

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

NGUYỄN VŨ TUẤN ANH

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI

CẮT GẦN TOÀN BỘ DẠ DÀY

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Ngành: Ngoại khoa

Mã số: 9720104

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học: PGS.TS. NGUYỄN TRUNG TÍN

TP. HỒ CHÍ MINH, Năm 2023

Mục Lục

LỜI CAM ĐOAN

DANH MỤC DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT VÀ ĐỐI CHIẾU THUẬT NGỮ ANH - VIỆT	iv
DANH MỤC BẢNG	vi
DANH MỤC HÌNH	ix
ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN	3
1.1. Phân loại về ung thư dạ dày	3
1.2. Cập nhật hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Nhật Bản 2018	8
1.3. Hoá trị	12
1.4. Các phẫu thuật cắt dạ dày bảo tồn chức năng	13
1.5. Phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày	23
1.6. Tình hình phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày ở Việt Nam	32
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	33
2.1. Thiết kế nghiên cứu	33
2.2. Đối tượng nghiên cứu	33
2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu	34
2.4. Định nghĩa các biến số	34
2.5. Phương pháp, công cụ đo lường và thu thập số liệu	41
2.6. Quy trình nghiên cứu	44
2.7. Phương pháp phân tích số liệu	52
2.8. Vấn đề y đức trong nghiên cứu	53
Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	55

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu	55
3.2. Kết quả phẫu thuật	65
3.3. Hiệu quả sau phẫu thuật	78
Tình trạng dinh dưỡng và trào ngược dạ dày thực quản sau mổ	78
3.4. Kết quả theo dõi dài hạn sau mổ	81
Chương 4. BÀN LUẬN	94
4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu	94
4.2. Kết quả phẫu thuật	97
4.3. Tình trạng dinh dưỡng và trào ngược dạ dày thực quản sau mổ	112
4.4. Tái phát, di căn và sống thêm sau mổ	115
4.5. Một số đặc điểm ứng dụng PTNS trong kỹ thuật cắt gàn toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày	120

HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

KẾT LUẬN

KIẾN NGHỊ

Phụ lục 1 *Bản thông tin dành cho đối tượng nghiên cứu*

Phụ lục 2 *Bệnh án thu thập số liệu nghiên cứu*

Phụ lục 3 *Danh sách bệnh nhân trong nghiên cứu*

Phụ lục 4 *Giấy chấp thuận của hội đồng đạo đức*

LỜI CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các kết quả nghiên cứu được trình bày trong luận án là trung thực, khách quan và chưa từng được công bố ở bất kỳ nơi nào.

Tác giả luận án

Nguyễn Vũ Tuấn Anh

**DANH MỤC DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT VÀ
ĐỐI CHIẾU THUẬT NGỮ ANH - VIỆT**

Tên viết tắt	Tên đầy đủ	Tên tiếng Việt
BV		Bệnh viện
ĐHYD		Đại học Y Dược
UTBM		Ung thư biểu mô
UTDD		Ung thư dạ dày
PTNS		Phẫu thuật nội soi
CLVT		Cắt lớp vi tính
Cs		Cộng sự
ĐM		Động mạch
TM		Tĩnh mạch
TPHCM		Thành phố Hồ Chí Minh
EMR	Endoscopic mucosal resection	Cắt niêm mạc qua nội soi tiêu hóa
ESD	Endoscopic submucosal dissection	Phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi tiêu hóa
PPG	Pyloric preserving gastrectomy	Cắt dạ dày bảo tồn môn vị
LTG	Laparoscopic total gastrectomy	PTNS Cắt toàn bộ dạ dày
OTG	Open total gastrectomy	Mở mở cắt toàn bộ dạ dày
DG	Distal gastrectomy	Cắt phần xa dạ dày
nTG	Near-total gastrectomy	Cắt gần toàn bộ dạ dày
STG	Subtotal gastrectomy	Cắt bán phần dạ dày
EJS	Esophagojejunostomy	Miệng nối thực quản hồng tràng
EGJ	Esophagogastric junction	Chỗ nối thực quản – dạ dày

CS	Circular stapler	Máy khâu nối tròn
LS	Linear stapler	Máy khâu nối thẳng
JGCA	Japanese Gastric Cancer Association	Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản
UICC	The Union for International Cancer Control	Hiệp hội Phòng chống Ung thư Quốc tế
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế Thế giới
LPG	Laparoscopic proximal gastrectomy	PTNS cắt phần gần dạ dày
MSG	Middle segment gastrectomy	Cắt đoạn dạ dày
JI	Jejunal interposition	Chèn quai hỗng tràng
DT	Double tract reconstruction	Làm miệng nối hai đường
	EG with fundoplication	Nối thực quản dạ dày có tạo van chống trào ngược
DFT	Double tract reconstruction	Nối thực quản dạ dày có tạo vạt đôi
SOFY	Side overlap with fundoplication by Yamashita	Nối bên kiểu overlap kèm tạo van chống trào ngược của Yamashita
SNNS	Sentinel node navigation surgery	Phẫu thuật theo hướng hạch canh gác
NEWS	Non-exposed endoscopic wall-inversion surgery	Phẫu thuật xuyên thành qua nội soi không lộ niêm mạc
CLEAN-NET	Combination of laparoscopic and endoscopic approaches to neoplasia with non-exposure technique	Kết hợp PTNS và nội soi với kỹ thuật không lộ niêm mạc cho khối u tân sinh

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1 Phân loại về đại thể của ung thư dạ dày.	4
Bảng 1.2 Phân loại về vi thể của ung thư biểu mô của dạ dày	5
Bảng 1.3 Phân loại mức độ xâm lấn (T) của ung thư dạ dày	6
Bảng 1.4 Phân loại mức độ di căn hạch (N) của ung thư dạ dày	7
Bảng 1.5 Phân giai đoạn dựa trên mô học pTNM theo AJCC lần thứ 8.....	7
Bảng 1.6 Mức độ nạo hạch theo phương pháp cắt dạ dày	10
Bảng 3.1 Số bệnh nhân nghiên cứu theo từng năm.....	55
Bảng 3.2 Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể.	57
Bảng 3.3 Tỷ lệ các triệu chứng lâm sàng.....	57
Bảng 3.4 Tiên căn phẫu thuật bụng.....	58
Bảng 3.5 Các bệnh nội khoa đi kèm.	58
Bảng 3.6 Phân loại ASA.	59
Bảng 3.7 Các xét nghiệm máu trước phẫu thuật.....	59
Bảng 3.8 Vị trí thương tổn trong mô theo phân chia phần ba dạ dày.....	60
Bảng 3.9 Vị trí của u dạ dày theo chu vi.....	60
Bảng 3.10 Phân loại đại thể thương tổn theo Hiệp hội Ung thư Nhật Bản.....	60
Bảng 3.11 Tỷ lệ giai đoạn T.....	61
Bảng 3.12 Tỷ lệ giai đoạn N.	62
Bảng 3.13 Mức độ di căn hạch theo dạng đại thể của ung thư dạ dày.....	62
Bảng 3.14 Tỷ lệ giai đoạn theo AJCC 8.	63
Bảng 3.15 Tỷ lệ đặc điểm vi thể của ung thư dạ dày.....	64

Bảng 3.16 Tỷ lệ đặc điểm xâm nhập vi thể của ung thư dạ dày.	64
Bảng 3.18 Tỷ lệ các phương pháp nối.	65
Bảng 3.22 Tình trạng di căn hạch theo mức độ xâm lấn của tổn thương.	69
Bảng 3.23 Số hạch lympho di căn trung bình theo mức độ xâm lấn của khối u.	70
Bảng 3.24 So sánh số hạch lympho nạo vét được giữa nhóm T4a và dưới T4a.	70
Bảng 3.25 So sánh tình trạng có di căn hạch lympho giữa nhóm giai đoạn T4a và giai đoạn dưới T4a.	70
Bảng 3.26 Số hạch di căn trung bình theo vị trí u theo trục ngang.	71
Bảng 3.27 Số hạch di căn trung bình theo vị trí của khối u.	72
Bảng 3.28 Mức độ di căn hạch theo dạng vi thể của ung thư dạ dày.	73
Bảng 3.29 Mức độ di căn hạch theo nhóm biệt hóa hoặc kém biệt hóa.	73
Bảng 3.30 So sánh thời gian nằm viện giữa nhóm giai đoạn T4a và dưới T4a.	75
Bảng 3.31 So sánh thời gian nằm viện giữa nhóm nối Billroth II và Roux-En-Y.	75
Bảng 3.32 Tỷ lệ biến chứng theo phân độ Clavien-Dindo.	76
Bảng 3.33 Các biến chứng xảy ra sau mổ.	77
Bảng 3.34 Kết quả xét nghiệm và nội soi sau mổ 1 năm.	79
Bảng 3.35 So sánh kết quả nồng độ Hgb và Albumin trước và sau mổ.	80
Bảng 3.36 Kết quả theo dõi lâu dài.	82
Bảng 3.37 Tỷ lệ theo dõi thực tế cho sau mổ.	84
Bảng 3.38 Tỷ lệ theo dõi tái phát hoặc di căn thực tế.	84
Bảng 3.39 Thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh ước lượng sau mổ.	85
Bảng 3.40 Tỷ lệ bệnh nhân từng giai đoạn theo từng thời gian theo dõi.	87
Bảng 3.41 Tỷ lệ sống thêm ước lượng theo Kaplan Meier theo từng giai đoạn.	87

Bảng 3.42 Tỷ lệ sống thêm không bệnh theo phương pháp Kaplan Meier theo từng gian đoạn.	88
Bảng 3.43 Thời gian sống thêm toàn bộ theo di căn hạch lympho.....	88
Bảng 3.44 Tỷ lệ sống thêm theo giai đoạn bệnh.....	91
Bảng 4.1 So sánh thời gian mổ một số nghiên cứu.....	99
Bảng 4.2 So sánh thời gian nằm viện một số nghiên cứu	104
Bảng 4.3 Các chỉ số dinh dưỡng sau mổ 1 năm trong nghiên cứu của Lui ²²	113
Bảng 4.4 So sánh tỷ lệ sống thêm một số nghiên cứu.	117

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1 Phác đồ điều trị theo Hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản	8
Hình 1.2 Mức độ nạo hạch trong phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày và cắt toàn bộ dạ dày	11
Hình 1.3 Mức độ nạo hạch trong phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày	11
Hình 1.4 Các nhóm hạch cần nạo vét theo từng chặng trong phẫu thuật cắt dạ dày bảo tồn môn vị.....	15
Hình 1.5 Kỹ thuật PTNS cắt dạ dày bảo tồn môn vị, làm miệng nối hình delta trong ổ bụng	16
Hình 1.6 Các nhóm hạch cần nạo vét theo từng chặng trong phẫu thuật cắt phần gần dạ dày	18
Hình 1.7 Các hướng cắt dạ dày bằng máy khâu nối nội soi tùy theo vị trí khối u....	27
Hình 1.8 PTNS cắt 95% dạ dày, nối dạ dày hồng tràng bằng khâu nối tay.....	29
Hình 2.1 Hình ảnh khối u loại loét thâm nhiễm, cách tâm vị 6 cm	35
Hình 2.2 Kết quả nội soi sau mổ 1 năm.	40
Hình 2.3 Kết quả nội soi sau mổ 1 năm.....	40
Hình 2.4 Kết quả giải phẫu bệnh dạ dày sau mổ.....	43
Hình 2.5 Lưu đồ chọn bệnh trong nghiên cứu	45
Hình 2.6 Vị trí các lỗ troca.....	47
Hình 2.7 Phần dạ dày còn lại	49
Hình 2.8 Bệnh phẩm dạ dày kèm hạch nguyên khối	49
Hình 2.9 Phẫu tích bệnh phẩm dạ dày sau mổ	51
Hình 4.1 Kỹ thuật vén gan	124
Hình 4.2 Đánh dấu bờ trên khối u dưới hướng dẫn của nội soi dạ dày trong mổ...	125

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 1.1 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn I, II (A) và III, IV (B) của bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày và cắt gần toàn bộ dạ dày	25
Biểu đồ 3.1 Phân bố tuổi	56
Biểu đồ 3.2 Giai đoạn di căn hạch theo từng loại đại thể khối u.	63
Biểu đồ 3.3 So sánh thời gian mổ giữa nhóm giai đoạn T4a và dưới T4a.....	66
Biểu đồ 3.4 So sánh thời gian mổ ở nhóm có di căn hạch và không di căn hạch.	67
Biểu đồ 3.5 So sánh thời gian mổ ở phương pháp nối Billroth II và Roux-En-Y. ...	67
Biểu đồ 3.6 Biểu đồ số lượng hạch nạo vét so với mức độ xâm lấn của khối u.	69
Biểu đồ 3.7 So sánh số hạch lympho di căn ở nhóm giai đoạn T4a và dưới T4a.....	71
Biểu đồ 3.8 Phân bố giai đoạn di căn hạch theo mức độ xâm lấn của khối u.....	74
Biểu đồ 3.9 Tình trạng di căn hạch theo mức độ xâm lấn của khối u.....	74
Biểu đồ 3.10 Thời gian ước lượng sống thêm chung và thời gian sống thêm không bệnh ước lượng theo phương pháp Kaplan Meier.	86
Biểu đồ 3.11 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo kích thước u theo phương pháp Kaplan Meier.	89
Biểu đồ 3.12 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn pT theo phương pháp Kaplan Meier.	89
Biểu đồ 3.13 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo nhóm tuổi theo phương pháp Kaplan Meier.	90
Biểu đồ 3.14 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo nhóm có và không có biến chứng theo phương pháp Kaplan Meier.....	91
Biểu đồ 3.15 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh theo phương pháp Kaplan Meier.	92

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh ác tính thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Theo Globocan¹, ước tính có khoảng một triệu bệnh nhân ung thư dạ dày mới trong năm 2020, đứng hàng thứ 5 trong các loại bệnh ác tính thường gặp nhất. Phẫu thuật triệt căn hiện nay vẫn là phương pháp chủ yếu trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm cũng như giai đoạn tiến triển²⁻⁵. Phạm vi cắt dạ dày phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó, vị trí của khối u là một trong những yếu tố quan trọng nhất quyết định phạm vi cắt dạ dày cũng như mức độ nạo hạch lympho đi kèm^{6,7}. Các khối ung thư dạ dày ở phần ba giữa hay thân bị có thể xem xét phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch triệt căn, giữ lại 1 phần nhỏ dạ dày, nhằm giảm các nguy cơ biến chứng của cắt toàn bộ dạ dày, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ⁸⁻¹¹.

Phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày được Takagi¹² báo cáo đầu tiên vào năm 1980. Kể từ đó, nhiều nghiên cứu, kể cả mổ mở, cũng như mổ nội soi, đề nghị phương pháp phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày, hoặc cắt 95% dạ dày trong điều trị những bệnh nhân ung thư dạ dày ở phần ba giữa hoặc thân vị^{8,12-15}. Nghiên cứu của Jiang⁸ có đề cập đến tiêu chuẩn của phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày, với yêu cầu môm dạ dày còn lại cách chỗ nối thực quản – tâm vị 2 – 3 cm. Đối với ung thư 1/3 giữa dạ dày, sau khi đảm bảo tiêu chuẩn bờ cắt an toàn⁷, phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày vừa đảm bảo yêu cầu về mặt ung thư học, vừa giảm được các nguy cơ biến chứng của miệng nối thực quản – hồng tràng, vừa giúp bảo tồn chức năng phần dạ dày còn lại.

Phân tích gộp của Jiang¹⁶ so sánh phẫu thuật mổ mở cắt gần toàn bộ dạ dày và cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày cho kết quả kết quả tai biến biến chứng thấp, và kết quả về mặt ung thư học chấp nhận được với điều kiện bờ cắt gần đảm bảo không còn tế bào ung thư. Tuy nhiên, PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày vẫn còn đối diện với nhiều vấn đề khó khăn, như xác định chính xác tổn thương trong mổ, đặc biệt là u giai đoạn sớm hoặc tổn thương dạng thâm nhiễm, đảm bảo bờ cắt gần sạch tế bào ung thư, phẫu thuật cắt trọn khối, làm miệng nối an toàn hoàn toàn trong ổ

bụng, tính an toàn về kết quả ung thư học^{15,17,18}. Các nghiên cứu về PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu thực hiện PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày còn nhỏ, chưa có nghiên cứu đa trung tâm, thời gian theo dõi còn tương đối ngắn, chưa có nghiên cứu so sánh mù đôi^{8,10,11,15,19-22}. Tại Việt Nam, hầu như chưa có nghiên cứu nào đề cập đến kỹ thuật PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày. Chúng tôi²³ báo cáo năm 2020 bước đầu cho thấy tính an toàn và khả thi của PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, tuy nhiên cỡ mẫu còn nhỏ, thiếu các dữ liệu đánh giá tình trạng dạ dày sau mổ và kết quả về mặt ung thư học.

Câu hỏi đặt ra trong PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, nạo hạch D2 trong điều trị ung thư dạ dày trong tình hình thực tế ở Việt Nam là:

- Về mặt kỹ thuật: Tỷ lệ thành công ra sao? Tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ như thế nào?
- Chất lượng cuộc sống, tình trạng dinh dưỡng và tình trạng phần dạ dày còn lại sau mổ như thế nào?
- Về mặt ung thư: Khả năng nạo hạch lympho, tỉ lệ tái phát, di căn, tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ như thế nào?

Để trả lời những câu hỏi này, chúng tôi thực hiện đề tài “Kết quả của phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày” nhằm đánh giá vai trò của PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị UTDD liên quan đến phần ba giữa của dạ dày. Chúng tôi đưa ra các mục tiêu nghiên cứu như sau:

1. Xác định tỉ lệ thành công, tỉ lệ tai biến, biến chứng và tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ của PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày – nạo hạch D2 trong điều trị ung thư dạ dày.
2. Xác định nồng độ hemoglobin, albumin trong máu, tỉ lệ viêm thực quản trào ngược, viêm phần dạ dày còn lại, ứ đọng thức ăn và dịch mật 1 năm sau PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày – nạo hạch D2 điều trị ung thư dạ dày.
3. Xác định tỉ lệ tái phát, di căn, tỉ lệ sống thêm 1 năm và 3 năm sau PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày – nạo hạch D2 điều trị ung thư dạ dày.

Chương 1. TỔNG QUAN

Ung thư dạ dày là một bệnh liên quan đến di truyền, đa yếu tố²⁴, làm ảnh hưởng đến chức năng sinh lí và tâm lí xã hội của con người. Ung thư dạ dày là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng và gây hao tổn chi phí y tế nhiều ở cả các nước phát triển và đang phát triển. Tỷ lệ và tử vong do ung thư dạ dày thay đổi tùy theo vị trí địa lí, văn hóa xã hội và điều kiện kinh tế của từng vùng²⁵. Hơn 70% các trường hợp ung thư dạ dày là ở các nước đang phát triển, với hơn một nửa số lượng các trường hợp ở các nước Đông Á, đặc biệt là Trung Quốc, Hàn Quốc và Nhật Bản trong khi tần suất thấp nhất ở các nước Bắc Mỹ.

Điều trị ung thư dạ dày ở các nước phương Tây tập trung vào nhóm các ung thư giai đoạn tiến triển nơi có nguy cơ và tỉ lệ ung thư dạ dày thấp. Nhưng ở các nước châu Á, nơi có tỉ lệ ung thư dạ dày cao, các nguồn lực tập trung vào các chiến lược ngăn ngừa cũng như phát hiện và điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Nhật Bản, Hàn Quốc và Trung Quốc là những quốc gia đi đầu trong việc phát hiện và điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm, và điều này được đặt ra do tần suất ung thư cao ở các nước này.

1.1. Phân loại về ung thư dạ dày

1.1.1. Phân loại về đại thể

Có nhiều cách phân loại khác nhau về đại thể ung thư dạ dày. Năm 2011, Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản²⁶ đã phân chia về mặt đại thể ung thư dạ dày thành 6 type, trong đó type 0 là dạng ung thư dạ dày sớm (trong type này lại được phân chia thành 5 thể nhỏ), 5 type còn lại là dạng ung thư dạ dày tiến triển. Đây được xem là bảng phân loại dễ sử dụng và phổ biến nhất hiện nay (**bảng 1.1**)

Bảng 1.1 Phân loại về đại thể của ung thư dạ dày.

	U khu trú ở niêm mạc, dưới niêm mạc và chia thành các nhóm nhỏ
Type 0	<p>Type 0-I Dạng lồi, dạng polip, dạng cục, nhú nhung mao phát triển và nổi lên trên niêm mạc</p> <p>Type 0-IIa Dạng phẳng gờ, phát triển ở niêm mạc, ranh giới rõ, hơi cao hơn so với niêm mạc xung quanh.</p> <p>Type 0-IIb Dạng phẳng dẹt, phát triển ở niêm mạc, mỏng nhỏ, chắc, phẳng so với niêm mạc xung quanh.</p> <p>Type 0-IIc Dạng phẳng lõm, lõm nông so với niêm mạc xung quanh, bề mặt xước, dịch phù bao phủ.</p> <p>Type 0-III Dạng loét, ổ loét có độ sâu khác nhau.</p>
Type 1	Dạng sùi, giới hạn rõ, u có cuống hoặc đáy rộng xâm lấn thành dạ dày.
Type 2	Dạng loét, bờ rõ và nhô cao, nền ổ loét loang lổ, thành ổ loét nhẵn, có thể có xước nông.
Type 3	Dạng loét xâm lấn, bờ loét lẫn với niêm mạc bên cạnh, đáy xâm lấn thành dạ dày.
Type 4	Xâm lấn lan tỏa (nhiễm cứng thành dạ dày), ranh giới không rõ, thành dạ dày cứng, lòng hẹp.
Type 5	Không xếp loại.

Nguồn: Takeshi Sano, 2011²⁶

1.1.2. Phân loại về vi thể

Năm 2011, Hiệp hội ung thư Nhật Bản đưa ra bảng phân loại chi tiết, bao gồm phân chia các type thường gặp thành các subtype chi tiết ²⁶. Đối với ung thư biểu mô (UTBM) của dạ dày có thể được phân chia như **bảng 1.2**

Bảng 1.2 Phân loại về vi thể của ung thư biểu mô của dạ dày

	Type mô học	Mã ICD
	UTBM tuyến nhú	8260/0
Thể thường gặp	UTBM tuyến ống	Biệt hóa tốt Biệt hóa vừa
	UTBM tuyến biệt hóa kém	Dạng đặc Dạng không đặc
	UTBM dạng tế bào nhẵn	8490/3
	UTBM tuyến nhày	8489/3
Thể đặc biệt	U carcinoid	8240/3
	UTBM nội tiết	8401/3
	UTBM đệm lympho	
	UTBM tuyến dạng tế bào gan	
	UTBM tuyến – gai	8560/3
	UTBM tế bào gai	8070/3
	UTBM không biệt hóa	8020/3
	UTBM khác	

Nguồn: Takeshi Sano, 2011²⁶

1.1.3. Phân loại theo giai đoạn bệnh

Hệ thống phân loại phổ biến nhất hiện tại là hệ thống phân loại TNM của Hiệp hội Phòng chống Ung thư Quốc tế (UICC), dựa theo 3 yếu tố: khối u (T, tumor), hạch (N, nodes), và di căn xa (M, metastasis)²⁷. Hệ thống phân chia về giai đoạn bệnh của UTDD theo phân loại TNM lần thứ 8 được trình bày trong **bảng 1.3**, **bảng 1.4** và **bảng 1.5** bên dưới.

Ung thư dạ dày sớm là ung thư chưa xâm lấn quá lớp cơ niêm (ung thư T1a và T1b) bất kể tình trạng di căn hạch.

Ung thư dạ dày tiến triển là ung thư đã xâm lấn qua lớp cơ niêm (T2 trở lên).

Bảng 1.3 Phân loại mức độ xâm lấn (T) của ung thư dạ dày

Mức độ xâm lấn (T)	Định nghĩa
Tx	Không thể xác định u nguyên phát
T0	Không có bằng chứng của u nguyên phát
Tis	Ung thư biểu mô tại chỗ
	U xâm lấn tới lớp cơ niêm (muscularis mucosae) hoặc lớp dưới niêm mạc
T1	T1a U xâm lấn tới lớp niêm T1b U xâm lấn tới lớp cơ niêm
T2	U xâm lấn tới lớp cơ (muscularis propria)
T3	U xâm lấn tới lớp mô đệm dưới thanh mạc nhưng chưa tới phúc mạc tạng hay các cấu trúc lân cận U xâm lấn ra thanh mạc hoặc các cấu trúc lân cận
T4	T4a U xâm lấn ra thanh mạc T4b U xâm lấn vào các cấu trúc lân cận

Nguồn: Brierley JD, 2016²⁷

Bảng 1.4 Phân loại mức độ di căn hạch (N) của ung thư dạ dày

Mức độ di căn hạch (N)	Định nghĩa
Nx	Không thể đánh giá hạch vùng
N0	Không có di căn hạch vùng
N1	Di căn hạch vùng từ 1-2 hạch
N2	Di căn hạch vùng từ 3-6 hạch
N3a	Di căn hạch vùng từ 7 - 15 hạch
N3b	Di căn hạch vùng >15 hạch

Nguồn: Brierley JD, 2016²⁷

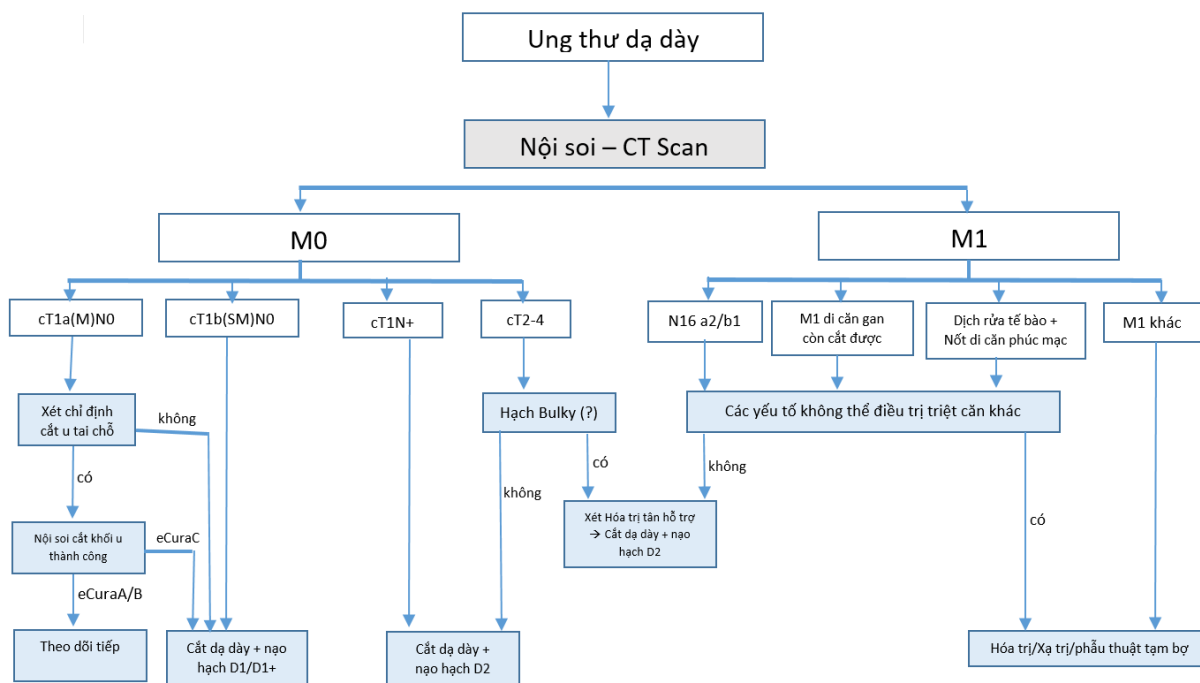
Bảng 1.5 Phân giai đoạn dựa trên mô học pTNM, dựa vào kết quả giải phẫu bệnh của mẫu bệnh phẩm theo AJCC lần thứ 8

	M0					M1
	N0	N1	N2	N3a	N3b	Bất kể N
T1a (M)/ T1b (SM)	IA	IB	IIA	IIB	IIIB	IV
T2 (MP)	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	
T3 (SS)	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	
T4a (S)	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	
T4b (SI)	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC	

Nguồn: Brierley JD, 2016²⁷

1.2. Cập nhật hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Nhật Bản 2018

Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản (JGCA) đã đưa ra phác đồ thực hành lâm sàng về điều trị UTDD, với ấn bản lần thứ tư (2014) đang được áp dụng ở nhiều trung tâm trong nước và tiếp đó là ấn bản lần thứ năm (2018)^{28,29}, và ấn bản mới nhất lần thứ 6 (năm 2022)⁷. Theo ấn bản lần thứ năm (2018), phác đồ điều trị UTBM của dạ dày được trình bày như trong hình 1.1.



Hình 1.1 Phác đồ điều trị theo Hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản

Nguồn: Takeshi Sano, 2020²⁹

1.2.1. Phạm vi cắt dạ dày

Giới hạn bờ cắt

Bờ cắt đảm bảo an toàn phải chắc chắn khi quyết định giới hạn cắt dạ dày tiêu chuẩn điều trị triệt căn. Bờ cắt trên tối thiểu 3cm dành cho u T2 hoặc xâm lấn sâu hơn nhưng với tổn thương dạng nhô lên (nhóm 1 và 2), và tối thiểu 5cm cho những u dạng thâm nhiễm (nhóm 3 và 4). Khi nguyên tắc này không đảm bảo, cần kiểm tra bờ cắt

trên bằng cắt lạnh. Với u xâm lấn thực quản, không cần thiết phải đảm bảo bờ cắt cách 5cm, nhưng cần làm cắt lạnh để đảm bảo phẫu thuật đạt R0.

