiêu đề tài: - Đánh giá đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, cắt ngang.

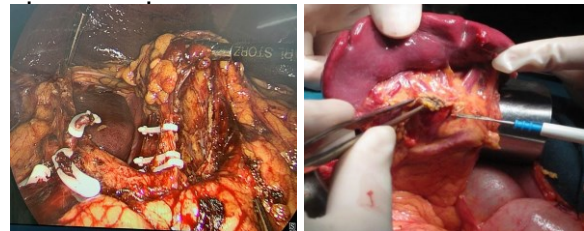
2.2. Đối tượng nghiên cứu: 225 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật cắt đoạn dạ dày kèm nạo vét hạch hệ thống tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 10/2020 đến tháng 10/ 2023. Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới...
- Một số chỉ tiêu về lâm sàng và cận lâm sàng.
- Đặc điểm tổn thương GPB: vị trí u, giai đoạn khối u, type mô bệnh học.
- Đặc điểm về hạch: vị trí, số lượng, kích thước, số lượng hạch được nạo vét, số hạch di căn...
- Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật hoàn toàn qua nội soi, phẫu thuật với nội soi hỗ trợ, phẫu thuật mở.
- Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ...

2.4. Các bước tiến hành phẫu thuật

- Bệnh nhân nằm ngửa, gây mê toàn thân.
- Qua các trocar nội soi đánh giá tình trạng ổ bụng, tính chất khối u dạ dày, đặc điểm hệ thống hạch và tổn thương kết hợp để lựa chọn phương pháp phẫu thuật tiếp: nội soi hoàn toàn, nội soi hỗ trợ hay chuyển sang phẫu thuật mở.
- Tùy thuộc vị trí của khối u dạ dày để xác định hạch nhóm D3 làm sinh thiết tức thì:
 - + Khi kết quả trả lời (+): vét hạch D3
 - + Khi kết quả trả lời (-) thì lấy thêm hạch D3 ở các vị trí khác để khẳng định và chọn lựa vét hạch D2 hoặc D3.



Nạo vét hạch nhóm 7,8,9 nội soi

- Phẫu thuật nội soi luôn được chúng tôi ưu tiên lựa chọn, chỉ các trường hợp sau khi thực hiện nội soi thám sát đánh giá không khả thi để thực hiện tiếp nội soi hoặc có tai biến trong mổ bắt buộc chuyển đổi phương pháp phẫu thuật thì chúng tôi mới tiến hành chuyển đổi phương pháp.

Nạo vét hạch nhóm 10

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu

		N=225	%
Tuổi trung bình		55,3 ± 25,6	26-87
Nam/ nữ		142/83	1,71/1
Triệu chứng	Đau bụng thượng vị	158	70,2
	Gầy sút cân	78	34,6
	Hẹp môn vị	39	17,3
	Không có triệu chứng	56	24,8
Vị trí khối u	1/3 trên	20	8,8
	1/3 giữa	48	21,3
	1/3 dưới	157	69,9
Nội soi dạ dày	Sùi	76	33,7
	Loét	140	62,2
	Thâm nhiễm	9	4,1
CA 72-4 (U/ml)	< 7	72	32
	≥ 7	153	68
CLVT trước mổ	Dày thành dạ dày	210	93,9
	Bình thường	15	6,7
GPB trước mổ	Ung thư biểu mô tuyến	202	89,7
	Viêm loét loạn sản	23	10,3
Loại phẫu thuật	Phẫu thuật nội soi hoàn toàn	175	77,7
	Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	29	12,8
	Phẫu thuật mở	21	9,5
Phương pháp PT	Cắt đoạn dạ dày	185	82,2
	Cắt toàn bộ dạ dày	40	17,8
Phương pháp nối	Péan	36	16
	Finsterer	133	59,1
	Roux - en - Y	56	24,9
Chặng hạch nạo vét	Nạo vét D2	136	60,4
	Nạo vét D3	52	23,1
	Nạo vét D4	37	16,5

