

- in the treatment of left pancreatic malignant tumors. J Int Med Res. 2021;49(12)
3. **Lục Việt Tiệp.** Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Nội Soi u Vùng Thân Đuôi Tụy Lành Tính Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức Giai Đoạn 2010-2018, Luận Văn Tốt Nghiệp Thạc Sĩ y Học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội. (2018),
 4. **Souche R, Herrero A, Bourel G, et al.** Robotic versus laparoscopic distal pancreatectomy: a French prospective single-center experience and cost-effectiveness analysis. Surg Endosc. 2018;32(8):3562-3569.
 5. **Nguyễn Tấn Cường và cộng sự.** Cắt thần kinh tạng qua soi lồng ngực điều trị đau do ung thư tụy giai đoạn cuối và viêm tụy mạn, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, (2004). tập 8, phụ bản số 3.
 6. **Granieri S, Bonomi A, Frassini S, et al.** Kimura's vs Warshaw's technique for spleen preserving distal pancreatectomy: a systematic review and meta-analysis of high-quality studies. HPB (Oxford). 2023;25(6):614-624.
 7. **Bassi C, Dervenis C, Butturrini G, Fingerhut A, Yeo C, Izbicki J et al.** (2005). Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. Surgery. 138(1): 8-13

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT DẠ DÀY, NẠO VẾT HẠCH D2, LẬP LẠI LƯU THÔNG TIÊU HÓA KIỂU CHỮ Y TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Tú Anh²

Từ khóa: Ung thư biểu mô dạ dày, phẫu thuật nội soi, Roux-en-Y.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương giải phẫu và kết quả sống sau phẫu thuật (PT) của các bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày (UTBMDD) được điều trị bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nối dạ dày - hồng tràng trên quai Y từ T6/2021 đến T7/2023 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 61 bệnh nhân (BN) UTBMDD được PTNS hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nối dạ dày - hồng tràng trên quai Y tại khoa phẫu thuật tiêu hóa - gan mật, bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình là 63.82 ± 10.4 tuổi (31- 83 tuổi). Nam giới chiếm 70.5%. Lý do đến khám hay gặp do đau bụng thượng vị (85.25%) và gầy sút cân (40.98%). Khối u hay gặp nhất ở hang môn vị (77.05%). Kích thước khối u trung bình là 3.23 ± 1.91 cm. Thời gian mổ trung bình 191.64 ± 45.37 phút (100 - 360 phút) liên quan đến thể trạng, mức độ xâm lấn và kỹ thuật làm miệng nối của từng bệnh nhân. Không có tai biến nào được ghi nhận trong mổ. Thời gian nằm viện sau mổ (SM) trung bình là 7.90 ± 3.12 ngày (4 - 21 ngày). Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 13.11%, trong đó biến chứng viêm tụy cấp là hay gặp nhất, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ. Kết quả mổ bệnh học hay gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến (77.05%). Số hạch nạo vét trung bình là 30.84 hạch, số hạch di căn trung bình là 3.39 ± 4.70 hạch. **Kết luận:** PTNS hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nối dạ dày - hồng tràng trên quai Y hiện nay là phương pháp an toàn, mang lại hiệu quả cao trong điều trị UTBMDD.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOLLOWED BY ROUX-EN-Y RECONSTRUCTION FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical, paraclinical, pathology and early results of total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y reconstruction for carcinoma of the stomach from June 2021 to June 2023 at Hanoi Medical University Hospital. **Method:** A retrospective descriptive study on 61 patients with gastric carcinoma who underwent total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y reconstruction. **Results and discussion:** The average age was 63.82 ± 10.4 years (31- 83 years). 70.05% was male. Common reasons for coming to the doctor are epigastric pain (85.25%) and weight loss (40.98%). The most common tumor is in the pyloric antrum (77.05%). The average tumor size was 3.23 ± 1.91 cm. The average surgery time is 191.64 ± 45.37 minutes (100 - 360 minutes) depending on the physical condition, level of invasion and anastomosis technique of making anastomosis). No complications were recorded during surgery. The average postoperative hospital stay (SM) is 7.90 ± 3.12 days (4 - 21 days). The rate of complications after surgery was 13.11%, of which complications of acute pancreatitis were the most common, with no cases of death during or after surgery. Histopathological results were mainly adenocarcinoma (77.05%). The average number of lymph nodes dredged was 30.84 lymph nodes, the average number of metastatic lymph nodes was 3.39 ± 4.70 lymph nodes. **Conclusions:** total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed

