

- học Việt Nam. 2021;513 (4):184 – 186.
- Huang C., Huang L., Wang Y. và cộng sự.** (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet*, 397(10270), 220–232.
 - PHOSP-COVID Collaborative Group** (2022). Clinical characteristics with inflammation profiling of long COVID and association with 1-year recovery following hospitalisation in the UK: a prospective observational study. *Lancet Respir Med*, 10(8), 761–775.
 - Song W.-J., Hui C.K.M., Hull J.H. và cộng sự.** (2021). Confronting COVID-19-associated cough and the post-COVID syndrome: role of viral neurotropism, neuroinflammation, and neuroimmune responses. *Lancet Respir Med*, 9(5), 533–544.
 - Lý Đại Trị**, phân tích chứng hậu trung y của bệnh nhân COVID -19 kéo dài thể nhẹ (2020). *Tạp chí trung y Phúc Kiến*. 2020;51(5):7-10.
 - Lý Hiếu Trạch** (2020). Phân tích đặc điểm lâm sàng của 86 bệnh nhân COVID -19 kéo dài. *Tạp chí trung y dược Liễu Ninh*. 2020;22(9):122-125.
 - Phạm Phục Nguyên, Bành Tân Nhung, Vương Tân Trí** (2020). Từ thấp độc kết hợp với táo, bàn về đặc điểm triệu chứng trung y của COVID -19 ở tỉnh Hồ Nam. *Tạp chí trung y*. 2020; 61(07):553-556.

BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI DẠ DÀY, NẠO VẾT HẠCH D2, LẬP LẠI LƯU THÔNG TIÊU HÓA KIỂU CHỮ Y ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Tú Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn điều trị ung thư biểu mô dạ dày và xác định mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu trên 61 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô dạ dày được PTNS hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2, lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu chữ Y tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ T6/2021 đến T7/2023. **Kết quả và bàn luận:** Tỷ lệ biến chứng sau mổ chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 13.11%. Trong đó, ghi nhận 3 trường hợp chảy máu sau mổ bao gồm: 2 trường hợp chảy máu trong ổ bụng được chỉ định mổ cấp cứu cầm máu, 1 trường hợp chảy máu miệng nổi được chỉ định nội soi cầm máu. Có 4 trường hợp viêm tụy cấp, 1 trường hợp rò bạch huyết sau mổ, được điều trị nội khoa ổn định. Ngoài ra, không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ, rò, bực miệng nội, móm tá tràng sau mổ. Tỷ lệ tử vong trong và sau mổ (30 ngày kể từ ngày ra viện) là 0%. Việc nâng cao thể trạng bệnh nhân cũng như kiểm soát các bệnh lý toàn thân trước mổ góp phần không nhỏ làm giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ. Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu chữ Y giúp cải thiện cuộc sống bệnh nhân sau mổ tốt hơn so với các phương pháp truyền thống. **Kết luận:** PTNS hoàn toàn cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2, phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu chữ Y là một phương pháp an toàn, hiệu

quả giúp giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ.

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

SUMMARY

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

Objectives: Evaluate complications after total laparoscopic surgery to treat gastric carcinoma and determine the relationship with some risk factors. **Method:** Retrospective review of 61 patients with gastric carcinoma who underwent total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y reconstruction at the Department of General Surgery, Hanoi Medical University from June 2021 to July 2023. **Results and discussion:** The overall rate of postoperative complications in our study was 13.11%. Of these, 3 cases of post-operative bleeding were recorded, including: 2 cases of intra-abdominal bleeding for which emergency surgery was prescribed to stop the bleeding and 1 case for anastomosis bleeding for which endoscopy was prescribed for hemostasis. There were 4 cases of acute pancreatitis and 1 case of postoperative lymphatic leakage, which were treated stably with medical treatment. In addition, no cases of surgical wound infection, fistula, anastomosis, or duodenal apex were recorded after surgery. The mortality rate during and after surgery (30 days from hospital discharge) is 0%. Improving the patient's physical condition before as well as controlling systemic diseases before surgery contributes significantly to reducing the rate of complications after

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: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

surgery. The Y-style method of restoring digestive circulation helps improve patients' lives after surgery better than traditional methods. **Conclusions:** Total laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy followed by intracorporeal Roux en Y reconstruction is a safe and effective method to help reduce the rate of postoperative complications.