Với u T1, trên đại thể chỉ cần bờ cắt trên cách u 2cm là đủ. Khi bờ cắt u không rõ, nội soi trước mổ dùng clip để đánh dấu vị trí đã sinh thiết sẽ có ích để quyết định đường cắt trong lúc phẫu thuật.

Lựa chọn phương pháp cắt dạ dày

Phẫu thuật cắt dạ dày tiêu chuẩn cho ung thư dạ dày có nghi ngờ di căn hạch hoặc u giai đoạn T2-T4a được đề nghị cho cả phẫu thuật cắt bán phần dưới và cắt toàn bộ dạ dày. Phẫu thuật cắt bán phần dưới được lựa chọn khi phẫu thuật đảm bảo được bờ cắt trên theo tiêu chuẩn. Nếu khối u dạ dày xâm lấn tụy thì cần phải cắt tụy lách kèm với cắt toàn bộ dạ dày bất kể vị trí khối u. Nên cắt toàn bộ dạ dày kèm cắt lách với những u ở bờ cong lớn dạ dày có di căn hạch nhóm 4sb, ngay cả khi có thể cắt bán phần dưới dạ dày. Với những ung thư biểu mô gai ở phần trên chỗ nối thực quản tâm vị, nên cắt thực quản và phần trên dạ dày, tạo hình ống dạ dày tương tự như phẫu thuật cắt thực quản.

Với những khối u cT1cN0, tùy theo vị trí u mà có thể lựa chọn phương pháp cắt dạ dày thích hợp:

- Cắt dạ dày bảo tồn môn vị: cho những khối u nằm ở 1/3 giữa dạ dày và đảm bảo bờ cắt dưới cách môn vị tối thiểu 4cm.
- Cắt bán phần trên dạ dày: dành cho những khối u 1/3 trên dạ dày trong khi vẫn giữ được tối thiểu 1/2 dạ dày còn lại.
- Phẫu thuật cắt đoạn dạ dày và cắt tại chỗ vẫn còn trong giai đoạn thử nghiệm.

Chỉ định nạo hạch trong ung thư dạ dày

➤ Các mức độ nạo hạch

Theo Phác đồ điều trị UTDD của Nhật Bản^{28,29}, các nhóm hạch cần nạo tùy theo mức độ nạo hạch và phụ thuộc vào các phương pháp cắt dạ dày như sau (**bảng 1.6**)

Bảng 1.6 Mức độ nạo hạch theo phương pháp cắt dạ dày

	D0	D1	D1+	D2
Cắt toàn bộ dạ dày	Nạo hạch dưới mức D1	Hạch nhóm 1-7	Nạo hạch ở mức D1 + nhóm 8a, 9, 11p	Nạo hạch ở mức D1 + nhóm 8a, 9, 11p, 11d, 12a
	Nếu ung thư lan tới thực quản: nạo thêm nhóm 110 đối với D1+ và nhóm 19, 20, 110, 111 đối với D2			
Cắt phần xa dạ dày	Nạo hạch dưới mức D1	Nạo hạch nhóm 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7	Nạo hạch ở mức D1 + nhóm 8a, 9	Nạo hạch ở mức D1 + Nhóm 8a, 9, 11p, 12a.
Cắt dạ dày bảo tồn môn vị	Nạo hạch dưới mức D1	Nạo hạch các nhóm 1, 3, 4sb, 4d, 6, 7.	Nạo hạch ở mức D1 + nhóm 8a, 9	
Cắt phần gần dạ dày	Nạo hạch dưới mức D1	Nạo hạch các nhóm 1, 2, 3a, 4sa, 4sb, 7.	Nạo hạch ở mức D1 + nhóm 8a, 9, 11p	
	Nếu ung thư lan tới thực quản: nạo thêm nhóm 110 đối với D1+			

Nguồn: Takeshi Sano, 2020²⁹

➤ **Chỉ định nạo hạch**

Về nguyên tắc, nạo hạch D2 được chỉ định cho các khối u cN + hoặc \geq cT2 và D1 hoặc D1 + cho các khối u cT1N0. Vì các chẩn đoán trước và trong phẫu thuật liên quan đến sự xâm lấn của khối u và hạch chưa chắc chính xác, nên nạo hạch D2 nên được thực hiện bất cứ khi nào nghi ngờ có di căn hạch.

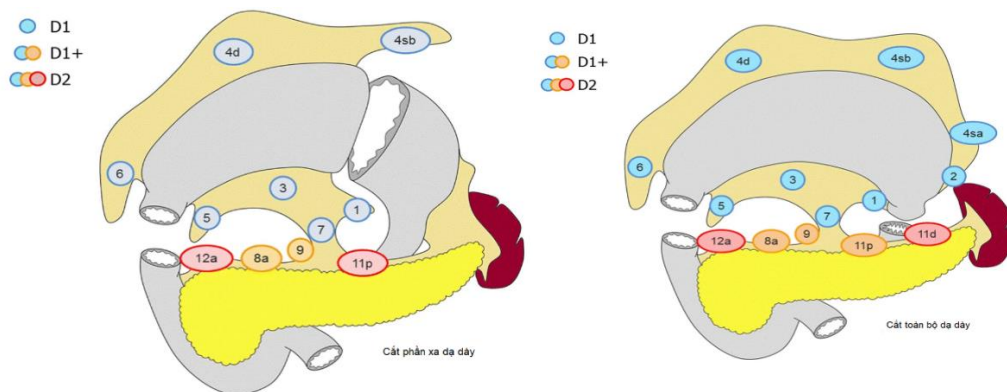
Nạo hạch D1 được chỉ định trong trường hợp cT1a nhưng không thỏa tiêu chuẩn EMR/ESD và cT1bN0 với các khối u biệt hóa tốt, $\leq 1,5$ cm.

Nạo hạch D1+ được chỉ định trong trường hợp ct1N0 mà không thỏa các điều kiện trên.

Nạo hạch D2 được chỉ định trong trường hợp cT2-T4 hoặc cN+ còn khả năng phẫu thuật triệt để. Nên bảo tồn lách ở những trường hợp cắt toàn bộ dạ dày do u ở phần gần dạ dày và không lan tới bờ cong lớn. Vai trò cắt lách trong ung thư lan tới bờ cong lớn hiện vẫn còn tranh luận.

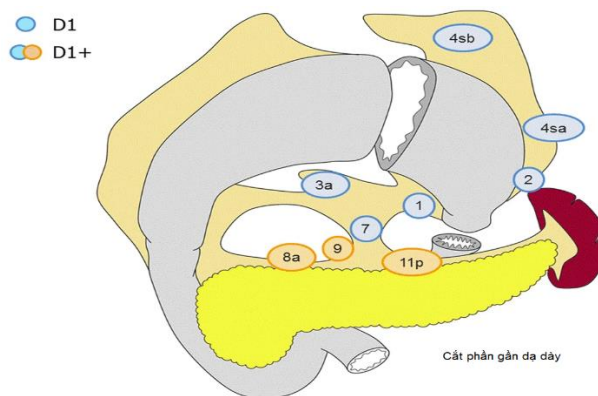
Nạo hạch D2+ nên được xem xét ở các trường hợp sau:

- Nạo hạch nhóm 10 trong ung thư phần gần dạ dày lan tới bờ cong lớn, có thể kèm cắt lách hoặc không.
- Nạo hạch nhóm 14v trong ung thư phần xa dạ dày có di căn hạch nhóm 6.
- Nạo hạch nhóm 13 trong ung thư xâm lấn tá tràng.
- Nạo hạch nhóm 16 sau hóa trị tân trợ đối với những ung thư có di căn hạch lan rộng.



Hình 1.2 Mức độ nạo hạch trong phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày và cắt toàn bộ dạ dày: màu xanh dương với nạo hạch D1, màu cam với nạo hạch D1+ và màu đỏ cho nạo hạch D2

Nguồn: Takeshi Sano, 2020²⁹



Hình 1.3 Mức độ nạo hạch trong phẫu thuật cắt bán phần trên dạ dày: màu xanh dương với nạo hạch D1, màu cam với nạo hạch D1+

Nguồn: Takeshi Sano, 2020²⁹

1.3. Hoá trị

Mặc dù sự phát triển gần đây của hoá trị đã giúp làm giảm giai đoạn nhiều trường hợp ung thư dạ dày tái phát hoặc không cắt được, những đáp ứng này thường vẫn không đủ để điều trị triệt để. Thời gian sống thêm trung bình trong các nghiên cứu đối với bệnh ở giai đoạn này kéo dài từ 6-13 tháng. Mục tiêu hiện tại của hoá trị là kéo dài thời gian biểu hiện các triệu chứng liên quan đến bệnh và kéo dài thời gian sống^{6,7}. Lợi ích về sống thêm của hoá trị đã được chứng tỏ trong các nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh hoá trị với điều trị nâng đỡ tốt nhất đối với những bệnh nhân ung thư dạ dày không cắt được. Mặc dù rất hiếm, vài bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến xa sống trên 5 năm với hoá trị đơn độc. Vì thế, hoá trị là điều trị chính đối với những trường hợp bệnh nhân ung thư dạ dày tiến xa hoặc tái phát với tổng trạng cho phép.

1.3.1. Chỉ định hoá trị

Chỉ định hoá trị nên được quyết định dựa trên các tiêu chuẩn thích hợp sau đây

- Lâm sàng và giải phẫu bệnh xác định ung thư dạ dày
- PS 0-2. Nói chung, hoá trị không được chỉ định cho bệnh nhân PS 3 hay 4. Chỉ định hoá trị nên được quyết định thận trọng, cân nhắc giữa lợi ích và tác dụng phụ.
- Các chức năng chính của cơ thể phải đảm bảo
- Bệnh nhân không có các bệnh nặng đi kèm.

1.3.2. Hoá trị hỗ trợ sau mổ

Hoá trị hỗ trợ sau mổ có vai trò giảm tỉ lệ tái phát bằng cách kiểm soát các tế bào ác tính còn sót lại sau phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn.

Hiệu quả của sự kết hợp Capecitabine + Oxaliplatin về khả năng sống thêm không bệnh đã được chứng minh vào năm 2002 trong một thử nghiệm lâm sàng giai đoạn III được thực hiện tại Hàn Quốc (CLASSIC) đối với UTDD giai đoạn II/III. Ở Nhật Bản, Oxaliplatin trong điều trị hỗ trợ đã được phê duyệt cho UTDD vào tháng 11 năm 2015 (Bằng chứng cấp độ A). Với nhiều bằng chứng cho thấy khả năng sống

thêm toàn bộ sau hóa trị liệu hỗ trợ sau phẫu thuật triệt căn, nỗ lực điều trị với liều lượng và lịch trình đã định trước trong khi vẫn duy trì tình trạng chung và kiểm soát độc tính hiện là một phần thiết yếu trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn II/III.

Chỉ định: Những trường hợp bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn II, IIIA, IIIB ngoại trừ pT1/pN2.pN3, được phẫu thuật triệt để cắt dạ dày kèm nạo hạch D2 trở lên.

Lịch trình hoá trị hỗ trợ sau mổ cho UTDD giai đoạn tiến xa tại chỗ

Phác đồ FOLFOX: phác đồ kết hợp ba thuốc oxaliplatin (L-OHP), 5-fluorouracil (5-Fu) và leucovorin (Fol), lặp lại mỗi 2 tuần. Đánh giá lần đầu sau hóa trị 4 chu kỳ, và lần tiếp theo sau 8 chu kỳ³⁰.

Phác đồ XELOX: phác đồ kết hợp capecitabine (uống capecitabine, 1000 mg/m² mỗi 2 lần/ngày từ ngày 1 – ngày 14; và truyền tĩnh mạch oxaliplatin 130 mg/m² ngày 1 mỗi chu kỳ), tổng cộng 8 chu kỳ trong 6 tháng^{31,32}.

1.4. Các phẫu thuật cắt dạ dày bảo tồn chức năng

PTNS cắt toàn bộ dạ dày làm mất đi chức năng của cơ vòng thực quản dưới, vốn đóng vai trò quan trọng trong cơ chế chống trào ngược dạ dày thực quản. Từ đó gây nên nhiều triệu chứng khác nhau sau mổ cắt dạ dày làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống sau mổ như ợ nóng, mau đầy bụng, nuốt khó. Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày cũng làm giảm hấp thu chất dinh dưỡng nghiêm trọng, làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân về lâu dài. Một số phương pháp phẫu thuật^{17,33,34} giúp bảo tồn chức năng nhằm làm giảm các triệu chứng này.

1.4.1. Cắt dạ dày bảo tồn môn vị

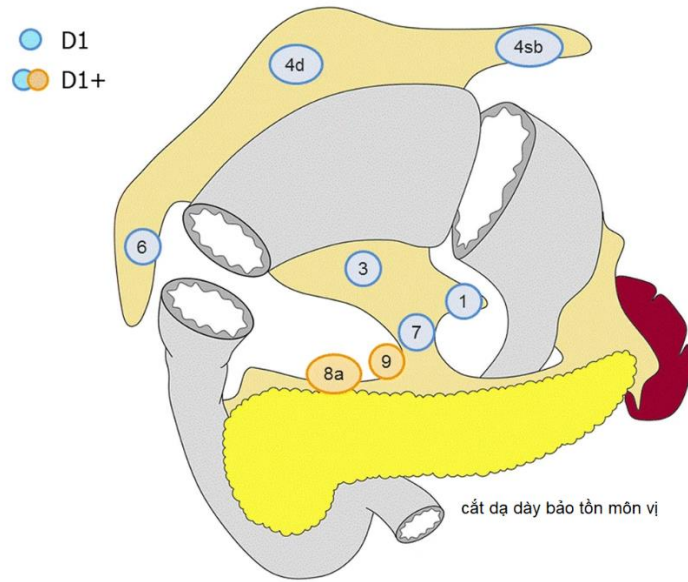
Phẫu thuật cắt dạ dày bảo tồn môn vị ban đầu được phát triển bởi Maki và cộng sự³⁵ để điều trị các ổ loét lành tính ở 1/3 giữa của dạ dày vào năm 1967 và sau đó được xem là phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm ở 1/3 giữa – dưới dạ dày, nhằm bảo tồn chức năng môn vị và duy trì chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật tốt hơn³⁶. Cắt dạ dày bảo tồn môn vị có một số lợi ích về chức năng và dinh dưỡng. Các đặc điểm cơ bản của phẫu thuật này bao gồm: bảo tồn chức năng

cơ vòng của môn vị và duy trì chức năng chứa của hang môn vị. Với kỹ thuật này, về mặt lý thuyết, chức năng làm rỗng dạ dày sinh lý được duy trì; do đó, giúp làm giảm tỉ lệ trào ngược dịch kiềm, hội chứng dumping, rối loạn thói quen đại tiện và sụt cân so với phẫu thuật cắt phần xa dạ dày tiêu chuẩn với tái lập lưu thông theo Billroth I¹⁷.