by intracorporeal Roux en Y reconstruction is a safe and effective method in the treatment of gastric carcinoma. **Keywords:** Gastric carcinoma, laparoscopic surgery, Roux-en-Y.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh lý ác tính phổ biến trên thế giới cũng như Việt Nam. Năm 2020, UTDD đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới (hơn 1 triệu ca) và đứng thứ 3 về tỷ lệ tử vong (768 000 ca) do ung thư (UT) trên toàn thế giới.¹ Theo tổ chức ghi nhận UT toàn cầu IARC dự kiến đến 2040 sẽ có 1.8 triệu ca mắc mới và 1.3 triệu ca tử vong do UTDD.² Tại Việt Nam theo thống kê của GLOBOCAN 2020 cho thấy UTDD xếp hàng thứ ba sau UT gan, phổi ở nam và xếp thứ tư sau UT vú, phổi, đại trực tràng ở nữ.³ Hiện nay, PT được coi là phương pháp điều trị cơ bản trong UTDD. Các biện pháp khác như hóa chất, xạ trị, điều trị đích,... được coi là những phương pháp điều trị bổ trợ để làm tăng khả năng PT triệt căn hoặc kéo dài thời gian sống sau mổ (SM).⁴ Bên cạnh đó, với sự phát triển không ngừng của PTNS và các dụng cụ cắt nối tự động làm cho PT UTDD được tiến hành thuận lợi hơn, đặc biệt là các khối u ở 1/3 giữa và dưới dạ dày. Ở Việt Nam, PTNS điều trị UTDD được triển khai từ năm 2004 và cho tới nay đã đạt được nhiều kết quả đáng khích lệ. Qua thực tiễn lâm sàng, PTNS cắt dạ dày, nạo vét hạch đã chứng minh được ưu điểm vượt trội so với mổ mở về mặt thẩm mỹ và sự phục hồi của bệnh nhân SM mà vẫn đảm bảo được về mặt ung thư học khi không thấy có sự khác biệt so với mổ mở.⁵

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các người bệnh có đủ tiêu chuẩn sau: (1) Người bệnh được PTNS hoàn toàn cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2, nối dạ dày -hỗng tràng trên quai chữ Y tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023. (2) Người bệnh có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô dạ dày. (3) Hồ sơ bệnh án đầy đủ đáp ứng các yêu cầu nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Biến số nghiên cứu phù hợp cho 2 mục tiêu nghiên cứu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023, có 61 BN ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nối dạ

dày – hỗng tràng trên quai Y tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Nam giới chiếm 70.5%, tuổi trung bình là 63.82 ± 10.4 tuổi (31-83 tuổi), trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi với 73.77%. Có 40.18% bệnh nhân có bệnh lý kèm theo, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 27.87%. Tỷ lệ bệnh nhân UTDD có tiền sử loét dạ dày là 19.67%. Có 6.56% có tiền sử gia đình mắc ung thư đường tiêu hóa. Chỉ số BMI trung bình là 21.29 ± 2.70 kg/m².

Bệnh nhân đến viện với triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng thượng vị với 85.25% và sút cân 40.98%, chỉ có 3.28% bệnh nhân không có triệu chứng đến khám. Về thực thể, hay gặp nhất là hội chứng thiếu máu với 26.23%, tiếp đến là hội chứng hẹp môn vị với 18.03%. Vị trí khối u hay gặp nhất là hang môn vị (77.05%), kích thước u trung bình là 3.23 ± 1.91 cm. Kết quả mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến (72.13%).

3.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân sau mổ

Biến	Min	Max	TB	SD
Thời gian mổ (phút)	100	360	191.64	44
Lượng máu mất (ml)	30	100	46.58	8.6
Thời gian rút sonde dạ dày	1	7	1.69	1.01
Thời gian trung tiện sau mổ	1	7	2.70	1.46
Thời gian rút DLOB (ngày)	3	21	5.95	2.80
Thời gian dùng giảm đau sau mổ (ngày)	3	10	5.37	1.45
Thời gian hậu phẫu (ngày)	4	21	7.90	3.12

Nhận xét: Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có tai biến trong mổ, không có trường hợp nào tổn thương tạng xung quanh trong mổ.