Keywords: Gastric carcinoma, laparoscopic surgery, Roux-en-Y.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

PTNS điều trị ung thư dạ dày (UTDD) được thực hiện lần đầu tiên bởi tác giả Kitano năm 1991. Từ đó đến nay, PTNS đặc biệt là PTNS hoàn toàn điều trị UTDD đã có những tiến bộ vượt bậc, thể hiện được ưu điểm nổi trội hơn so với mổ mở về nhiều khía cạnh mà vẫn đảm bảo các nguyên tắc về mặt ung thư học.¹ Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, PTNS hoàn toàn điều trị ung thư biểu mô (UTBM) dạ dày đã được thực hiện một cách thường quy. Tuy nhiên, đây là một kỹ thuật khá phức tạp, nó vẫn có một tỷ lệ nhất định bệnh nhân gặp các biến chứng sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ dao động từ 7% đến 29.4%, tùy theo từng nghiên cứu.²⁻⁴ Việc xác định các yếu tố nguy cơ liên quan vẫn đang là một chủ đề thu hút được nhiều sự quan tâm của các nhà nghiên cứu trong và ngoài nước. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích đánh giá và rút kinh nghiệm các biến chứng sau PTNS hoàn toàn điều trị UTBM dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Từ đó đưa ra các khuyến cáo nhằm hạn chế tối đa các biến chứng sau loại hình phẫu thuật này.

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. 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.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	63.82 ± 10.4 tuổi	
Giới	Nam/nữ : 2.34/1	
BMI	21.29 ± 2.7 kg/m2	
Bệnh lý mạn tính	Tăng huyết áp	17 BN (27.87)
	Đái tháo đường	9 BN (14.75)
	Hô hấp	3 BN (4.92)
	Tổng	21 BN (34.4%)
Kỹ thuật đóng móm tá tràng	100% BN đóng móm tá tràng bằng stapler	
Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa	100% BN được lập lại lưu thông kiểu chữ Y	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 63.82 ± 10.4 tuổi, tỷ lệ nam : nữ xấp xỉ 2.34, chỉ số BMI trung bình là 21.29 ± 2.7 kg/m2. Có 34.4% có bệnh lý mạn tính kèm theo, trong đó chủ yếu là tăng huyết áp (27.87%)

Bảng 2. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ	Chảy máu miệng nổi	1	1.64
	Chảy máu trong ổ bụng	2	3.28
Nhiễm trùng vết mổ		0	0
Rò miệng nổi		0	0
Rò móm tá tràng		0	0
Ap xe tồn dư sau mổ		0	0
Rò bạch huyết		1	1.64
Viêm tụy cấp		4	6.56
Viêm miệng nổi do trào ngược		0	0
Tử vong		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 nổi, rò móm 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). Nam giới chiếm 70.59%, tỷ lệ nam : nữ xấp xỉ 2.34. Có 34.4% bệnh nhân có các bệnh mạn tính kèm theo, trong đó 27.87% mắc tăng huyết áp, 14.75% mắc đái tháo đường, hô hấp (4.92%)... Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được điều trị ổn định các bệnh lý kèm theo như: kiểm soát huyết áp, điều chỉnh đường huyết, tập thói bóng cải thiện chức năng hô hấp,... đảm bảo đủ điều kiện để tiến hành phẫu thuật. Đây cũng là một trong những yếu tố quan trọng giúp giảm tỷ lệ các biến chứng sau mổ như: thở máy kéo dài, chảy máu, nhiễm

trùng vết mổ,...

Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 21.29 ± 2.7 kg/m², trong đó thể trạng gầy chiếm 18.03%. Tất cả các bệnh nhân có thể trạng suy kiệt hoặc không ăn uống được do biến chứng hẹp môn vị đều được chúng tôi phối hợp với các bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng tiến hành nuôi dưỡng trước mổ nhằm cải thiện thể trạng bệnh nhân. Đây là một trong những yếu tố quan trọng làm giảm đáng kể một số biến chứng sau mổ như: hồi sức dài ngày sau mổ, chậm liền vết mổ, rò bực miệng nối.

4.2. Biến chứng sau mổ. Biến chứng sau mổ là một trong những chỉ tiêu để đánh giá hiệu quả và tính an toàn của bất cứ loại hình phẫu thuật nào. Trong các nghiên cứu đã công bố về mổ mở cắt dạ dày, tỉ lệ xảy ra biến chứng sau mổ còn cao, tuy nhiên tỷ lệ này lại giảm đi một cách đáng kể khi các phẫu thuật viên ứng dụng thành công kỹ thuật PTNS đặc biệt là PTNS hoàn toàn.¹ Thật vậy, tỷ lệ biến chứng chung sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 13.11%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác như nghiên cứu của Ramos (2021) là 15.2%, nghiên cứu của Park và cộng sự (2018) là 25.4% trên 71 BN mổ mở, 29.4% trên 109 BN mổ nội soi.^{3,4} Mặt khác kết quả của chúng tôi còn cao hơn so với nghiên cứu của Bo (2009) là 7%.² Các trường hợp biến chứng sau mổ của chúng tôi bao gồm 3 trường hợp chảy máu sau mổ, 4 trường hợp viêm tụy cấp và 1 trường hợp rò bạch huyết sau mổ. Ngoài ra không ghi nhận trường hợp nào rò, bực miệng nối hay móm tá tràng sau mổ. Tỷ lệ tử vong trong và sau mổ (30 ngày kể từ ngày ra viện) là 0%.

Về biến chứng chảy máu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp chảy máu sau mổ chiếm 4.92% bao gồm 2 trường hợp chảy máu trong ổ bụng và 1 trường hợp chảy máu từ miệng nối dạ dày – ruột. Trong đó, hai bệnh nhân chảy máu trong ổ bụng sau mổ 1 ngày, BN xuất hiện các biểu hiện như mạch nhanh, huyết áp tụt, dẫn lưu ổ bụng ra máu đỏ tươi, siêu âm có hình ảnh dịch máu ổ bụng tăng nhanh. Hai bệnh nhân đều được tiến hành mổ cấp cứu ngay sau đó, khi mổ ra kiểm tra, cả 2 trường hợp nguồn chảy máu đều xuất phát từ động mạch vị mạc nối phải, nguyên nhân là do tuột hemaloc đã kẹp trong mổ. Quá trình hậu phẫu sau đó diễn ra thuận lợi, bệnh nhân lần lượt được xuất viện sau 18 và 19 ngày. Trường hợp bệnh nhân chảy máu miệng nối, sau mổ 3 ngày, bệnh nhân có biểu hiện da niêm mạc nhợt kèm đi ngoài phân đen, xét nghiệm công thức máu nồng độ

hemoglobin và hematocrit đều giảm so với trước mổ. Kết quả soi da dày có điểm rỉ máu từ miệng nối dạ dày – ruột, bệnh nhân đã được tiến hành kẹp clip cầm máu và bệnh nhân sau đó được ra viện sau 11 ngày điều trị. Khi so sánh với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Đặng Vinh Dũng (2011), Chang In Cho (2016), các tác giả này đều không ghi nhận trường hợp nào chảy máu sau mổ.^{5,6} Như vậy, tỷ lệ chảy máu sau PTNS hoàn toàn cắt dạ dày là tương đối thấp, tuy nhiên chúng ta cần phải đặc biệt lưu ý trong quá trình kiểm soát các mạch máu trong mổ (đặc biệt là khi kẹp, cắt ĐM vị mạc nối phải) và theo dõi sát toàn trạng bệnh nhân sau mổ.