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

		N	%
Thời gian	Phẫu thuật mở	136,8±24,5	(90-210)
	Phẫu thuật nội soi	178,4±15,2	(100-240)
Hạch	Hạch nạo vét	16,27±4,3	(13-37)
	Hạch di căn	4,17±2,3	(0-19)
Sinh thiết diện cắt	Diện cắt trên	Lành tính	221 98,2
		Ác tính	4 1,8
	Diện cắt dưới	Lành tính	220 97,7
		Ác tính	5 2,2
Thời gian nằm viện		8,3±3,4	(7-23)

Nhận xét: Có 9 diện cắt (7 bệnh nhân) (4,0%) sinh thiết diện cắt trong mổ lành tính, nhưng kết quả mô bệnh học thường quy sau mổ của diện cắt lại cho kết quả còn tế bào ung thư.

Bảng 3: Tai biến và biến chứng trong và sau mổ

	Phẫu	Phẫu	N	%
--	------	------	---	---

	thuật mở	thuật nội soi		
Tổn thương lách	1	0	1	0,4
Chuyển máu trong mổ	0	0	0	0
Tổn thương đường mật	1	0	1	0,4
Tổn thương tĩnh mạch cửa	0	1	1	0,8
Chảy máu sau mổ	0	1	1	0,4
Xì bục miệng nối	1	1	2	0,8
Hoại tử quai dẫn	0	1	1	0,4
Ap xe tồn dư	0	1	1	0,4
Nhiễm trùng vết mổ	2	0	2	0,8
Rò bạch huyết	1	1	2	0,8
Tắc ruột sớm sau mổ	1	0	1	0,4
Tử vong	0	0	0	0

Nhận xét: Tai biến chung có 13 bệnh nhân (5,3%), có 5 bệnh nhân (2,2%) bao gồm: 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ, 2 bệnh nhân xì rò miệng nối, 1 bệnh nhân hoại tử quai dẫn, 1 bệnh nhân tắc ruột sớm sau mổ phải phẫu thuật lại, các tai biến còn lại điều trị nội khoa, 0 có bệnh nhân tử vong trong và sau mổ.

Bảng 4: Kết quả mô bệnh học khối u (trên bệnh phẩm sau mổ)

		N	%
GPB	Carcinoma tuyến nhú	108	48
	Carcinoma tuyến ống	54	24
	Carcinoma tuyến nhầy	39	17,3
	Carcinoma tế bào nhân	24	10,7
Di căn hạch (theo UICC)	pN0	64	28,4
	pN1	78	34,6
	pN2	49	21,7
	pN3	34	15,3

Bảng 5: Phân chia giai đoạn TNM sau mổ

	N	%
Giai đoạn I	67	29,7
Giai đoạn II	103	45,7
Giai đoạn III	52	23,1
Giai đoạn IV	3	1,5

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 225 bệnh nhân, độ tuổi 41-60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (42,5%), tuổi trung bình cho cả 2 giới là 55,3 ± 25,6 (dao động: 26-87 tuổi), nam giới cao hơn nữ giới với tỷ lệ nam : nữ = 1,71:1. Bệnh ít gặp ở lứa tuổi dưới 40 tuổi (5,7%). Theo Trịnh Hồng Sơn: tuổi trung bình 64,7 ± 9,8 (dao động 27-81) và tỷ lệ nam : nữ là 2,3 : 1. Như vậy, tuổi trung bình mắc UTDD theo các nghiên cứu nước ngoài cao hơn so với các kết quả trong nước, điều này do nước ta nằm trong vùng dịch tể có nguy cơ cao hơn nên tuổi trung bình thấp hơn, mặt khác điều này có thể giải thích là do yếu tố địa dư, điều kiện kinh tế -

xã hội và do tập tục thói quen của chúng ta ăn nhiều dưa cà muối chứa nitrate, nitrate là một trong những yếu tố nguy cơ cao gây ung thư dạ dày¹. Theo thống kê tại Bệnh viện của chúng tôi thì tuổi mắc bệnh UTDD chủ yếu là sau 40 tuổi, nam có xu hướng tăng nhanh và cao hơn nữ giới.