Bảng 3.2. Số lượng hạch nạo vét được

Chặng hạch	Min	Max	Trung bình	SD
Hạch chặng 1	1	52	15.98	9.66
Hạch chặng 2	1	49	14.77	8.61
Tổng số hạch trung bình	6	82	30.75	12.84

Nhận xét: Tổng số hạch nạo vét trung bình là 30.75 ± 12.84 hạch

Bảng 3.3. Số lượng hạch di căn hạch

Hạch di căn	Min	Max	Trung bình	SD
Hạch chặng 1	0	14	2.21	3.52
Hạch chặng 2	1	8	1.18	2.03
Tổng số hạch trung bình	0	20	3.39	4.70

Nhận xét: Tổng số hạch di căn trung bình là 3.39 ± 4.70 hạch

Bảng 3.4. Giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh pTNM	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
IA	11	19.67
IB	5	6.56
IIA	8	13.11
IIB	14	29.96
IIIA	7	11.48
IIIB	11	18.03
IIIC	5	8.19
Tổng	5	100

Nhận xét: Giai đoạn IIB chiếm đa số 29.96%, không có trường hợp nào giai đoạn IV

Bảng 3.5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ	3	4.92
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Rò miệng nối	0	0
Rò mòm tá tràng	0	0
Ap xe tồn dư sau mổ	0	0
Rò bạch huyết	1	1.59
Viêm tụy cấp	4	6.56
Tử vong trong và sau mổ	0	0
Tổng	8	13.11

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung là 13.11% trong đó biến chứng viêm tụy cấp hay gặp nhất với 6.56%, tiếp đến là chảy máu sau mổ với 4.92%, không có trường hợp nào rò miệng nối, rò mòm tá tràng, tử vong trong và sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 63.82 ± 10.4 tuổi (31-83 tuổi), trong đó độ tuổi trên 60 chiếm đa số với 73.77%, tỷ lệ nam: nữ xấp xỉ 2.34:1. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác như: nghiên cứu của Park (2018) trên 109 BN cắt dạ dày nội soi do ung thư cho thấy độ tuổi trung bình của UTDD là 61.5 ± 11.0 , tỷ lệ nam : nữ xấp xỉ 1.8:1, nghiên cứu Ramos (2016) cũng cho thấy tuổi trung bình của UTDD là 63,9 tuổi (20-94 tuổi) và hay gặp ở nam giới hơn.^{6,7}

Lý do đến khám hay gặp nhất là đau bụng thượng vị (85.25%), tiếp đến là sút cân (40.98%), nôn và buồn nôn (26.23%), ợ hơi, ợ chua (21.31%), đi ngoài phân đen (13.11%), ngoài ra có 3.28% BN không có triệu chứng lâm sàng. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu năm 2019 của Emam khi cho thấy BN chủ yếu đến viện vì triệu chứng nôn và gầy sút cân chiếm 45%, triệu chứng ăn khó tiêu và đau bụng chỉ chiếm 25%.⁸

Vị trí khối u hay gặp nhất là vùng hang môn vị với 77.05%, kích thước trung bình của khối u

là 3.23 ± 1.91 cm. Về mối liên quan giữa kích thước u và tổn thương đại thể, tổn thương u dạng loét thâm nhiễm có kích thước u trung bình nhỏ nhất 2.78 ± 1.43 , dạng thâm nhiễm có kích thước lớn nhất 6.75 ± 3.18 (sự khác biệt giữa kích thước u và tổn thương đại thể theo GPB có ý nghĩa thống kê với $p = 0.005 < 0.01$). Về mối liên quan giữa kích thước u và mức độ xâm lấn, độ xâm lấn T1 có kích thước u trung bình nhỏ nhất 2.11 ± 1.05 ngược lại T4a có kích thước u lớn nhất 3.85 ± 2.05 (không có sự khác biệt giữa kích thước u giữa các mức độ xâm lấn với $p > 0,05$). Về mối liên quan giữa kích thước u và mức độ di căn hạch, kích thước u trung bình của nhóm không có di căn là nhỏ nhất. Kích thước u trung bình giữa các nhóm di căn hạch không có sự khác biệt với ($p > 0,05$).