Chỉ định

Theo hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Nhật Bản^{7,37}, Phẫu thuật cắt dạ dày bảo tồn môn vị có thể được xem xét để điều trị ung thư ở phần ba giữa dạ dày giai đoạn cT1N0M0 với bờ dưới u cách gần môn vị tối thiểu 4 cm.

Trong các khối u cT1N0 ở 1/3 giữa của dạ dày, rất hiếm khi di căn đến các trạm hạch số 5, 6i; do đó có thể bỏ qua nạo các nhóm hạch này. Các nghiên cứu trước đây báo cáo tỷ lệ di căn bạch huyết trên và dưới môn vị thấp (nhóm hạch số 5 và 6), tương ứng từ 0,00% đến 0,45% và từ 0,45% đến 2,60% đối với ung thư dạ dày giai đoạn sớm ở 1/3 giữa dạ dày^{38,39}. Mizuno và cộng sự³⁹ nhận thấy không có bệnh nhân nào trong số 117 bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm ở 1/3 giữa dạ dày di căn đến nhóm hạch 6i, và cho rằng phẫu thuật nạo hạch dọc theo động mạch dưới môn vị là không thể thiếu trong phẫu thuật cắt dạ dày bảo tồn môn vị. Theo đó, trong hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Nhật Bản, cắt dạ dày bảo tồn môn vị được khuyến nghị là một lựa chọn cho các khối u cT1N0 ở phần giữa của dạ dày có bờ dưới khối u cách môn vị ít nhất 4 cm.



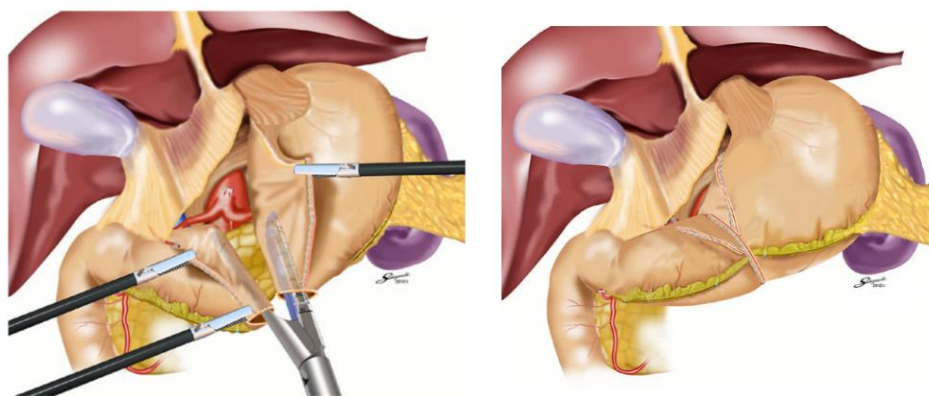
Hình 1.4 Các nhóm hạch cần nạo vét theo từng chặng trong phẫu thuật cắt dạ dày bảo tồn môn vị trong điều trị ung thư dạ dày.

Nạo các chặng hạch màu xanh lam cho D1, màu cam cho D1+

Nguồn: Takeshi Sano, 2020²⁹

PTNS cắt dạ dày bảo tồn môn vị

Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong cắt dạ dày bảo tồn chức năng đã được quan tâm và phổ biến trong những năm gần đây. Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt dạ dày bảo tồn môn vị đã được áp dụng là một phương pháp khả thi và an toàn với việc giảm lượng máu mất, giảm đau và phục hồi nhanh hơn so với phẫu thuật mở cắt dạ dày bảo tồn môn vị⁴⁰.



Hình 1.5 Kỹ thuật PTNS cắt dạ dày bảo tồn môn vị, làm miệng nối hình delta trong ổ bụng⁴¹

Nguồn: Kumagai, 2015⁴¹

Cắt đoạn dạ dày

Phẫu thuật cắt đoạn dạ dày là phương pháp cắt một đoạn hết trọn chu vi của dạ dày, chừa lại 1 phần hang môn vị và tâm vị³⁷. Phẫu thuật cắt đoạn dạ dày được Wangenstein thực hiện lần đầu tiên vào năm 1952 để điều trị loét dạ dày⁴². Đến năm 1999, Ohwada và cộng sự báo cáo 30 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn dạ dày điều trị ung thư ở phần ba giữa dạ dày giai đoạn sớm⁴³. Gần đây, một số báo cáo về sinh thiết hạch cạnh góc được sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán di căn hạch trong các phẫu thuật bảo tồn chức năng điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm, tuy nhiên, các vấn đề về lựa chọn chất đánh dấu hạch di căn nào tối ưu, phương pháp tiêm chất đánh dấu, nguy cơ âm tính giả vẫn cần phải làm rõ bằng các nghiên cứu xa hơn. Một số nghiên cứu đã thực hiện để đánh giá tính an toàn và thuận lợi của phẫu thuật cắt đoạn dạ dày điều trị ung thư dạ dày sớm⁴⁴⁻⁴⁶.

Phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày điều trị ung thư dạ dày được chỉ định cho các trường hợp ung thư dạ dày ở lớp niêm mạc có đường kính < 4cm, hoặc ở lớp dưới niêm mạc có đường kính < 2cm, ở vị trí phần ba giữa hoặc trên của dạ dày, chưa có bằng chứng di căn hạch, và phải đảm bảo bờ cắt an toàn, và phần hang vị còn lại u tối thiểu 4cm³⁷. Các bước phẫu thuật được thực hiện tương tự kỹ thuật cắt dạ dày bảo

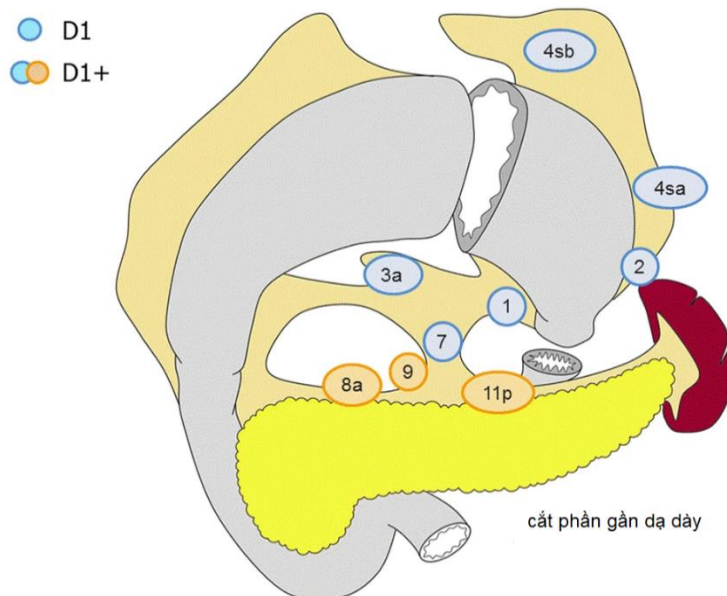
tồn môn vị, ngoại trừ phần cần bảo tồn mạch máu vị mạc nối phải để cấp máu cho phần hang vị còn lại, và không cần thiết phải nạo hạch nhóm 6.

1.4.2. Phẫu thuật cắt phần gần dạ dày

Chỉ định và tính an toàn của phẫu thuật cắt phần gần dạ dày

Phẫu thuật cắt phần gần dạ dày ban đầu được giới thiệu là phương pháp phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày ở vùng tâm vị giai đoạn I, II từ những năm 1980⁴⁷. Ở những bệnh nhân ung thư dạ dày 1/3 trên giai đoạn sớm, rất hiếm khi di căn đến các chặng hạch bạch huyết 4d, 5, 6; do đó, nạo vét các nhóm hạch này được coi là không cần thiết. Tác giả Ichikawa cho rằng kết quả ung thư dài hạn của phẫu thuật cắt phần gần dạ dày tương tự như phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày⁴⁸. Ichikawa và cộng sự⁴⁸ báo cáo tỷ lệ sống thêm chung của nhóm cắt phần gần dạ dày tương tự như của nhóm cắt toàn bộ dạ dày.

Một nghiên cứu ở Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ung thư dạ dày một phần ba trên đang không ngừng tăng⁴⁹. Năm 2014, có 2.365 (16%) trường hợp ung thư ở 1/3 trên của dạ dày được phẫu thuật ở Hàn Quốc, tăng 2,6% so với năm 2009⁵⁰. Cùng với sự gia tăng tỷ lệ ung thư dạ dày giai đoạn sớm, phẫu thuật nội soi cắt phần gần dạ dày cho nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày ở phần ba trên là lựa chọn tối ưu nhất, và vượt trội hơn mổ mở cắt phần gần dạ dày, phẫu thuật cắt dạ dày toàn bộ mở và nội soi⁵¹. Chất lượng cuộc sống có thể được cải thiện với cắt dạ dày toàn bộ nhờ bảo tồn chức năng của dạ dày phần xa cùng với cơ vòng môn vị¹⁴. Tuy nhiên, cắt phần gần dạ dày không phải là một lựa chọn phẫu thuật phổ biến, với chỉ 1,1% (168) tổng số ca cắt dạ dày được thực hiện ở Hàn Quốc vào năm 2014⁵⁰. Có ba mối quan tâm chính đối với cắt phần gần dạ dày: các lợi ích về mặt chức năng, mức độ an toàn ung thư và các biến chứng liên quan đến miệng nối.



Hình 1.6 Các nhóm hạch cần nạo vét theo từng chặng trong phẫu thuật cắt phần gần dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày

Nạo các chặng hạch màu xanh lam cho D1, màu cam cho D1+

Nguồn: Takeshi Sano, 2020²⁹

Kết quả

Kong⁵² và cộng sự nhận thấy ung thư phần gần dạ dày giai đoạn sớm chỉ di căn đến các chặng hạch số 2, 3 và 7. Kitamura⁵³ và cộng sự không quan sát thấy di căn hạch bạch huyết quanh phần xa dạ dày ở các bệnh nhân ung thư dạ dày đoạn gần chưa xâm lấn quá lớp cơ (T2). Trong một phân tích gộp⁵⁴ bao gồm 1.364 bệnh nhân, tỷ lệ sống thêm 5 năm ở bệnh nhân cắt phần gần dạ dày không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt dạ dày toàn bộ (60,9% so với 64,4%). Nhưng tỷ lệ tái phát được cho là cao hơn ở nhóm cắt phần gần dạ dày so với nhóm cắt dạ dày toàn bộ (38,7% so với 24,4%).

Ung thư phần dạ dày còn lại cao hơn sau mổ mở cắt phần gần dạ dày (3,6 ~ 9,1%) so với sau mổ mở cắt phần xa dạ dày (0,4 ~ 2,5%)^{17 49}. Nội soi theo dõi sau phẫu thuật quan trọng để phát hiện tái phát. Nội soi tầm soát trên những bệnh nhân được nói thực quản dạ dày có thể thực hiện thuận lợi, tuy nhiên nội soi tiêu hóa có

thể gặp khó bệnh nhân cắt phần gần dạ dày với miệng nối thực quản hồng tràng, đặc biệt là khi chiều dài đoạn hồng tràng trung gian hơn 10 cm⁵⁵ .

PTNS cắt phần gần dạ dày

Rất ít nghiên cứu đã so sánh cắt phần gần dạ dày nội soi với cắt phần gần dạ dày hở. Kinoshita và cộng sự⁵⁶ nhận thấy cắt phần gần dạ dày nội soi có thời gian phẫu thuật lâu hơn nhưng giảm lượng máu mất, và tỷ lệ biến chứng tương tự so với cắt phần gần dạ dày mở. Thách thức kỹ thuật quan trọng nhất trong cắt phần gần dạ dày nội soi là phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa, vẫn chưa được làm rõ hoàn toàn⁵⁷. Ahn và cộng sự⁵⁷ đã báo cáo loạt ca về cắt phần gần dạ dày nội soi sử dụng phương pháp làm miệng nối thực quản hồng tràng 2 đường và cho thấy rằng đây là một phương pháp tái tạo khả thi, đơn giản và hữu ích với kết quả hậu phẫu rất tốt về các triệu chứng trào ngược.

Lee và cộng sự⁵⁸ đã báo cáo về PTNS một lỗ cắt phần gần dạ dày với miệng nối thực quản hồng tràng 2 đường. Bất chấp những thách thức kỹ thuật gây ra bởi phẫu trường hẹp, phẫu thuật này mang lại lợi ích về mặt thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân.

1.4.3. Phẫu thuật theo hướng hạch canh gác (SENTINEL NODE NAVIGATION SURGERY (SNNS))

Định nghĩa

Hạch canh gác (sentinel node) là hạch bạch huyết đầu tiên nhận dẫn lưu bạch huyết từ khối u nguyên phát, và di căn hạch bạch huyết được cho là ban đầu xảy ra tại vị trí này⁵⁹. Nguyên tắc của phẫu thuật theo hướng hạch canh gác là xác định và kiểm tra di căn của hạch canh gác, từ đó giảm thiểu việc phải nạo hạch quá mức các hạch không phải bệnh và giảm thiểu phần dạ dày phải cắt bỏ. Khái niệm này đã được áp dụng để điều trị ung thư vú và melanom và đã giúp giảm tỉ lệ biến chứng phẫu thuật và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Kỹ thuật

Do tình trạng dẫn lưu bạch huyết đa hướng của dạ dày và khả năng di căn nhảy cóc, việc áp dụng phẫu thuật theo hướng hạch canh gác trong ung thư dạ dày hiện nay vẫn còn là thách thức⁵⁹. Các vấn đề khác với phẫu thuật theo hướng hạch canh gác là việc sử dụng chất đánh dấu thích hợp, cách xác định và kiểm tra hạch canh gác, các lựa chọn để kiểm soát khối u nguyên phát và nhóm bệnh nhân nào sẽ được áp dụng phẫu thuật theo hướng hạch canh gác⁶⁰.