Kết quả của chúng tôi thấy triệu chứng đau thượng vị là triệu chứng thường gặp 70,2%. Một số tác giả nghiên cứu về UTDD sớm ở nước ta như Nguyễn Đức Huân, thì tỷ lệ đau bụng vùng thượng vị cũng tương đương với giai đoạn muộn có tỷ lệ 92,7%; Vũ Hải đau bụng vùng thượng vị trên bệnh nhân UTDD sớm là 100%². Theo chúng tôi triệu chứng đau vùng thượng vị chiếm một tỷ lệ cao như vậy có thể do phần lớn bệnh nhân có tiền sử viêm loét dạ dày và đa số bệnh nhân vào viện giai đoạn muộn. Triệu chứng sút cân gặp 78 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 34,6%, biểu hiện này ít khi là triệu chứng đưa bệnh nhân vào viện. Theo Gennari L, nghiên cứu trên 1405 bệnh nhân UTDD tiến triển nhận thấy 96,2% bệnh nhân mất trên 10% trọng lượng cơ thể và tác giả kết luận rằng bệnh nhân có sút cân thì đời sống ngắn hơn so với bệnh nhân không sút cân³. Nghiên cứu này của chúng tôi triệu chứng nôn chiếm 17,3%. Một khi đã có triệu chứng nôn thường bệnh nhân đã ở giai đoạn muộn, khối u lớn gây hẹp môn vị hoặc nhiễm cứng toàn bộ hang môn vị, triệu chứng mà hay gặp ở ung thư 1/3 dưới dạ dày, bệnh nhân thường có thể trạng không tốt (suy kiệt, rối loạn điện giải) ảnh hưởng lớn đến phục hồi sau mổ. Các biểu hiện khác ghi nhận được là ợ hơi, ợ chua (21,7%), đại tiện phân đen (6,3%) gặp trong nghiên cứu. Cũng trong nghiên cứu này, có 56 bệnh nhân (24,8%) được phát hiện bệnh qua nội soi sàng lọc, khi bệnh chưa có triệu chứng lâm sàng. Theo các nghiên cứu, với các đối tượng có yếu tố nguy cơ mắc bệnh UTDD cao: tiền sử viêm, trào ngược dạ dày, ăn nhiều thức ăn chế biến sẵn, tiền sử gia đình... thì nội soi sàng lọc UTDD là biện pháp tốt nhất phát hiện bệnh^{1,3}.

Về các chẩn đoán hình ảnh trước mổ: tất cả BN đều được soi DD và sinh thiết trước mổ. Hầu hết đều có kết quả sinh thiết là UTBM tuyến, có 23 trường hợp kết quả sinh thiết là loét mạn tính nhưng kết quả sinh thiết tức thì trong mổ là UTBMT, như vậy có thể thấy nội soi DD ống mềm kết hợp sinh thiết là phương tiện hữu hiệu nhất để chẩn đoán UTDD, độ chính xác có thể đạt từ 90 đến 100%³. Các phương tiện khác như siêu âm bụng, CLVT bụng cũng được thực hiện hầu hết (100% BN chụp CLVT), tuy nhiên siêu âm và CLVT bụng chỉ giúp phát hiện các tổn

thương kèm theo như dịch ổ bụng, di căn nơi khác...mà không có giá trị chẩn đoán xác định nhiều. Vị trí khối u trên soi dạ dày: gặp nhiều nhất ở 1/3 dưới (69,9%), 1/3 giữa gặp 21,3%, 1/3 trên gặp ít hơn với 8,8%. Trịnh Hồng Sơn trong nghiên cứu của mình cũng cho nhận xét là vị trí u chủ yếu cũng gặp ở vùng hang môn vị và bờ cong nhỏ (1/3 dưới và giữa)¹.