4.2. Kết quả sớm sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 191.64 ± 44 phút (100-360 phút) ngắn hơn so với nghiên cứu của Park (264.3 ± 95.1 phút trên 71 BN mổ mở và 322.9 ± 116.6 phút trên 109 BN mổ nội soi).⁷ Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy mối liên quan giữa thời gian mổ với thể trạng, mức độ xâm lấn của khối u và kỹ thuật làm miệng nối của từng BN. Các BN có thể trạng gầy có thời gian mổ trung bình là 179.55 ± 69.95 phút ngắn hơn so với BN có thể trạng béo khoảng 232.50 ± 37.75 phút (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$). Với khối u giai đoạn T1a thời gian phẫu thuật trung bình là 169.17 ± 26.54 phút; giai đoạn T2 là 182.14 ± 27.97 phút, giai đoạn T3 là 191.96 ± 57.85 phút; giai đoạn T4a là 196.76 ± 39.29 phút (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$). Với các BN làm miệng nối sử dụng stapler hoàn toàn thời gian mổ là 170.47 ± 36.40 phút, BN làm miệng nối sử dụng stapler kết hợp với khâu tay là 215 ± 43.20 phút (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0.001$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung tiện sau mổ trung bình là 2.70 ± 1.46 ngày ngắn hơn so với nghiên cứu của Park là 4.1 ± 1.1 ngày trên 71 BN mổ mở và 3.8 ± 1.1 ngày trên 109 BN mổ nội soi.⁷ Thời gian rút sonde dạ dày trung bình là 1.69 ± 1.01 ngày, gần đây chúng tôi thường có xu hướng rút sonde dạ dày sớm ngay trong mổ. Thời gian ăn sau mổ là 3.52 ± 1.63 ngày, thời gian rút DLOB là 5.95 ± 2.80 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ngày dùng giảm đau sau mổ trung bình là $5.37 \pm 1,45$ ngày. Đa số các tác giả đều cho rằng số ngày dùng giảm đau của mổ nội soi là ngắn hơn so với mổ mở một cách có ý nghĩa. Thời gian nằm viện trung bình là 7.90 ± 3.12 ngày (dao động 4-

21) ngắn hơn so với nghiên cứu của Park là 18.2 ± 12.9 ngày trên 71 BN mổ mở và 17.1 ± 10.7 ngày trên 109 BN mổ nội soi.⁷ Điều này có thể lí giải do nghiên cứu của chúng tôi không có một mô hình điều trị tiêu chuẩn nào cho BN K dạ dày nói chung mà cá thể hóa theo từng BN và từng trường hợp cụ thể. Quyết định ra viện được đưa ra dựa trên theo dõi sát quá trình diễn biến và đáp ứng trên lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, thời gian nằm viện phụ thuộc vào bệnh lý nền của bệnh nhân (dựa theo phân độ ASA). Trong đó các BN phân độ ASA I có thời gian nằm viện là 7.35 ± 1.28 ngày, BN ASA II thời gian nằm viện là 8.32 ± 4.36 ngày, BN ASA III thời gian nằm viện là 9.20 ± 3.77 ngày (sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$). Thời gian nằm viện không có sự khác biệt ở nhóm bệnh nhân làm miệng nối sử dụng stapler đơn thuần (8.38 ± 3.46 ngày) và nhóm làm miệng nối kết hợp stapler và khâu tay (7.47 ± 2.76 ngày) (với $p > 0.05$).

Về kết quả mô bệnh học sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm 72.13%, (trong đó UTBM tuyến ống chiếm 54.09%, UTBM tuyến nhú chiếm 16.39%, UTBM tuyến nhầy chiếm 1.64%) ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 28.87%. Tỷ lệ tế bào biệt hóa cao, biệt hóa vừa chiếm 39.35%, biệt hóa kém chiếm 60.05%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ramos (2016) khi cho thấy tỷ lệ khối u biệt hóa kém chiếm đa số với 58.7%.⁶ Về số hạch nạo vét được trong mổ, số hạch nạo vét được trung bình là 30.75 ± 12.84 hạch (6-82), trong đó số hạch chằng 1 nạo vét được trung bình là 15.98 ± 9.66 hạch (1-52), số hạch chằng 2 nạo vét được trung bình là 14.77 ± 8.61 (1-49). Số hạch di căn trung bình là 3.39 ± 4.70 hạch (0-20), trong đó số hạch chằng 1 di căn trung bình là 2.21 ± 3.52 hạch (0-14), số hạch chằng 2 di căn trung bình là 1.18 ± 2.03 hạch (0-8). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu như: nghiên cứu của Fabio Cianchi(2016) số hạch nạo vét được trung bình là 30.5 ± 2.0 hạch, nghiên cứu Zhao Y(2015) trên 321 BN cho thấy số hạch trung bình vét được là 33.2 hạch nghiên cứu của của Park (2018) cho thấy số lượng hạch nạo vét được trung bình là 34.9 ± 14.1 trên 71 BN mổ mở và 28,5 hạch trên 109 BN mổ nội soi.^{7,9,10}