Về biến chứng viêm tụy cấp sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp viêm tụy cấp (6.56%). Các bệnh nhân này, sau mổ từ 2 đến 5 ngày, xuất hiện các biểu hiện như đau bụng thượng vị (cơn đau thường mơ hồ) kèm theo nôn và buồn nôn, xét nghiệm men tụy trong máu và trong dịch ổ bụng cao gấp 3 lần so với giới hạn bình thường trên. Chúng tôi đã tiến hành đặt sonde dạ dày kết hợp với các thuốc kháng sinh, giảm đau, giảm tiết dịch tụy, bồi phụ nước và điện giải. Sau đó cả 4 bệnh nhân đều diễn biến ổn định và được ra viện sau trung bình 7.75 ngày. Nguyên nhân cho vấn đề này có thể do tụy bị tổn thương trong quá trình phẫu tích, các phẫu thuật viên sử dụng các thiết bị như dao siêu âm hoặc dao ligasure để cầm máu. Như đã biết, mức độ tổn thương tạng do đốt nhiệt thường bị đánh giá thấp, và đây cũng là trường hợp của bệnh nhân chúng tôi. Ngoài ra còn một số nguyên nhân khác có thể gặp như: nhầm lẫn giới hạn trên của tụy với các hạch bạch huyết nhóm 8 và 11 gây tổn thương tụy trong quá trình nạo vét hạch, tổn thương các ống tụy, nhất là các ống Santorini đổ vào vị trí bất thường, tổn thương tụy do ứ đọng ở tá tràng dẫn tới tình trạng trào ngược vào ống tụy (hay gặp ở miệng nối Billroth II), tổn thương các mạch máu trong quá trình phẫu tích gây thiếu dưỡng, xì rò tụy,... Như vậy, biến chứng viêm tụy cấp sau mổ tuy rất ít gặp nhưng bệnh cảnh của nó có thể bị lu mờ trong triệu chứng đau chung sau mổ. Do đó các phẫu thuật viên cần đặc biệt quan tâm đến biến chứng này và cần xét nghiệm men tụy trong máu và trong dịch ổ bụng một cách thường quy sau mổ 3-5 ngày.

Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhân rò bạch huyết sau mổ. Trường hợp này, sau mổ 3 ngày, dịch dẫn lưu ổ bụng vẫn tiếp tục ra với số lượng nhiều, xét nghiệm triglyceride trong dịch ổ bụng cao

gặp 3 lần giới hạn bình thường. Chúng tôi đã phối hợp với các bác sĩ chuyên khoa dinh dưỡng điều chỉnh chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân. Sau đó lượng dịch qua dẫn lưu ổ bụng giảm dần và bệnh nhân được ra viện sau 21 ngày. Ngoài ra, trong một số tình huống chúng ta có thể tiến hành nút mạch bạch huyết dưới hướng dẫn chẩn đoán hình ảnh nếu như tình trạng rò không cải thiện sau khi đã điều chỉnh chế độ ăn. Nguyên nhân cho vấn đề này thường do hệ bạch huyết bị tổn thương trong quá trình nạo vét hạch. Do đó các phẫu thuật viên cần lưu ý trong quá trình nạo vét hạch, đặc biệt là hạch chằng 2 để tránh biến chứng rò bạch huyết sau mổ.