Sự kết hợp của các kỹ thuật dựa trên thuốc nhuộm và dựa trên đồng vị phóng xạ là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất để xác định và lập bản đồ hạch canh gác. Nội soi chích dưới niêm mạc thuốc cản quang quanh khối u thường được thực hiện và chụp ảnh huỳnh quang hồng ngoại của trong mô đã được sử dụng cho hình ảnh tốt hơn. Nhuộm hematoxylin và eosin là kỹ thuật được sử dụng phổ biến nhất để chẩn đoán di căn trong các hạch canh gác trong phẫu thuật và độ chính xác dao động từ 74 ~ 100% trong y văn⁶⁰. Các kỹ thuật khác bao gồm nhuộm hóa mô miễn dịch và phản ứng chuỗi polymerase sao chép ngược (RT PCR), có vẻ hứa hẹn đặc biệt với những trường hợp di căn vi thể⁶⁰. Để kiểm soát khối u nguyên phát; các phương pháp cắt dạ dày bảo tồn chức năng khác như cắt phần gần dạ dày, cắt dạ dày bảo tồn môn vị đã được sử dụng, cũng như các phương pháp cắt ít xâm lấn hơn như cắt dạ dày hình chêm, cắt đoạn dạ dày và nhiều kỹ thuật cắt toàn thành dạ dày qua nội soi tiêu hóa⁶¹, tuy nhiên vẫn chưa có sự thống nhất về phương pháp tối ưu⁶². Các nghiên cứu từ Đông Á đã sử dụng phẫu thuật theo hướng hạch canh gác chủ yếu ở khối u giai đoạn T1 và một số ở khối u giai đoạn T2. Một số nghiên cứu phương Tây bao gồm khối u giai đoạn T3⁶⁰.

Kết quả

Hiệp hội phẫu thuật theo hướng hạch canh gác Nhật Bản⁶³ đã phân tích 397 bệnh nhân bị ung thư dạ dày giai đoạn cT1-2N0M0 với kích thước khối u < 4 cm. Họ đã hoàn thành việc xác định và lập bản đồ hạch canh gác, sau đó cắt dạ dày tiêu chuẩn với nạo hạch D2. Tỷ lệ phát hiện, độ nhạy và độ chính xác của kiểm tra hạch canh

gác lần lượt là 97,5% (387/397), 93% (53/57) và 99% (383/387). Tỷ lệ âm tính giả chỉ là 1% (bốn bệnh nhân).

Tính khả thi và độ chính xác của chẩn đoán bằng sinh thiết hạch canh gác trong ung thư dạ dày giai đoạn T1 đã được đánh giá trong một thử nghiệm đa trung tâm (JCOG0302)⁶⁴. Mục đích chính là xác định tỷ lệ âm tính giả. Người ta thấy rằng tỷ lệ âm tính giả cao hơn nhiều (14%) so với dự kiến (10%), và đã bị đình chỉ khi theo dõi nửa năm một lần. Sau đó, một số nghiên cứu lâm sàng về phẫu thuật theo dẫn lưu bạch huyết, là một phương pháp phẫu thuật nạo hạch chọn lọc theo vùng bắt thuốc nhuộm màu, còn được gọi là vùng dẫn lưu vực bạch huyết, chứa các hạch bạch huyết và mạch bạch huyết được nhuộm bằng thuốc nhuộm hoặc đồng vị phóng xạ hoặc cả hai được sử dụng làm chất đánh dấu để lập bản đồ hạch canh gác trong ung thư dạ dày giai đoạn sớm, đã được tiến hành⁶⁵. Thử nghiệm SENORITA (Sentinel Node ORiented Tailor Approach) ở Hàn Quốc sẽ đánh giá phẫu thuật bảo tồn dạ dày với phẫu thuật theo hướng hạch canh gác so với cắt dạ dày tiêu chuẩn về tỷ lệ sống không bệnh, tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ tử vong và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm^{59 62}.

1.4.4. Cắt khối u ung thư qua nội soi

Chỉ định

Cắt u qua nội soi được xem xét đối với các khối u có khả năng di căn hạch rất thấp và phù hợp cho việc cắt trọn khối en bloc. Một số được sử dụng để kiểm soát khối u nguyên phát cho phẫu thuật theo hướng hạch canh gác. Hai phương pháp phẫu thuật nội soi thường được sử dụng nhất là cắt hớt niêm mạc qua nội soi (EMR) và cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD). Hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Nhật Bản³⁷ nêu rõ EMR hoặc ESD được chỉ định như một phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho ung thư biểu mô tuyến dạ dày loại biệt hóa mà không có dấu hiệu loét, trong đó độ xâm lấn được chẩn đoán lâm sàng là cT1a và đường kính ≤ 2 cm. Các chỉ định mở rộng cũng đã được đề cập tới nhưng cần được xem xét cẩn trọng.

Kỹ thuật cắt hớt niêm mạc qua nội soi (EMR)

Trong kỹ thuật EMR, tổn thương, cùng với niêm mạc xung quanh, được nâng lên bằng cách tiêm nước muối vào dưới niêm mạc và lấy ra bằng cách sử dụng vòng cắt đốt cao tần. Hạn chế chính của kỹ thuật EMR là cắt bỏ không hoàn toàn hết các tổn thương > 2 cm do giới hạn về kích thước của các dụng cụ được sử dụng⁶⁶.

Kỹ thuật cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD)

Trong khi ở kỹ thuật ESD, niêm mạc xung quanh tổn thương được cắt theo chu vi bằng dao điện cao tần và lớp dưới niêm mạc được bóc tách khỏi lớp cơ. Giới hạn kích thước trong kỹ thuật EMR được giải quyết bởi kỹ thuật ESD và được coi là tối ưu hơn kỹ thuật EMR vì nó cho phép phân giai đoạn T chính xác cho ung thư giai đoạn sớm kích thước lớn⁶⁶. Trong một phân tích tổng quan gần đây⁶⁷, kỹ thuật ESD được chứng minh là có lợi thế trong việc cắt trọn khối, cắt bỏ hoàn toàn về mặt mô học và tỷ lệ tái phát tại chỗ so với kỹ thuật EMR. Mặc dù thời gian phẫu thuật trung bình và các biến chứng như thủng cao hơn trong kỹ thuật ESD.

Hahn và cộng sự⁶⁸ nhận thấy rằng kỹ thuật ESD có tỷ lệ biến chứng cấp tính thấp hơn so với phẫu thuật (8,1% so với 18,1%) nhưng có tỷ lệ sống thêm sau 5 năm tương tự (96,4% so với 97,2%) và tỷ lệ sống thêm không bệnh (99,6% so với 99,2%).

Phẫu thuật Hybrid (kết hợp nội soi và phẫu thuật nội soi)

Phẫu thuật kết hợp (Hybrid surgery) hoặc khái niệm kết hợp phẫu thuật nội soi và nội soi (LECS) cho ung thư dạ dày giai đoạn sớm đã được báo cáo.

Cắt bỏ toàn bộ thành dạ dày qua nội soi (EFTR) thường được thực hiện với sự hỗ trợ của phẫu thuật nội soi để tạo thuận lợi cho việc cắt bỏ tổn thương một cách an toàn, khắc phục khiếm khuyết sau đó và thậm chí hạn chế tối đa nạo hạch bạch huyết⁶⁹. Việc phẫu tích được thực hiện qua nội soi với tiêm dưới niêm mạc và cắt niêm mạc theo chu vi khối u, tiếp theo là cắt thủng có chủ đích để tạo điều kiện cho việc cắt bỏ toàn bộ thành dạ dày dưới quan sát của phẫu thuật nội soi⁷⁰. Gieo mầm tế bào ung thư vô tình là mối quan tâm đối với quy trình này vì có khả năng các tế bào

ung thư trong dịch dạ dày lây lan do tràn dịch hoặc do tiếp xúc tổn thương với phúc mạc hoặc dụng cụ nội soi⁶⁹. Các kỹ thuật không bộc lộ để cắt bỏ toàn bộ thành dạ dày đã được phát triển để ngăn chặn sự gieo mầm tế bào ung thư vô tình như cắt dạ dày hình chêm, kết hợp các phương pháp tiếp cận nội soi và nội soi đối với khối u với kỹ thuật không tiếp xúc (CLEAN-NET) và phẫu thuật cắt toàn thành dạ dày từ bên trong qua nội soi không tiếp xúc (NEWS)⁶⁹.

1.5. Phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày

Đối với các khối ung thư dạ dày ở phần ba giữa hay thân bị, có khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến chỗ nối thực quản dạ dày từ 3 cm đến 5 cm, có thể xem xét phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn, đồng thời giữ lại 1 phần nhỏ dạ dày, nhằm giảm các nguy cơ biến chứng của phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống sau mổ cho người bệnh. Nhiều nghiên cứu, kể cả mổ mở, cũng như mổ nội soi, đề nghị phương pháp phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày, hoặc cắt 95% dạ dày trong điều trị những bệnh nhân ung thư dạ dày ở phần ba giữa hoặc thân vị^{8,12-15}. Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu đều không đưa ra định nghĩa rõ ràng cho phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày hay phẫu thuật cắt 95% dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày^{8,12,13,17}. Chỉ có nghiên cứu của Jiang⁸ có đề cập đến tiêu chuẩn của phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày, với yêu cầu mổ dạ dày còn lại cách chỗ nối thực quản – tâm vị 2 – 3 cm.

Dựa trên phạm vi nạo hạch trong phẫu thuật cắt phần xa dạ dày, nạo vét hạch D1 bao gồm các chặng hạch bạch huyết 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7, và thêm các chặng 8a, 9 cho D1+ trong phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày³⁷. Nhóm hạch 11p, 11d thường được lấy kèm vì nó gần với khối u nguyên phát. Dưới quan sát nội soi trong phẫu thuật, dạ dày được cắt bằng máy cắt nối thẳng nội soi phía trên vị trí đã được đánh dấu trước phẫu thuật, để lại một phần dạ dày nhỏ còn lại. Phân tích cắt lạnh bờ cắt gần trong mổ để xác nhận bờ cắt an toàn về mặt ung thư.

Để đạt được yêu cầu bờ cắt gần của dạ dày an toàn về mặt kỹ thuật và ung thư trong phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày, Kawakatsu và cộng sự đã tìm thấy sự

hữu ích của việc xác định trước phẫu thuật vị trí khối u bằng kẹp clip trước mổ kết hợp với nội soi trong phẫu thuật, và Kamiya và cộng sự đã giới thiệu một kỹ thuật đánh dấu mới gọi là đốt đánh dấu nội soi^{71,72}.

Đối với miệng nối dạ dày hồng tràng, có thể thực hiện bằng máy khâu nối tròn 25 mm (Orvil) để không làm gián đoạn nguồn cung cấp máu từ các động mạch vị ngán¹⁴; tuy nhiên, làm miệng nối bằng máy khâu nối thẳng nội soi cũng đã được sử dụng gần đây mà không ảnh hưởng đến kết quả ngắn hạn sau phẫu thuật.

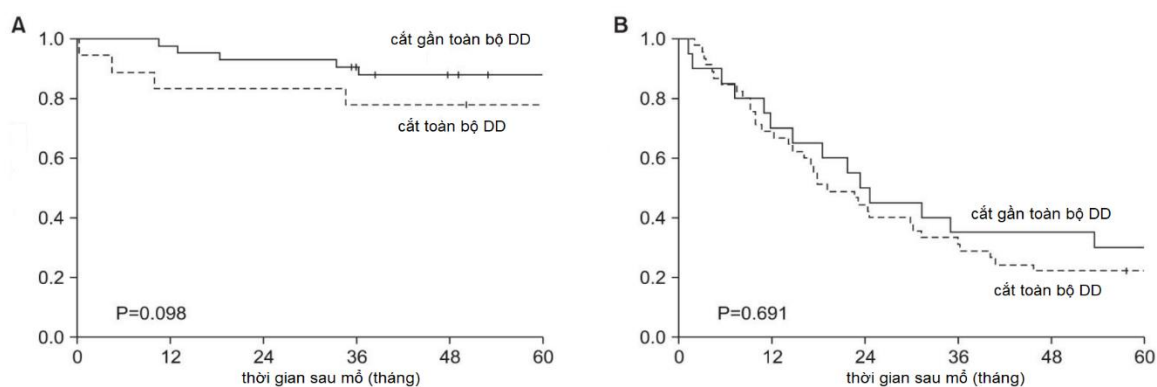
1.5.1. Phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày

Phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày được tác giả Takagi và đồng sự nhắc đến đầu tiên vào những năm 1980¹². Lúc này tỉ lệ phát hiện ung thư dạ dày giai đoạn sớm ở Nhật Bản ngày càng tăng lên, nhưng và tỉ lệ sống thêm 5 năm của ung thư dạ dày giai đoạn sớm lên đến 94%, nhưng chỉ định cắt toàn bộ dạ dày vẫn được áp dụng phổ biến cho các tổn thương lan rộng, nhiều tổn thương cùng lúc ở phần cao dạ dày, kể cả ung thư giai đoạn sớm. Nhóm tác giả Takagi đề nghị phương pháp cắt gần toàn bộ dạ dày (lúc này tác giả gọi phương pháp này là phương pháp mới), để điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm, ở vị trí còn đảm bảo bờ cắt an toàn ($\leq 2\text{cm}$ với ung thư sớm, $\leq 5\text{cm}$ với ung thư xâm lấn quá lớp dưới niêm mạc), và đảm bảo nạo hạch tiêu chuẩn tương đương phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày.

Nghiên cứu này báo cáo thực hiện thành công trên 3 bệnh nhân với không có biến chứng sớm sau phẫu thuật.

Trong giai đoạn những năm 80 của thế kỷ trước, kết quả phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày trên toàn thế giới, rất ít cải thiện trong vài thập kỷ. Tuy nhiên, lúc này vì vai trò của xạ trị và hóa trị trong điều trị ung thư dạ dày là không quan trọng, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị duy nhất để chữa khỏi căn bệnh ác tính này. Tỷ lệ sống thêm chung trong 5 năm vẫn còn thấp từ 10 đến 15 phần trăm. Chỉ định điều trị phẫu thuật để chữa khỏi ung thư dạ dày thay đổi từ cắt dạ dày bán phần xa đến cắt dạ dày toàn bộ. Nhược điểm của cắt dạ dày đoạn xa là tỷ lệ tái phát khối u cao ở phần dạ dày còn lại (lên đến 60%) và trong các hạch bạch huyết (lên đến 30%).

Nhóm tác giả Lee và cộng sự¹³ năm 2010 báo cáo so sánh kết quả điều trị khi thực hiện cắt toàn bộ và gần toàn bộ cho 125 bệnh nhân ung thư dạ dày phân ba giữa, nhằm so sánh ảnh hưởng của khoảng cách bờ cắt gần, cũng như các yếu tố liên quan kỹ thuật, có ảnh hưởng đến kết quả điều trị lâu dài hay không. Trong nghiên cứu này, khoảng cách bờ cắt gần là 3,2 cm trong nhóm cắt toàn bộ dạ dày, và 3,0 cm trong nhóm cắt gần toàn bộ dạ dày. Nhóm tác giả này còn đánh giá từng đoạn 1cm ở bờ cắt gần để đánh giá liên quan khoảng cách bờ cắt gần với tiên lượng sống còn. Trong thời gian theo dõi, cả 2 nhóm đều có xuất hiện tái phát tại miệng nối, 7,9% ở nhóm cắt toàn bộ dạ dày và 3,2% ở nhóm cắt gần toàn bộ dạ dày, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh thời gian sống thêm ở 2 nhóm, theo kích thước u, mức độ thâm nhiễm, tình trạng di căn hạch, giai đoạn bệnh, thì không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày và cắt gần toàn bộ dạ dày.