Trong 225 bệnh nhân của nghiên cứu có 175 bệnh nhân (77,7%) được phẫu thuật nội soi hoàn toàn, 29 bệnh nhân (12,8%) phẫu thuật nội soi hỗ trợ, 21 bệnh nhân (9,5%) được phẫu thuật mở từ đầu. Lúc đầu triển khai phẫu thuật này, chúng tôi tiến hành phẫu thuật mở để nạo vét hạch triệt để nhất và hoàn thiện kỹ thuật, tiếp theo sử dụng nội soi hỗ trợ: bao gồm phẫu tích mạc nối lớn, nạo vét hạch toàn bộ, cắt diện cắt dưới dạ dày, tuy nhiên miệng nối dạ dày được thực hiện qua việc mở nhỏ thành bụng thực hiện ở ngoài. Càng về sau, khi quá trình nội soi hoàn thiện kỹ thuật, toàn bộ quá trình phẫu thuật được thực hiện qua nội soi, miệng nối được khâu nối qua nội soi với thời gian, số lượng hạch, tai biến tương đương phẫu thuật mở, và ở thời điểm hiện tại, phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt dạ dày được triển khai thường quy tại cơ sở của chúng tôi^{1,4}. Có 185 bệnh nhân (82,2%) được phẫu thuật cắt dạ dày bán phần xa, phẫu thuật lấy đi 50 – 85% dạ dày, mạc nối lớn, mạc nối nhỏ, phần đầu tá tràng và hệ thống hạch di căn. Việc cắt bỏ lách theo khuyến cáo của một số tác giả có thể làm gia tăng tỷ lệ những biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật và do đó chỉ thực hiện ở những bệnh nhân có những di căn hạch rõ ràng hoặc có sự xâm nhiễm vào rốn lách. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Roh C.⁴, cắt dạ dày bán phần xa là 85%. Về các phương tiện cầm máu trong mổ: bệnh nhân được sử dụng dao Harmonic scapel (146 bệnh nhân- 64,8%), có 79 bệnh nhân (35,2%) được sử dụng dao hàn mạch Ligasure. Việc ra đời và sử dụng 2 phương tiện kỹ thuật cao trên giúp cho người mổ tiết kiệm được đáng kể thời gian cũng như lượng máu mất, lựa chọn sử dụng phương tiện nào phụ thuộc vào thói quen của phẫu thuật viên và trang bị của cơ sở, sự khác nhau về thời gian phẫu thuật, cầm máu, nạo vét hạch không có ý nghĩa thống kê⁴. Sử dụng các phương tiện cầm máu như dao Harmonic scapel, dao Ligasure còn có tác dụng rất lớn trong phẫu thuật nội soi dạ dày, nó giúp giảm thời gian phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật mở trung bình 136,8 ± 24,5 (phút), phẫu thuật nội soi 178,4 ± 15,2 (phút), so sánh với các tác giả khác có sự tương