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng thấp hơn 8/61 bệnh nhân (13.11%), kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Ramos là 15,2% (có 1 trường hợp tử vong sau mổ chiếm 3,3% và tỷ lệ tử vong 3 tháng sau mổ có 6 trường hợp chiếm 6,5%), thấp hơn so với

nghiên cứu của Park (tỷ lệ biến chứng sau mổ là 25.4% trên 71 BN mổ mở và 29,4% trên 109 BN mổ nội soi).^{6,7} Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp viêm tụy cấp (6.56%) được điều trị nội khoa ổn định, 3 BN chảy máu sau mổ gồm 1 BN chảy máu miệng nối điều trị bảo tồn, 2 BN chảy máu trong ổ bụng được chỉ định mổ cấp cứu, 1 trường hợp rò bạch huyết điều trị bảo tồn ổn định. Không có trường hợp nào có biến chứng rò miệng nối hoặc rò môm tá tràng sau mổ và cũng không có trường hợp nào tử trong vòng 30 ngày sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kỹ thuật làm miệng nối có mối liên quan với tỷ lệ biến chứng SM ($p > 0.05$).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2, nối dạ dày hồng tràng trên quai Y điều trị UTDD là một phẫu thuật an toàn, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, mang lại nhiều ưu điểm cho bệnh nhân về mặt thẩm mỹ, thời gian mổ, thời gian nằm viện sau mổ và kết quả về mặt ung thư học không thấy có sự khác biệt với mổ mở so khi so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ajani JA, D'Amico TA, Bentrem DJ, et al.** Gastric Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2022;20(2):167-192. doi:10.6004/jnccn.2022.0008
2. **Morgan E, Arnold M, Camargo MC, et al.** The current and future incidence and mortality of gastric cancer in 185 countries, 2020–40: A population-based modelling study. eClinicalMedicine. 2022;47:101404. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101404
3. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, 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):209-249. doi:10.3322/caac.21660
4. **Ma G.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). Gastric Cancer. 2020;24:1-21. doi:10.1007/s10120-020-01042-y
5. **Kitano S, Shiraishi N, Uyama I, Sugihara K, Tanigawa N,** Japanese Laparoscopic Surgery Study Group. A multicenter study on oncologic outcome of laparoscopic gastrectomy for early cancer in Japan. Ann Surg. 2007;245(1):68-72. doi:10.1097/01.sla.0000225364.03133.f8
6. **Ramos MFKP, Pereira MA, Dias AR, Ribeiro Jr U, Zilberstein B, Nahas SC.** Laparoscopic gastrectomy for early and advanced gastric cancer in a western center: a propensity score-matched analysis. Updat Surg. 2021;73(5):1867-1877. doi:10.1007/s13304-021-01097-1
7. **Park JH, Jeong SH, Lee YJ, et al.** Comparison of long-term oncologic outcomes of laparoscopic gastrectomy and open gastrectomy for advanced gastric cancer: A retrospective cohort study.

- Korean J Clin Oncol. 2018;14:21-29. doi:10.14216/kjco.18004
8. **Emam HMK, Moussa EMM, Abouelmaged M, Ibrahim MRI.** Role of Multidetector CT in Staging of Gastric Carcinoma. J Cancer Ther. 2019;10(07):565-579. doi:10.4236/jct.2019.107046
9. **Cianchi F, Indennitate G, Trallori G, et al.** Robotic vs laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: a retrospective comparative mono-institutional study. BMC Surg. 2016;16(1):65. doi:10.1186/s12893-016-0180-z
10. **Zhao LY, Zhang WH, Chen XZ, et al.** Prognostic Significance of Tumor Size in 2405 Patients With Gastric Cancer: A Retrospective Cohort Study. Medicine (Baltimore). 2015;94(50):e2288. doi:10.1097/MD.0000000000002288

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG 1/3 DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Quách Văn Kiên¹, Phạm Đức Toàn²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng 1/3 dưới được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2017 đến 12/2022. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô trực tràng 1/3 dưới của nhóm bệnh nhân trên.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu cắt ngang tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư trực tràng 1/3 dưới và được điều trị phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2017 – 12/2022.