Về biến chứng rò móm tá tràng, rò miệng nối sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng rò miệng nối hoặc rò móm tá tràng sau mổ. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Thông (2021).⁷ Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Lượng (2007) cho thấy có 2 bệnh nhân bực miệng nối dạ dày ruột góc bờ cong nhỏ và bực miệng nối ruột - ruột cần mổ lại vào ngày thứ 5 và thứ 6 sau mổ, nghiên cứu khác của tác giả Đặng Vĩnh Dũng (2011) trên 58 bệnh nhân được cắt bán phần cực dưới dạ dày, lập lại lưu thông kiểu Roux -en - Y thì có 1 bệnh nhân (1,7%) bị rò miệng nối sau mổ.^{5,8} Nghiên cứu khác của Bo cho thấy tỷ lệ rò móm tá tràng là 2.3%.² Về kỹ thuật, lý do rò, bực miệng nối có thể do miệng nối không khép kín, tình trạng miệng nối bị kéo căng, nhất là miệng nối dạ dày - tá tràng hay miệng nối dạ dày - hồi tràng mà quai tới quá ngắn hoặc do cản trở lưu thông phía dưới miệng nối kết hợp với thể trạng toàn thân không tốt, thiếu dưỡng, suy kiệt,... Từ đó miệng nối không được nuôi dưỡng tốt dẫn đến bực, rò miệng nối. Như vậy, chúng ta hoàn toàn có thể hạn chế được nguy cơ rò miệng nối nếu đánh giá kỹ càng trong mổ và dinh dưỡng tốt sau mổ cho bệnh nhân. Về phương pháp xử lý móm tá tràng trong mổ, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được cắt đóng móm tá tràng bằng stapler nội soi, tuy nhiên không ghi nhận trường hợp nào bực. rò móm tá tràng sau mổ. Điều đó cho thấy việc đóng móm tá tràng bằng stapler là an toàn, giúp tiết kiệm thời gian, rút ngắn cuộc mổ, nhất là với những trường hợp đóng móm bằng tay khó khăn khi mở nhỏ. Nguyên nhân rò móm tá tràng thường hay gặp với miệng nối kiểu Billroth 2 đặc biệt là các trường hợp có tình trạng ứ đọng quai đến. Ngoài ra có thể do quá trình bóc tách làm tổn thương tổ chức, mất nuôi dưỡng hoặc hiếm

gặp hơn là các trường hợp tổn thương tụy, dịch tụy chảy ra làm phá hủy mô tá tràng.

Việc sử dụng phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa sau khi cắt dạ dày đến nay vẫn còn nhiều ý kiến trái chiều bởi lẽ nó là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tỷ lệ biến chứng sớm cũng như chất lượng cuộc sống sau mổ của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào viêm miệng nối do trào ngược dịch mật sau mổ. Trong nghiên cứu của Liu và cộng sự (2008) khi so sánh biến chứng sớm sau mổ của 3 phương pháp Billroth 1, Billroth 2 và Roux - en - Y đã cho kết quả không có sự khác biệt đáng kể nào giữa các nhóm trên, cả về số lượng cũng như mức độ nghiêm trọng của các biến chứng.⁹ Thậm chí, mặc dù phương pháp Roux- en - Y thực hiện phức tạp hơn do cần làm nhiều miệng nối hơn nhưng nguy cơ rò miệng nối lại không tăng so với 2 phương pháp còn lại. Năm 2002, tác giả Kenichiro Fukuhara, dựa vào hình ảnh của chụp xạ hình để kết luận phương pháp Roux en Y có tỷ lệ bệnh nhân trào ngược dịch mật thấp đáng kể so với nhóm bệnh nhân được nối bằng phương pháp Billroth I, Billroth II. Với chiều dài ngành Roux khoảng 30cm thì tỷ lệ trào ngược là 26.6%.¹⁰ Năm 2007, tác giả Nhật Bản, Souya Nunobe đánh giá chất lượng sống của bệnh nhân dựa vào bộ câu hỏi của Hội UTDD Nhật Bản và có kết luận chất lượng sống của bệnh nhân được nối bằng phương pháp Roux en Y là tốt hơn chất lượng sống của bệnh nhân được nối theo phương pháp Billroth II.¹¹