đồng và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê^{1,3,4}

Về phương pháp nối lưu thông tiêu hóa: có 36 bệnh nhân (16%) được nối lưu thông tiêu hóa kiểu Péan, nối Finsterer có 133 bệnh nhân (59,1%). Các trường hợp cắt toàn bộ dạ dày và 1 số trường hợp cắt đoạn dạ dày tuổi trẻ mà không thực hiện được miệng nối Péan thì sẽ được nối Roux en - Y trong đó nối máy chiếm 18,2%, việc sử dụng máy nối làm giảm đáng kể thời gian phẫu thuật cũng như tính tăng tính an toàn của miệng nối. Hầu hết các nghiên cứu trong nước phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa chủ yếu là Billroth II^{1,2,5...}, như vậy đã có sự thay đổi trong phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa khi tỉ lệ ung thư sớm được phát hiện nhiều hơn. Các tác giả kết luận: đối với cắt đoạn dạ dày cả 2 kiểu nối đều an toàn và hiệu quả nhưng với UTDD ở vùng 1/3 giữa và kích thước lớn cũng như với các bệnh nhân béo hơn thì nên nối Billroth II. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác nhau nhiều về thời gian mổ của 2 phương pháp, tất cả các bệnh nhân đều được sinh thiết diện cắt trên và diện cắt dưới, đối với các trường hợp diện cắt còn tế bào u sẽ được phẫu thuật cắt bỏ thêm diện tổn thương, tuy nhiên cũng trong nghiên cứu này, có 1 số ít các bệnh nhân có kết quả diện cắt tức thì không thấy tế bào u, nhưng khi làm lại mô bệnh học diện cắt sau mổ lại phát hiện còn tế bào u. Kết thúc cuộc mổ tất cả bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu dưới gan. Mục đích đặt dẫn lưu là để phát hiện chảy máu và phòng tránh dịch bạch huyết tiết ra nhiều sau mổ gây ứ đọng thành áp xe tồn dư.

Trong nghiên cứu của chúng tôi số hạch trung bình nạo vét được là 6,27 (hạch) với số hạch di căn trung bình là 4,17 (hạch), tỉ lệ bệnh nhân nạo vét hạch D2 : D3 : D4 lần lượt là 60,4% : 23,1% : 16,5%, lúc đầu tất cả các bệnh nhân đều được đánh số theo nhóm hạch nạo vét và xét nghiệm GPB riêng biệt từng nhóm, về sau liên quan đến vấn đề xuất toán bảo hiểm xã hội nên các hạch được xếp chung theo chặng hạch. Không có tai biến biến chứng nào lớn liên quan đến nạo vét hạch, 2 bệnh nhân rò bạch huyết được lưu ống dẫn lưu 14 ngày tự hết. Việc nạo vét hạch, chúng tôi dùng dao điện hoặc dao siêu âm cắt bỏ toàn bộ mạc nối lớn dọc theo đại tràng ngang từ trái qua phải đến hành tá tràng để lấy hạch 4d và 4sb. Thắt động mạch vị mạc nối phải tận gốc để lấy hạch nhóm 6. Thắt động mạch vị phải để lấy bỏ nhóm hạch số 5, đóng móm tá tràng bằng tay hoặc bằng stapler 60

AMT. Cắt toàn bộ mạc nối nhỏ, thắt động mạch vị trái tận gốc và nạo nhóm hạch 1,2,3 và 7. Tổ chức mỡ cùng với hạch dọc phía trước, sau động mạch gan chung (8a, 8p) được lấy bỏ, nhóm hạch dọc động mạch thân tạng (nhóm 9), đầu gần của động mạch lách, cắt lách khi có sự xâm nhiễm vào rốn lách (nhóm 11), phẫu tích dọc sau dưới ống mật chủ từ ống túi mật tới mặt sau tá tràng để tách chuỗi hạch sau dưới cuống gan (nhóm và chuỗi hạch sau tá tràng đầu tụy (nhóm 13)). Nạo vét hạch nhóm 14 dọc động mạch đại tràng giữa. Nạo vét hạch nhóm 15 ở góc mạc treo ruột non và nạo vét hạch nhóm 16 dọc động mạch, tĩnh mạch chủ bụng.