Biểu đồ 1.1 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn I, II (A) và III, IV (B) của bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày và cắt gần toàn bộ dạ dày¹³

Nguồn: Lee JH, 2010¹³

Nghiên cứu của Lee đi đến kết luận rằng, những bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn cắt toàn bộ dạ dày và cắt gần toàn bộ, kết quả sống thêm 5 năm theo giai đoạn bệnh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cùng giai đoạn bệnh, thời gian sống thêm phụ thuộc vào bản thân đặc điểm giải phẫu bệnh, hơn là khoảng cách bờ

cắt gân, nên nếu phẫu thuật đảm bảo bờ cắt an toàn, thì phẫu thuật cắt gân toàn bộ dạ dày là khả thi cho người bệnh ung thư dạ dày phân ba giữa.

Khi phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm 5 năm, Lee nhận thấy kích thước khối u, mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng di căn hạch, mức độ biệt hóa khối u không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày và cắt gân toàn bộ dạ dày. Bên cạnh đó, do tỉ lệ ung thư sớm ở nhóm cắt gân toàn bộ dạ dày cao hơn, nên có vẻ nhóm phẫu thuật cắt gân toàn bộ dạ dày có tỉ lệ thời gian sống thêm 5 năm cao hơn so với nhóm cắt toàn bộ dạ dày. Khi phân tích chung các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng sống thêm với bệnh nhân bị ung thư dạ dày phân ba giữa, tác giả nhận thấy mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng di căn hạch, mức độ biệt hóa và giai đoạn bệnh theo UICC có liên quan có ý nghĩa thống kê.

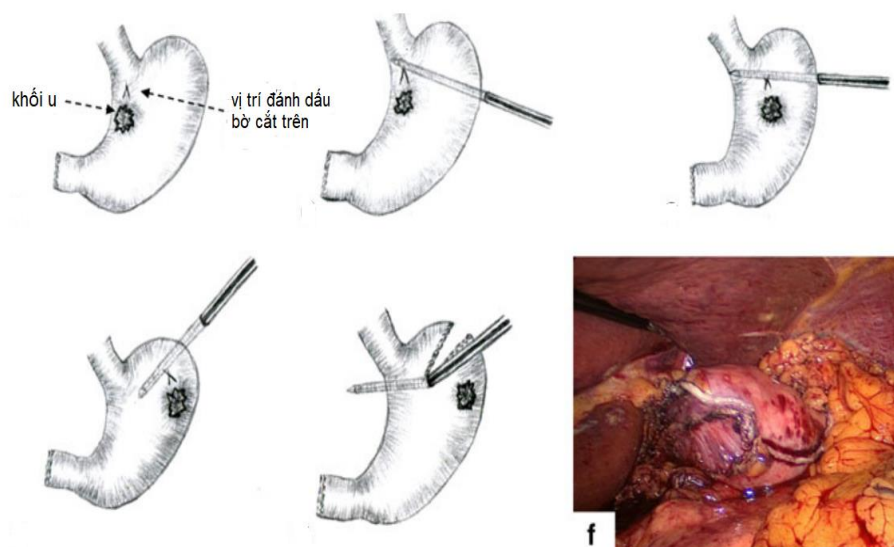
Một phân tích gộp được Jiang¹⁶ và cộng sự thực hiện trên 12 nghiên cứu hồi cứu vào năm 2022 so sánh phẫu thuật mổ mở cắt gân toàn bộ dạ dày và cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày. Nhóm tác giả nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ 5 năm giữa hai nhóm cắt toàn bộ dạ dày và cắt gân toàn bộ dạ dày khi khoảng cách bờ cắt gân dao động từ 3 cm đến 5 cm. Tác giả đưa ra kết luận rằng, với kết quả tai biến biến chứng thấp, và kết quả về mặt ung thư học chấp nhận được, mổ mở cắt gân toàn bộ dạ dày là phương pháp an toàn và khả thi trong điều trị ung thư dạ dày phân ba giữa, với điều kiện bờ cắt gân đảm bảo không còn tế bào ung thư.

Tuy nhiên, nghiên cứu của Jiang¹⁶ chỉ ra nhiều hạn chế. Tất cả các nghiên cứu đưa vào phân tích gộp đều là nghiên cứu hồi cứu, thiếu các nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có nhóm chứng gây ảnh hưởng đến độ mạnh của nghiên cứu này. Các nghiên cứu này chỉ được thực hiện tại Hàn Quốc và Trung Quốc, trong khi thiếu các dữ liệu công bố ở Nhật Bản, các nước Phương Tây, cũng như châu Mỹ. Các dữ liệu được tìm kiếm chỉ bằng ngôn ngữ tiếng Anh và tiếng Trung nên có thể gây thiếu sót dữ liệu nghiên cứu. Hơn nữa, cỡ mẫu của các nghiên cứu trong phân tích gộp này có cỡ mẫu

nhỏ, nên cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để cho giá trị tốt hơn trong thực hành lâm sàng.

1.5.2. PTNS cắt gân toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày

PTNS hỗ trợ cắt gân toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày được nhắc tới đầu tiên trong nghiên cứu của Jiang và cộng sự năm 2010⁸. Nghiên cứu này thực hiện PTNS hỗ trợ cắt gân toàn bộ dạ dày – nạo hạch tiêu chuẩn thành công cho 23 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn sớm trong 2 năm 2009 – 2010, khoảng cách bờ cắt gân là $2,0 \pm 0,9$, tất cả đều có kết quả cắt lạnh và giải phẫu bệnh sau mổ không có tế bào ung thư.



Hình 1.7 Các hướng cắt dạ dày bằng máy khâu nối nội soi tùy theo vị trí khối u⁸

Nguồn: Jiang X, 2011⁸

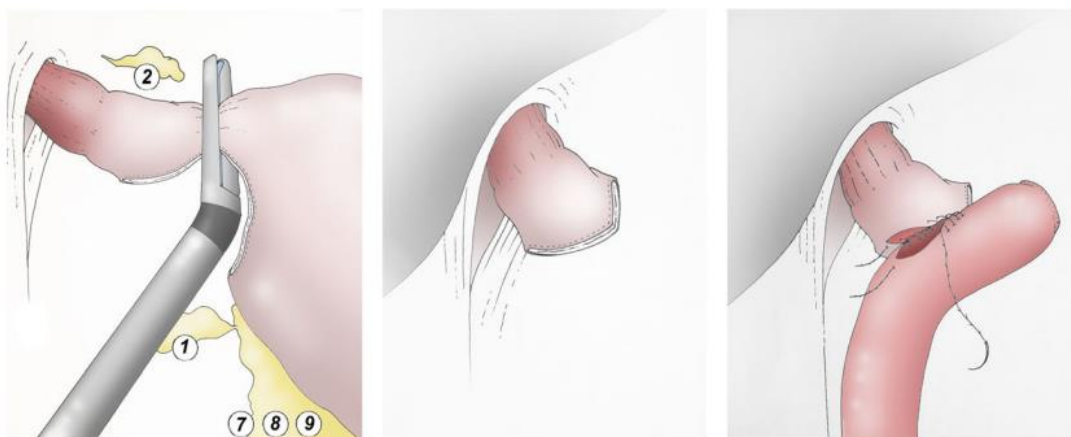
Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, có bốn bệnh nhân gặp biến chứng sau mổ. Hai bệnh nhân phải mổ lại vì xì mồm tá tràng và một bệnh nhân bị hẹp chân Y hồng tràng, tất cả đều do xoắn chân Y hồng tràng. Một bệnh nhân bị chảy máu miệng nối, được nội soi tiêu hóa để kẹp clip cầm máu. Một bệnh nhân bị áp xe tồn lưu ổ bụng, được điều trị nội khoa thành công. Tất cả bệnh nhân được theo dõi trên 3 tháng, và không có bệnh nhân nào ghi nhận tình trạng trào ngược hay ợ nóng. Tuy nghiên cứu này ban đầu gặp một số biến chứng, nhưng các biến chứng này không liên qua đến

kỹ thuật mới, mà liên quan đến kỹ thuật làm quai Roux – End – Y. Nghiên cứu này mở đầu cho các nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi vào chỉ định cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày, và chứng minh được các lợi ích của kỹ thuật này so với phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày.

Đến năm 2013, nhóm tác giả ở bệnh viện ASAN⁷³ báo cáo 21 trường hợp ung thư dạ dày sớm được PTNS cắt 95% dạ dày – nạo hạch tiêu chuẩn. Vì tất cả là ung thư sớm, nên trong nghiên cứu này, các tác giả thực hiện nội soi dạ dày kẹp clip đánh dấu bờ cắt trên trước mổ, sau đó chụp lại Xquang trong mổ để xác định vị trí cắt dạ dày thích hợp. Cuối cùng, trước khi thực hiện miệng nối dạ dày – hồng tràng bên bên, bờ cắt gần được kiểm tra lại bằng cắt lạnh để khẳng định không có tế bào ung thư.

Tất cả các bệnh nhân được PTNS thành công, không có trường hợp nào bờ cắt còn tế bào ung thư với khoảng cách bờ cắt gần là $2 \pm 1,6$ cm, số hạch nạo vét được là 36 ± 11 hạch, không ghi nhận biến chứng trong và sau mổ. Tất cả bệnh nhân được nội soi kiểm tra sau 6 tháng và không có bất thường đặc biệt nào được ghi nhận.

Năm 2015, một nhóm tác giả ở Châu Âu⁹ báo cáo về kỹ thuật PTNS toàn bộ cắt 95% dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày, nối dạ dày hồng tràng hoàn toàn trong ổ bụng bằng khâu nối tay, kèm theo nạo cả các nhóm hạch cạnh tâm vị (nhóm số 2 và số 4). Nhóm tác giả này không báo cáo số lượng người bệnh được thực hiện, nhưng đề nghị rằng PTNS cắt 95% dạ dày trên những bệnh nhân chọn lọc có thể thực hiện an toàn và khả thi mà không cần bất cứ dụng cụ hay kỹ thuật nào đặc biệt.



Hình 1.8 PTNS cắt 95% dạ dày, nối dạ dày hồng tràng bằng khâu nối tay⁹

Nguồn: Arru L, 2015⁹

Việc bảo tồn phần gần dạ dày có thể làm phát sinh hai mối lo ngại về ung thư: một là bờ cắt còn tế bào ung thư, hai là khả năng di căn hạch đến các chặng hạch 2, 4sa. Kano và cộng sự⁷⁴ cho rằng phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày có thể là một phương pháp chấp nhận được về mặt ung thư đối với ung thư ở phần ba trên của dạ dày giai đoạn cT1N0 vì không có bệnh nhân nào sau điều trị phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày, phẫu thuật nội soi cắt phần gần dạ dày, hoặc phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày có di căn tại nhóm hạch 2, 4sa hoặc tái phát tại chỗ. Bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày có tỷ lệ sống thêm chung và sống thêm không bệnh trong 3 năm tương tự như những bệnh nhân với phẫu thuật nội soi cắt phần gần dạ dày hoặc phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày. Tuy nhiên, khoảng cách bờ cắt gần đến khối u trong phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày ngắn hơn đáng kể so với phẫu thuật nội soi cắt phần gần dạ dày hoặc phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày; do đó, trong phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày, chẩn đoán trước mổ và trong mổ phải cẩn trọng hơn để đảm bảo bờ cắt không còn tế bào ung thư. Nếu đảm bảo an toàn về mặt kỹ thuật và ung thư, thì phẫu thuật nội soi cắt phần gần dạ dày có thể có lợi về mặt giới hạn bờ cắt gần dài hơn và kích thước phần dạ dày còn lại lớn hơn.

1.5.3. PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển

Dựa trên các nghiên cứu đã được thực hiện cho thấy PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm an toàn và khả thi, đồng thời một số trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển ở phần ba giữa hoặc phần ba trên dạ dày vẫn còn đủ khoảng cách đến chỗ nối thực quản tâm vị đủ để giữ lại một phần nhỏ dạ dày, trong thời gian từ năm 2008 đến 2012 nhóm tác giả Nakauchi và cộng sự¹⁵ đã thực hiện nghiên cứu trên 253 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển, chọn lọc được 27 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày với các tiêu chuẩn: khối u cách chỗ nối thực quản tâm vị $\leq 4\text{cm}$, bờ cắt gần đảm bảo $\geq 2\text{cm}$, cắt lạnh bờ cắt gần trong mô không có tế bào ung thư.

Trong nghiên cứu này, có 3 bệnh nhân ở nhóm PTNS cắt phần xa dạ dày chuyển thành PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày; và 6 bệnh nhân ở nhóm PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày được chuyển sang PTNS cắt toàn bộ dạ dày do bờ cắt quá gần khối u ($< 1\text{ cm}$) hoặc kết quả cắt lạnh có tế bào ung thư. Khi so sánh về kết quả phẫu thuật, thì có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm về kiểu nối phục hồi lưu thông tiêu hóa, thời gian mổ, lượng máu mất, số hạch nạo vét được, kích thước u, và thời gian nằm viện. Ở nhóm PTNS cắt toàn bộ dạ dày, thời gian mổ kéo dài, lượng máu mất nhiều hơn, thời gian nằm viện dài hơn so với 2 nhóm PTNS cắt phần xa và cắt gần toàn bộ dạ dày. Không có sự khác biệt về số hạch di căn nạo vét được, tỉ lệ mổ lại và tỉ lệ tử vong giữa các nhóm.

Tương tự như trong nghiên cứu về PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn sớm^{8,73}, Khi đánh giá các biến chứng sau mổ, nhóm tác giả nhận thấy PTNS cắt toàn bộ dạ dày có các biến chứng tại chỗ (xì miệng nối, rò tụy, tụ dịch, áp xe tồn lưu) cao hơn so với nhóm PTNS cắt gần toàn bộ và cắt phần xa dạ dày, trong khi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng sau mổ giữa 2 nhóm PTNS cắt phần xa dạ dày và PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày.

Thời gian theo dõi trung bình của nghiên cứu này là 44,9 tháng (2,7 – 101 tháng). Thời gian sống thêm và sống không bệnh chung lần lượt là 80,2 và 73,5%. Thời gian sống thêm riêng lẻ của từng nhóm PTNS cắt phần xa dạ dày, cắt gần toàn bộ dạ dày và cắt toàn bộ dạ dày lần lượt là 86,8%, 66,7% và 76,2%. Thời gian sống không bệnh riêng lẻ của từng nhóm PTNS cắt phần xa dạ dày, cắt gần toàn bộ dạ dày và cắt toàn bộ dạ dày lần lượt là 81,8%, 63% và 66,7%. 67 bệnh nhân (26,5%) trong thời gian 3 năm theo dõi có dấu hiệu tái phát và di căn xa. Di căn phúc mạc là loại tái phát thường gặp nhất, 40 bệnh nhân (26,5%). 10 bệnh nhân (15,8%) di căn gan, 7 bệnh nhân di căn hạch chằng xa, 3 bệnh nhân di căn xương, 2 di căn phổi, 1 tái phát hạch vùng, 1 tái phát tại miệng nối, và 4 bệnh nhân di căn nơi khác.