Kết quả nghiên cứu: Gồm 51 bệnh nhân (BN) (26 nữ và 22 nam), tuổi trung bình là 58,25 ± 13,8 tuổi. BN được điều trị phẫu thuật nội soi, trong đó phẫu thuật nội soi miệng nối thấp/ rất thấp: 27,5%; nối đại tràng – OHM: 17,6%; cắt cụt trực tràng: 54,9%. 61,4% bệnh nhân có vị trí u cách rìa hậu môn dưới 5cm đánh giá qua nội soi chỉ định cắt cụt trực tràng. 71,4% bệnh nhân có vị trí u cách rìa hậu môn từ 5cm trở lên qua thăm trực tràng chỉ định làm miệng nối thấp/ rất thấp. 100% bệnh nhân phẫu thuật nối đại tràng – OHM được mở thông hồi tràng bảo vệ, 85,7% bệnh nhân phẫu thuật miệng nối thấp/ rất thấp được mở thông hồi tràng bảo vệ. Thời gian nằm viện trung bình là 11,6 ± 4,1 ngày. Biến chứng sau mổ ở 5 bệnh nhân (9,8%), trong đó có 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp rò miệng nối. Thời gian sống thêm toàn bộ tính theo Kaplan Meier là 65,3 ± 4,3 tháng. 15,6% tái phát bệnh. Thời gian phát hiện tái phát trung bình 30,6 ± 17,6 tháng. **Kết luận:** Ung thư trực tràng 1/3 dưới hay gặp ở độ tuổi trung niên. Với những khối u dưới 5 cm có thể phẫu thuật bảo tồn cơ thắt mà vẫn đảm bảo về mặt ung thư học cũng như thời gian sống sau mổ

Từ khóa: ung thư trực tràng 1/3 dưới, phẫu thuật miệng nối thấp/ rất thấp, phẫu thuật cắt cụt trực tràng, phẫu thuật nối đại tràng – OHM

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR TREATMENT OF LOWER 1/3 RECTAL CANCER AT VIET DUC FRIENDLY HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with lower 1/3 rectal carcinoma undergoing laparoscopic surgery at Viet Duc Friendly Hospital from January 2017 to December 2022. Evaluate the results of laparoscopic surgery to treat lower 1/3 rectal carcinoma in the above group of patients. **Method:** Retrospective cross-sectional description of all patients diagnosed with lower third rectal cancer and treated with laparoscopic surgery at Viet Duc Friendly Hospital from January 2017 to December 2022. **Results:** Including 51 patients (26 women and 22 men), average age was 58.25 ± 13.8 years. Patients were treated with endoscopic surgery, including low/very low endoscopic anastomotic surgery: 27.5%; Colon-anal anastomosis: 17.6%; Rectal amputation: 54.9%. 61.4% of patients with a tumor location less than 5cm from the anal verge were assessed via endoscopy and indicated rectal amputation. 71.4% of patients with tumor location 5cm or more from the anal verge through rectal examination were indicated for low/very low anastomosis. 100% of patients undergoing colon-anal anastomosis surgery received a protective ileostomy, 85.7% of patients undergoing low/very low anastomosis surgery received a protective ileostomy. The average hospital stay was 11.6 ± 4.1 days. Postoperative complications occurred in 5 patients (9.8%), including 4 cases of surgical wound infection and 1 case of anastomotic leakage. Overall survival time calculated according to Kaplan Meier is 65.3 ± 4.3 months. 15.6% relapsed. Average time to detect recurrence was 30.6 ± 17.6 months. **Conclusions:** Lower third rectal cancer is common in middle age. For tumors under 5 cm, sphincter-preserving surgery can be performed while still ensuring oncology as well as survival time after surgery. **Keywords:** lower 1/3 rectal cancer, low/very low anastomotic surgery, rectal amputation surgery, colon-anal anastomosis surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là một trong những bệnh ung thư phổ biến ở nước ta và các nước trên thế