Hạch di căn là một yếu tố tiên lượng độc lập trong UTDD. Mặc dù đa số hạch sẽ tăng kích thước và cứng khi bị di căn, phẫu thuật viên có thể đánh giá bằng đại thể trong khi mổ nhưng khoảng 26% trường hợp tế bào ung thư được tìm thấy trong những hạch kích thước rất nhỏ và bị coi là không di căn khi quan sát đại thể. Chính việc không thể xác định chính xác các hạch di căn ngay trong khi mổ đã làm nảy sinh vấn đề vét hạch rộng rãi². Theo Trịnh Hồng Sơn có hiện tượng di căn "nhảy cóc" trong UTDD, hơn nữa không thể dựa vào kết quả sinh thiết của 1 hay vài hạch để quyết định có nạo vét hạch rộng rãi hay không¹. Mặt khác trong điều kiện nước ta hiện nay phần lớn bệnh nhân đến viện khi đã ở giai đoạn tiến triển, do vậy theo chúng tôi việc nạo vét hạch D2 là phù hợp khi các phương tiện giúp chẩn đoán giai đoạn bệnh chính xác trước mổ chưa phổ biến. Theo Andreollo NA và Sano T. vét hạch D2 kèm theo nhóm hạch số 13 dự phòng được vàng da tắc mật do ung thư dạ dày di căn vào nhóm hạch này gây chèn ép^{6,7}. Theo Kikuchi S vét hạch D2 kèm theo vét những hạch cạnh động mạch chủ cho tỷ lệ sống 5 năm lên đến 70,3%⁸

Để đảm bảo tính triệt căn của phẫu thuật, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được sinh thiết tức thì diện cắt trên, diện cắt dưới khối u trong lúc mổ và xét nghiệm mô bệnh học diện cắt thường qui sau mổ, ngoài nguyên tắc chung của phẫu thuật ung thư: diện cắt trên cách khối u tối thiểu 5cm, diện cắt dưới cách khối u 2 cm, đây là yếu tố rất quan trọng đến ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, điều trị, tiên lượng sống về sau này của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân kết quả diện cắt tức thì trong mổ còn tế bào ác tính hoặc loạn sản bắt buộc phải cắt thêm tổ chức dạ dày, điển hình 4 bệnh nhân phải làm tức thì diện cắt trên đến 3 lần. Tuy nhiên có 9 diện cắt gập ở 7 bệnh nhân

(4 diện cắt trên, 5 diện cắt dưới) kết quả tức thì diện cắt trong mổ lành tính, nhưng kết quả mô bệnh học thường qui sau mổ lại cho kết quả còn tế bào ác tính. Đối với các trường hợp này, chúng tôi thực hiện hội chẩn với bác sỹ nội khoa hóa chất để lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp nhất cho từng người bệnh.

Trong nghiên cứu chúng tôi gặp nhiều nhất là UTBM tuyến nhú (48%), UTBM tuyến ống thứ 2 (24%), UTBM tế bào nhân đứng thứ 4 (10,7%). Nguyễn Đức Huân gặp nhiều nhất là UTBM tế bào nhân (37,1%). Chủ yếu là ung thư giai đoạn tiến triển, ung thư giai đoạn sớm ít gặp, điều này phản ánh đúng với trình độ dân trí và kinh tế của nước ta trong giai đoạn hiện nay². Tỷ lệ này vẫn còn kém xa so với các nước phát triển, tại Nhật Bản từ những năm 60 của thế kỷ 20 tỷ lệ này đã đạt đến 50% và thời gian sống 5 năm sau mổ lên đến hơn 90%⁸. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu là 8,3 ngày, thấp nhất 5 ngày và cao nhất 20 ngày (bệnh nhân sau phẫu thuật lại do hoại tử quai đến).

Tai biến trong mổ gặp ở 5 bệnh nhân (2,2%), bao gồm: 1 tổn thương lách : 1 tổn thương đường mật : 1 tổn thương tĩnh mạch cửa, đối với phẫu thuật cắt dạ dày (bao gồm cả nội soi và mổ mở) tổn thương lách thường gặp nhất là rách nhu mô lách khi cắt mạc nối lớn dính vào cuống lách và lúc nạo vét hạch nhóm 10, xử lý tai biến này bằng sử dụng bông khô ép vào diện lách bị rách hoặc khâu nhu mô lách bị rách bằng chỉ prolene 5.0. Với 1 trường hợp bị tổn thương đường mật do tổ chức khối U xâm lấn vào đường mật được phát hiện trong mổ và xử lý bằng miệng nối mật ruột, kết quả sau mổ ở bệnh nhân này tốt, không có rò mật sau mổ. Tổn thương rách tĩnh mạch của do nạo vét hạch cuống gan là tổn thương dễ xử lý, khâu tổn thương bằng chỉ prolene 4.0.