Đánh giá về tình trạng dinh dưỡng sau mổ, nghiên cứu của Nakauchi¹⁵ và cộng sự phân tích sự thay đổi cân nặng sau mổ 1 năm và 3 năm của nhóm cắt toàn bộ dạ dày so với nhóm cắt phần xa dạ dày và nhóm cắt gần toàn bộ dạ dày. Tác giả nhận thấy sau mổ 1 năm, mức độ giảm cân nặng ở nhóm cắt toàn bộ dạ dày nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt phần xa dạ dày và nhóm cắt gần toàn bộ dạ dày, trong khi không có sự khác biệt giữa hai nhóm cắt phần xa dạ dày và cắt gần toàn bộ dạ dày.

Nghiên cứu này có một số hạn chế như nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu thực hiện PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày còn nhỏ, chỉ thực hiện tại 1 trung tâm, thời gian theo dõi còn tương đối ngắn. Tuy nhiên, nhóm tác giả cũng đề nghị rằng PTNS cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày gian đoạn tiến triển là an toàn và khả thi cả về kết quả phẫu thuật cũng như kết quả về mặt ung thư học. Bên cạnh đó, PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày cải thiện đáng kể kết quả ngắn hạn cũng như tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân so với PTNS cắt toàn bộ dạ dày.

Với các nghiên cứu đã thực hiện cho thấy PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, nạo hạch tiêu chuẩn trong điều trị ung thư dạ dày, cả ở giai đoạn sớm cũng như giai đoạn tiến triển, là khả thi và an toàn cả về kết quả phẫu thuật cũng như yêu cầu về ung thư học cho người bệnh ung thư dạ dày. Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu này là nghiên

cứu hồi cứu, hoặc số mẫu nghiên cứu còn rất nhỏ, nên chưa đưa ra được giá trị tin cậy cao trong thực hành lâm sàng^{8,10,11,15,19-22}.

1.6. Tình hình phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày ở Việt Nam

Năm 2008, tác giả Triệu Triều Dương⁷⁵ thực hiện PTNS cắt dạ dày, nạo hạch D2 cho 31 bệnh nhân so sánh với 44 trường hợp mổ mở. Thời gian mổ trung bình của PTNS và mổ mở lần lượt là 264 phút và 184 phút. Số lượng hạch nạo vét được là 37 trong PTNS và 42 trong mổ mở; lượng máu mất trung bình trong mổ là 188ml trong PTNS và 392ml trong mổ mở; thời gian nằm viện trong PTNS là 7,7 ngày và trong nhóm mổ mở là 9,4 ngày. Không có trường hợp nào tử vong trong mổ.

Lê Mạnh Hà⁷⁶ thực hiện PTNS cắt dạ dày kèm nạo hạch D1 + α và D1 + β cho 68 bệnh nhân ung thư dạ dày. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 21%. Thời gian mổ trung bình là 240 phút. Tỷ lệ biến chứng chung là 10,1%. Tác giả chưa đề cập đến các kết quả về mặt ung thư học. Ung thư giai đoạn T4 chiếm tỷ lệ 23,5%.

Đỗ Trường Sơn⁷⁷ nghiên cứu 216 trường hợp ung thư dạ dày được PTNS cắt dạ dày và nạo hạch D2. Tỷ lệ phẫu thuật R0 là 89,6%. 70% trường hợp ở giai đoạn I, II. Số hạch lympho nạo được trung bình là 10,9. Thời gian sống thêm sau 1, 3, 5 năm lần lượt là 81%, 48% và 36%. Thương tổn T4 chiếm 20,4% trong nghiên cứu.

Như vậy, tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về PTNS cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày nhưng hầu như chưa có nghiên cứu nào đề cập về PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày. Phẫu thuật này thay thế cho phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày 1/3 giữa hoặc 2/3 giữa dưới, tuy nhiên cần đánh giá đầy đủ nguy cơ tai biến và biến chứng trong và sau mổ, và tính khả thi, kết quả về mặt ung thư học cũng như chất lượng cuộc sống sau mổ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đưa ra kết quả cụ thể các tai biến và biến chứng của PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày nạo hạch tiêu chuẩn điều trị ung thư dạ dày, phân tích các khó khăn trong quá trình phẫu thuật, cũng như đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ và kết quả về mặt ung thư học của bệnh nhân.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả loạt ca.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Đối tượng

Bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của dạ dày 1/3 giữa hoặc 2/3 giữa dưới.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn vào

- Ung thư biểu mô tuyến dạ dày 1/3 giữa hoặc 2/3 giữa dưới được chỉ định cắt gần toàn bộ dạ dày ở giai đoạn \leq T4a và M0 theo hiệp hội ung thư Nhật Bản năm 2014 và NCCN năm 2020.
- Mỏm cắt phần dạ dày còn lại ở bờ cong nhỏ trước khi cắt ngang dạ dày cách chỗ nối thực quản – tâm vị từ > 0 cm đến ≤ 2 cm.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại ra

- ASA > 3
- Bệnh nhân có các bệnh về tim mạch, hô hấp, suy gan, rối loạn đông máu, suy thận... mà có chống chỉ định của PTNS
- Khoảng cách từ bờ trên khối u đến chỗ nối thực quản tâm vị khi xác định lại trong mổ không đủ 3cm (đối với ung thư dạ dày type 1 – 2) và 5 cm (đối với ung thư dạ dày type 3 – 4).
- Bướu mô đệm dạ dày, sarcom cơ trơn dạ dày, u thần kinh nội tiết dạ dày, lymphoma dạ dày
- Ung thư dạ dày tái phát.
- Có hình ảnh hạch phì đại dính chùm hoặc thành khối trên chụp điện toán cắt lớp ngực bụng chậu.
- Bệnh nhân đã được chẩn đoán một bệnh ung thư khác trước đây.
- Bệnh nhân mất dấu không tái khám trong vòng 90 ngày sau mổ.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ ngày 01 tháng 01 năm 2017 đến ngày 10 tháng 11 năm 2022 tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

2.4. Định nghĩa các biến số

Các hồ sơ nghiên cứu được ghi nhận và thu thập chi tiết các biến số sau:

Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Tuổi: căn cứ vào thời điểm phẫu thuật, là biến liên tục, đơn vị tính là năm
- Giới: là biến nhị phân, gồm hai giá trị là nam và nữ
- BMI (chỉ số khối cơ thể): là biến liên tục, bao gồm ba mức độ là nhẹ cân (<18), bình thường (18-23,5) và thừa cân (>23,5).

Đặc điểm bệnh

Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật: bao gồm các biến số: đau bụng, sụt cân (giảm $\geq 10\%$ cân nặng trong thời gian 6 tháng), chảy máu tiêu hoá, u bụng, và không triệu chứng (bệnh nhân không có triệu chứng, hoặc chỉ có tình trạng đầy bụng khó tiêu, tình cờ phát hiện ung thư dạ dày qua nội soi dạ dày). Mỗi biến số là biến nhị phân, gồm hai giá trị có hoặc không.

Tiền căn phẫu thuật: là biến định danh, gồm ba giá trị:

Phẫu thuật bụng trên rốn: có đường mổ giữa trên rốn hoặc trên và dưới rốn

Phẫu thuật bụng dưới rốn: có đường mổ dưới rốn

Không tiền căn phẫu thuật ổ bụng: chưa phẫu thuật ổ bụng

Bệnh nội khoa đi kèm: là biến định danh, bao gồm bệnh tim mạch (tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim, nhiều máu cơ tim cũ, suy tim...), bệnh hô hấp (hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi, viêm phế quản mạn, khí phế thũng...), bệnh nội tiết (đái tháo đường, bướu giáp, suy thượng thận...)

ASA: thang điểm đánh giá tình trạng trước mổ theo hiệp hội gây mê Mỹ, là biến thứ tự

Xét nghiệm máu lúc vào viện: gồm các biến số Hgb, albumin máu và CEA

Đặc điểm thương tổn

Vị trí thương tổn theo trục dọc: là biến định danh, bao gồm:

1/3 giữa dạ dày: thương tổn nằm ở 1/3 giữa dạ dày

2/3 dưới dạ dày: thương tổn nằm ở 1/3 dưới và 1/3 giữa dạ dày

Vị trí thương tổn theo trục ngang: là biến định danh, bao gồm:

Bờ cong nhỏ: thương tổn nằm ở bờ cong nhỏ

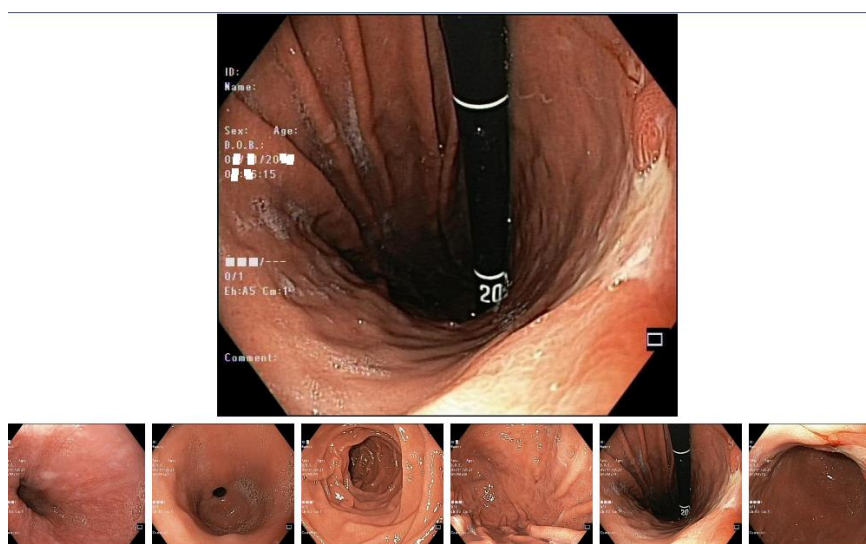
Bờ cong lớn: thương tổn nằm ở bờ cong lớn

Mặt trước: thương tổn nằm ở mặt trước

Mặt sau: thương tổn nằm ở mặt sau

Chu vi: thương tổn chiếm hơn nửa chu vi thành dạ dày

Phân loại đại thể: theo hướng dẫn của hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản.



Hình 2.1 Hình ảnh khối u loét thâm nhiễm, cách tâm vị 6 cm

Nguồn: BN số 72, B.T.R

Kích thước thương tổn: Được đo ngay sau mổ theo đường kính lớn nhất của thương tổn, tính bằng cm.

Đánh giá giai đoạn sau mổ: sau khi có kết quả giải phẫu bệnh, dựa theo phân loại của NCCN và hiệp hội ung thư Nhật Bản.

Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ: đánh giá độ biệt hóa tế bào và mức độ xâm lấn mạch máu – thần kinh trên vi thể.

Kết quả phẫu thuật

Chuyển mổ mở: là khi không thể tiếp tục thực hiện hoàn tất quá trình phẫu thuật bằng PNTS do tai biến trong mổ hay kỹ thuật khó khăn và phải chuyển đường mổ gần giống như mổ mở cắt dạ dày (ngoại trừ nguyên nhân bên ngoài như dụng cụ, lỗi máy móc...)

Phương pháp nối: là biến định danh, bao gồm hai giá trị theo kiểu thực hiện miệng nối dạ dày - hồng tràng, đó là:

- Nối dạ dày – hồng tràng theo Roux-En-Y
- Nối dạ dày – hồng tràng theo Billroth 2 có chống trào ngược

Thời gian mổ: là biến liên tục, tính theo đơn vị là phút. Thời gian mổ được tính từ lúc rạch da cho đến khi khâu da kết thúc phẫu thuật.

Lượng máu mất trong mổ: được ước lượng dựa theo lượng máu hút ra bình hút và số gạc thấm máu (mỗi gạc nhỏ tương đương 10ml máu), là biến định lượng, được tính bằng ml.

Tai biến trong mổ: là biến định tính, là tổn thương tạng hay mạch máu không mong muốn trong quá trình phẫu thuật. Lượng máu mất ≥ 200 ml được xem như có tai biến chảy máu nhiều trong mổ.

Số hạch lympho nạo vét được: là biến liên tục, là số hạch lympho phẫu tích được trên bệnh phẩm sau mổ.

Bờ cắt gân: là khoảng cách từ bờ mặt cắt đến thương tổn: da dày được trải sau mổ và đo từ bờ thương tổn đến mặt cắt trên, đơn vị tính là cm.

Kết quả sau mổ

Thời gian trung tiện sau mổ: là biến liên tục, đơn vị tính là ngày. Thời gian trung tiện được tính là số ngày sau mổ mà bệnh nhân bắt đầu có trung tiện trở lại. Ngày mổ được tính là ngày 0.

Thời gian nằm viện: là biến liên tục, đơn vị tính là ngày, thời gian nằm viện được tính là số ngày từ lúc mổ đến lúc xuất viện.

Biến chứng sớm sau mổ: là biến định tính, được định nghĩa là các biến chứng xảy ra trong vòng 90 ngày sau mổ và có liên quan đến phẫu thuật như:

- **Chảy máu sau mổ:** khi ống dẫn lưu ra ≥ 100 ml máu sau mổ hay mổ lại có chảy máu.
- **Xì miệng nối:** khi ống dẫn lưu ra dịch tiêu hoá hay mổ lại thấy có xì miệng nối.
- **Xì mòm tá tràng:** khi xét nghiệm amylase và bilirubin dịch dẫn lưu dưới gan tăng hay mổ lại thấy bục mòm tá tràng.
- **Tụ dịch ổ bụng:** khi bệnh nhân không kèm theo sốt, đau bụng, trên siêu âm bụng hoặc chụp cắt lớp điện toán bụng có ổ tụ dịch ≥ 50 ml và số lượng bạch cầu trong máu < 10.000
- **Áp xe tồn lưu:** Khi siêu âm hoặc chụp cắt lớp điện toán ổ bụng có ổ tụ dịch ≥ 50 ml và số lượng bạch cầu > 10.000 có hoặc không có kèm theo sốt, đau bụng.
- **Nhiễm trùng vết mổ:** khi có mủ hoặc dịch đục ở vết mổ
- **Tắc ruột sớm sau mổ:** khi có dấu hiệu tắc ruột sớm trên lâm sàng và hình ảnh học (Xquang bụng đứng hoặc chụp cắt lớp điện toán bụng chậu)
- **Rò đường cháp:** khi dịch dẫn lưu > 50 ml/ngày và có kết quả xét nghiệm triglycerid > 110 mg/dl.
- Các biến chứng liên quan đến bệnh tim mạch, hô hấp, tiết niệu...