V. KẾT LUẬN

PTNS hoàn toàn cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2, lập lại lưu thông tiêu hóa kiểu chữ Y điều trị UTBM dạ dày là tương đối an toàn, giúp làm giảm tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ tốt hơn so với mổ mở. Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu chữ Y giúp cải thiện cuộc sống bệnh nhân sau mổ tốt hơn so với các phương pháp truyền thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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
2. **Bo T, Zhihong P, Peiwu Y, et al.** General complications following laparoscopic-assisted gastrectomy and analysis of techniques to manage them. *Surg Endosc.* 2009;23(8):1860-1865. doi:10.1007/s00464-008-0312-3
3. **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
4. 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
 5. Đặng Vĩnh Dũng. Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp lưu thông dạ dày - ruột theo Roux en Y và Billroth II trong phẫu thuật cắt đoạn dạ dày ung thư phần ba dưới. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y. 2011.
 6. In Choi C, Baek DH, Lee SH, et al. Comparison Between Billroth-II with Braun and Roux-en-Y Reconstruction After Laparoscopic Distal Gastrectomy. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. 2016;20(6):1083-1090. doi:10.1007/s11605-016-3138-7
 7. Nguyễn Thanh Thông. Kết quả sớm phẫu thuật cắt bán phần cực dưới và phục hồi lưu thông dạ dày - ruột theo ROUX EN Y trong ung thư hang môn vị dạ dày. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2021.
 8. Nguyễn Văn Lượng. Nghiên cứu ứng dụng miệng nối Roux - en - Y cải tiến sau cắt đoạn dạ dày cực dưới để điều trị loét dạ dày - tá tràng và ung thư dạ dày. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế. 2007.
 9. Liu W ying, Xu B, Ji Y, Wang Y xiang, Qin D rui. [Non-thoracoscopic Nuss procedure for correction operation of pectus excavatum]. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 2008;46(8):567-569.
 10. Fukuhara K, Osugi H, Takada N, Takemura M, Higashino M, Kinoshita H. Reconstructive procedure after distal gastrectomy for gastric cancer that best prevents duodenogastroesophageal reflux. *World J Surg*. 2002; 26(12):1452-1457. doi:10.1007/s00268-002-6363-z

TỈ LỆ TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN VỚI TỔN THƯƠNG NHIỀU NHÁNH MẠCH VÀNH ĐƯỢC TÁI TƯỚI MÁU KHÔNG HOÀN TOÀN

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Trần Anh Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ tử vong và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên với tổn thương nhiều nhánh mạch vành được tái thông không hoàn toàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu mô tả có theo dõi được thực hiện trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được tái thông mạch vành qua da tiên phát từ tháng 04/2022 đến tháng 06/2022 tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Có 105 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có can thiệp sang thương thủ phạm tiên phát được nhận vào nghiên cứu. LAD là nhánh động mạch vành thủ phạm chiếm tỉ lệ cao nhất với 48 bệnh nhân (45,7%), theo sau đó là RCA với 44 bệnh nhân (41,9%). LCx là nhánh thủ phạm ở 12 bệnh nhân (chiếm 11,3%). LMCA là nhánh thủ phạm chiếm tỉ lệ thấp nhất với 1 bệnh nhân, tương ứng với 0,9% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Tái tưới máu hoàn toàn trong 33 bệnh nhân, chiếm 31,4% dân số tham gia nghiên cứu, trong khi đó đa số bệnh nhân với 72 trường hợp tái tưới máu không hoàn toàn, chiếm tỉ lệ 68,6%. Tỉ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn 1,38%

và 2,77% tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng. So với nhóm tái tưới máu hoàn toàn sự khác biệt về tỉ lệ tử vong không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên với bệnh mạch vành nhiều nhánh tái tưới máu không hoàn toàn tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 1,38% và 2,77%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn.

Từ khóa: tử vong, tổn thương nhiều nhánh mạch vành, tái tưới máu không hoàn toàn

SUMMARY

MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AND MULTIVESSEL CORONARY ARTERY DISEASE UNDERGOING INCOMPLETE REVASCULARIZATION

Background: Approximately 50% of patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) undergoing coronary angiography and primary coronary intervention present with multivessel coronary artery disease. The prognosis for STEMI patients with multivessel lesions is known to be poorer than those with single-branch injury, often resulting in higher mortality and reinfarction rates. **Objective:** This study aimed to assess the mortality rate in patients with acute ST-elevation myocardial infarction undergoing incomplete revascularization of multiple coronary artery branches. **Materials and methods:** Conducted at Cho Ray Hospital from April 2022 to September 2022, this cross-sectional, prospective descriptive study included 105 patients with acute ST-

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024