Biến chứng sớm sau mổ: chúng tôi gặp 10 bệnh nhân (4,4%), trong đó 2 bệnh nhân xì miệng nối ngày thứ 7 được phẫu thuật làm lại miệng nối kết hợp mở thông hồng tràng nuôi dưỡng, kháng sinh liều cao, điều trị hồi sức tích cực và đều ra viện sau 18 ngày. Có 1 bệnh nhân hoại tử quai đến sau phẫu thuật nội soi được phát hiện sớm, làm lại miệng nối Roux-en-Y. Có 1 bệnh nhân chảy máu giờ thứ 8 sau mổ do chảy máu tĩnh mạch vị trái khi cắt bằng dao Ligasure. Có 1 bệnh nhân xuất hiện tắc ruột sớm vào ngày thứ 7 sau mổ, được phẫu thuật lại với nguyên nhân gây tắc do miệng nối dính chặt vào thành bụng trái, sau phẫu thuật gỡ dính miệng nối khỏi

thành bụng thì bệnh nhân ổn định, hết triệu chứng tắc ruột. Còn lại các biến chứng sau mổ khác như áp xe tồn dư được điều trị nội khoa và chọc hút dẫn lưu áp xe dưới siêu âm, rò bạch huyết, nhiễm trùng vết mổ đều được điều trị nội khoa ổn định, chúng tôi không gặp trường hợp nào tử vong trong và sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 225 bệnh nhân UTDD phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch hệ thống tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An 10/2020 - 10/2023 chúng tôi nhận thấy:

- Tuổi mắc bệnh trung bình: 55,3 (tuổi), nam/ nữ = 1,71/1.
- Vị trí khối u nằm chủ yếu 1/3 dưới 69,9% với thể loét sùi 62,2%.
- Cắt toàn bộ dạ dày 17,8%, cắt đoạn 82,2% với số hạch nạo vét trung bình 16,27 (hạch), số hạch di căn trung bình: 4,17 (hạch).
- Tai biến chung sau mổ chiếm 5,3%, không có bệnh nhân tử vong trong mổ và sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trình Hồng Sơn** (2001). Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Đức Huân** (2006). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của ung thư dạ dày tại bệnh viện K. Luận văn Bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Gennari L, Bozzetti F, Bonfanti G, et al.** (1986). Subtotal versus total gastrectomy for cancer of the lower two-thirds of the stomach: a new approach to an old problem. *Br J Surg*. 73(7):534-538.
4. **Roh C., Choi S., Seo W., et al.** (2021). Incidence and treatment outcomes of leakage after gastrectomy for gastric cancer: Experience of 14,075 patients from a large volume centre. *European journal of surgical oncology*. Feb 25
5. **Nguyễn Phúc Kiên** (2015). Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư dạ dày sớm tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Andreollo NA, Lopes LR, Coelho Neto J de S** (2011). Postoperative complications after total gastrectomy in the gastric cancer: analysis of 300 patients. *ABCD Arq Bras Cir Dig São Paulo*. 24:126-130.
7. **Sano T., Coit D. G., Kim H. H. et al.** (2017). Proposal of a new stage grouping of gastric cancer for TNM classification: International Gastric Cancer Association staging project. *Gastric cancer*, 20, 217-225.
8. **Kikuchi S, Sakasibara Y, Sakuramoto S et al** (2001). Recent results in the surgical treatment of gastric of gastric cancer according to the Japanese and TMN classification. *Anticancer Res* 48 (1): 1227-1230.