Phân loại biến chứng sớm sau phẫu thuật dựa vào Clavien – Dindo

- Độ I: mức độ nhẹ không cần điều trị chuyên biệt.
- Độ II: mức độ trung bình cần điều trị bảo tồn chuyên biệt
- Độ III: mức độ nặng cần liệu pháp xâm lấn chuyên biệt như nội soi, phẫu thuật hay can thiệp qua da dưới hướng dẫn của hình ảnh học
 - Độ IIIa: can thiệp không cần gây mê toàn diện
 - Độ IIIb: can thiệp dưới gây mê toàn diện
- Độ IV: đe dọa mạng sống. [SEP]
- Độ V: tử vong. [SEP]

Biến chứng xa sau mổ

- *Thoát vị vết mổ*: Khám thấy lỗ thoát vị tại vết mổ
- *Tắc ruột*: mổ thấy có tắc ruột do dày dính hay xoắn ruột hay thoát vị nội
- *Hẹp miệng nói*: khi người bệnh có tình trạng nôn ói ra thức ăn cũ và có hình ảnh nội soi dạ dày hẹp hoàn toàn miệng nói và/hoặc hình ảnh Xquang dạ dày cản quang cho thấy thuốc cản quang không qua miệng nói xuống hồng tràng được, gồm hai giá trị, có hoặc không có hẹp miệng nói.

Tỉ lệ thành công của phẫu thuật: tỉ lệ thực hiện PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày – nạo hạch tiêu chuẩn mà không xảy ra tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ phải can thiệp dưới gây mê toàn thân (phân độ III trở lên theo Clavien – Dindo), hoặc tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ.

Tình trạng dinh dưỡng sau mổ 1 năm

Albumin máu

Hemoglobin máu

Nội soi dạ dày sau mổ 1 năm, đánh giá tình trạng viêm thực quản trào ngược theo tiêu chuẩn của Lost Angeles, tình trạng ứ đọng thức ăn ở dạ dày, tình trạng ứ đọng dịch mật ở dạ dày, và tình trạng viêm dạ dày phần còn lại theo phân loại của Kubo⁷⁸:

Tình trạng trào ngược dạ dày thực quản: là biến định tính, xác định mức độ viêm thực quản trào ngược trên hình ảnh nội soi theo tiêu chuẩn của hiệp hội Lost Angeles, từ độ A, B, C, D.

Tình trạng viêm phần dạ dày còn lại: là biến định tính, xác định mức độ viêm niêm mạc dạ dày phần còn lại trên hình ảnh nội soi, với các mức độ:

Độ 0: niêm mạc bình thường,

Độ 1: viêm đỏ nhẹ,

Độ 2: giữa độ 1 và 3,

Độ 3: viêm đỏ sậm,

Độ 4: viêm trợt phù nề rõ.

Tình trạng ứ đọng thức ăn: là biến định tính, xác định mức độ ứ đọng thức ăn ở phần dạ dày còn lại, với các mức độ:

Độ 0: không có ứ đọng thức ăn

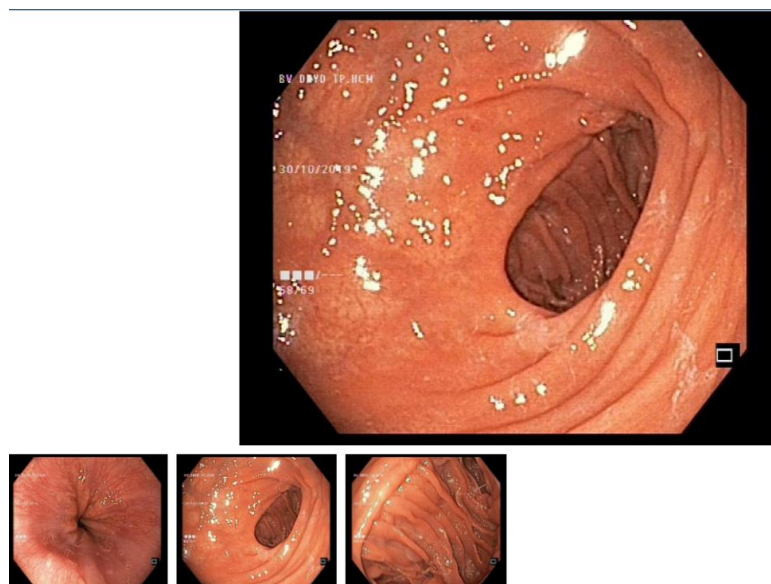
Độ 1: ứ đọng ít thức ăn

Độ 2: ứ đọng thức ăn trung bình, nhưng còn quan sát được toàn bộ niêm mạc dạ dày

Độ 3: ứ đọng thức ăn trung bình, chỉ quan sát được 1 phần niêm mạc dạ dày, kể cả đã thay đổi tư thế bệnh nhân

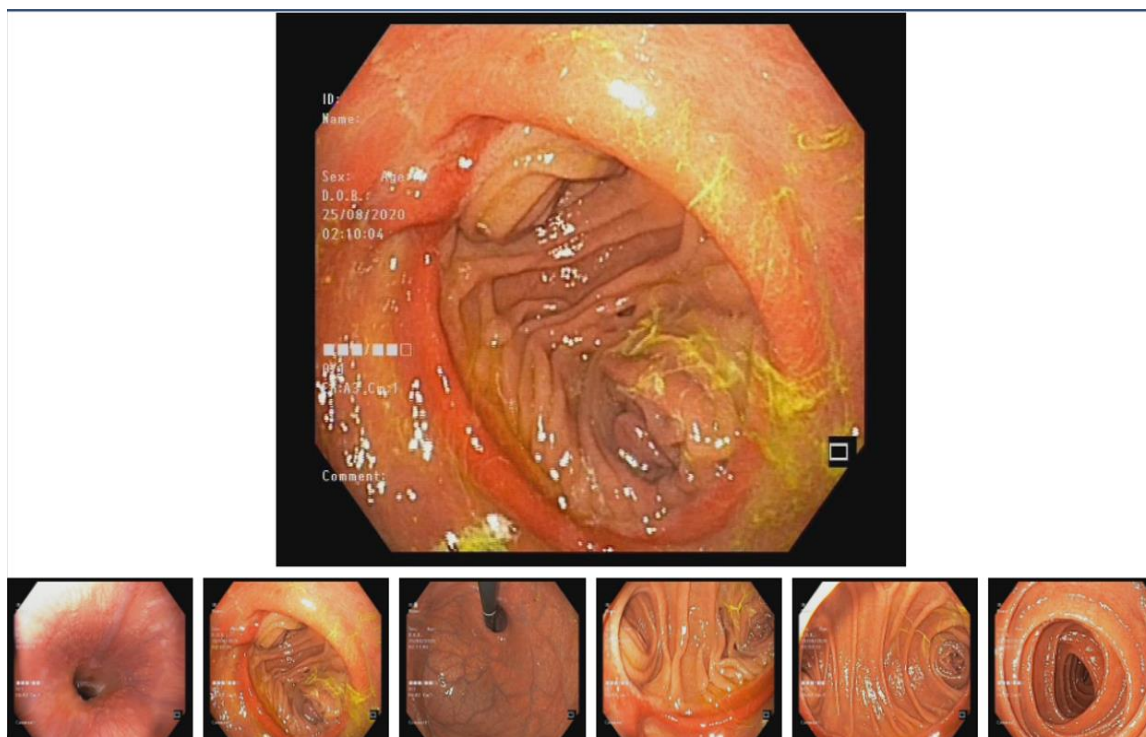
Độ 4: ứ đọng nhiều thức ăn, không thể khảo sát được tình trạng dạ dày trong lúc nội soi.

Tình trạng ứ đọng dịch mật: là biến định tính, xác định có ứ đọng dịch mật ở phần dạ dày còn lại hay không, với hai giá trị là không có ứ đọng dịch mật và có ứ đọng dịch mật.



Hình 2.2 Kết quả nội soi sau mổ 1 năm với không viêm thực quản trào ngược, không viêm dạ dày, không ứ đọng thức ăn và không ứ đọng dịch mật.

Nguồn: BN số 9, P.T.H



Hình 2.3 Kết quả nội soi sau mổ 1 năm với không viêm thực quản trào ngược, viêm dạ dày độ 1, ứ đọng dịch mật ở dạ dày và không có ứ đọng thức ăn ở dạ dày

Nguồn: BN số 29, L.N.D

Di căn, tái phát và sống thêm sau mổ

Tái phát sau mổ: là biến định tính, được định nghĩa là kết quả giải phẫu bệnh bờ mặt cắt sau mổ không còn tế bào ác tính và khi theo dõi sau mổ thấy có thương tổn trên miệng nối dạ dày – hồng tràng và kết quả giải phẫu bệnh thương tổn này là carcinoma tuyến ở thời điểm sau mổ 1 năm trở đi.

Di căn sau mổ: là biến định tính, được định nghĩa là khi chẩn đoán hình ảnh bụng sau mổ có tổn thương ở phúc mạc, gan, buồng trứng, hạch bụng hay bàng quang lượng nhiều hoặc có hình ảnh di căn phổi, não hoặc xạ hình xương có hình ảnh di căn xương.

Thời gian sống thêm sau mổ: là biến liên tục, tính bằng tháng.

Thời gian sống toàn bộ: tính từ lúc mổ đến lúc khám cuối cùng hoặc đến thời điểm bệnh nhân tử vong

Thời gian sống thêm không bệnh:

- Nếu bệnh nhân còn sống, tính từ lúc mổ đến lúc tái khám cuối cùng (nếu bệnh nhân không có tái phát hoặc di căn sau mổ) hoặc từ lúc mổ đến lúc có tái phát hoặc di căn sau mổ.
- Nếu bệnh nhân tử vong: tính từ lúc mổ đến lúc tử vong (nếu không có bằng chứng tái phát hoặc di căn sau mổ) hoặc từ lúc mổ đến lúc có tái phát hoặc di căn sau mổ trước khi tử vong.

2.5. Phương pháp, công cụ đo lường và thu thập số liệu

2.5.1. Phương pháp và dụng cụ đo lường

Chẩn đoán xác định và chẩn đoán giai đoạn ung thư

Chẩn đoán xác định ung thư dạ dày dựa vào kết quả nội soi dạ dày sinh thiết trước mổ. Chẩn đoán giai đoạn và chỉ định điều trị dựa vào kết quả của buổi hội chẩn ung thư. Để đi đến kết luận trong buổi hội chẩn này, hội đồng căn cứ vào hình ảnh đại thể trên nội soi dạ dày, kết quả giải phẫu bệnh của sinh thiết qua nội soi dạ

dày, hình ảnh học CT Scan ngực bụng chậu có thuốc cản quang. CEA cũng được sử dụng để củng cố thêm cho chẩn đoán và theo dõi bệnh.

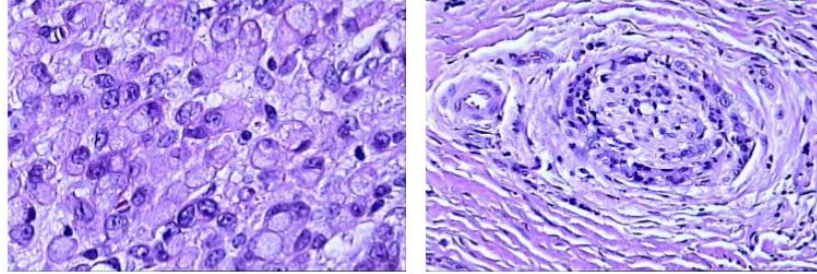
Chúng tôi đánh giá giai đoạn ung thư theo hệ thống u nguyên phát (T), hạch vùng (N) và di căn xa (M) của hội liên hiệp ung thư Mỹ. Căn cứ vào T, N và M, chúng tôi xếp giai đoạn chung của ung thư theo tiêu chí của AJCC 8.

Nạo hạch và diện cắt đạt R0

Nạo hạch tiêu chuẩn được xác định có đạt được hay không dựa vào việc đối chiếu các nhóm hạch nạo được trong lúc mổ với sơ đồ nhóm hạch theo định nghĩa của hiệp hội ung thư dạ dày của Nhật Bản.

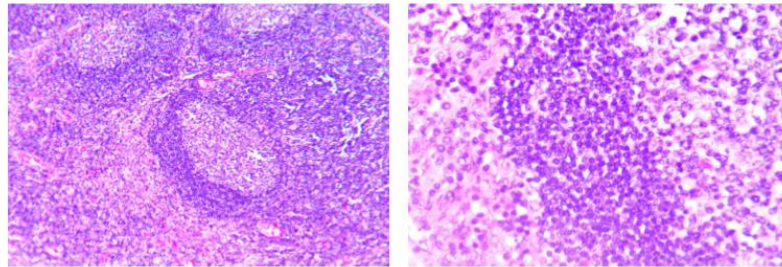
Công cụ đo lường diện cắt an toàn và đạt R0 hay không dựa vào khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến bờ cắt gần, loại đại thể của thương tổn, kết quả cắt lạnh trong mổ nếu có, và kết quả giải phẫu bệnh bờ cắt gần sau mổ.

- Vi Thể:** 1,2,3/ Ổ loét: mô dạ dày, có các tế bào dị dạng, kích thước không đồng đều. Nhân các tế bào này rất dị dạng, tỷ lệ nhân / bào tương tăng, nhân tăng sắc. Các tế bào này hợp thành dây, thành đám hoặc thành ống tuyến không hoàn toàn, xâm nhập đến lớp cơ, xâm nhập mạch máu, xâm nhập thần kinh.
4/ Rìa diện cắt trên: mô dạ dày, không có tế bào u.
5/ Rìa diện cắt dưới: mô tá tràng, không có tế bào u.
6/ Mô mạc nối: mẫu thử là mô mỡ sợi, không có tế bào u.
- Kết Luận:** - Dạ dày: CARCINÔM TUYẾN DẠ DÀY BIỆT HÓA KÉM, XÂM NHẬP ĐẾN LỚP CƠ, XÂM NHẬP MẠCH MÁU, XÂM NHẬP THẦN KINH
- Rìa diện cắt trên - dưới, mạc nối: KHÔNG CÓ TẾ BÀO U.



KẾT QUẢ

- Vi Thể:** 1,2/ Hạch nhóm 1: gồm 7 hạch, không có tế bào u.
3/ Hạch nhóm 3: gồm 4 hạch, không có tế bào u.
4,5/ Hạch nhóm 4sb: gồm 7 hạch, không có tế bào u.
6->12/ Hạch nhóm 4d: gồm 36 hạch, không có tế bào u.
13/ Hạch nhóm 5: gồm 1 hạch, không có tế bào u.
14,15/ Hạch nhóm 6: gồm 7 hạch, không có tế bào u.
16,17,18/ Hạch nhóm 7: gồm 17 hạch, không có tế bào u.
19/ Hạch nhóm 8a: gồm 2 hạch, không có tế bào u.
20/ Hạch nhóm 9: gồm 6 hạch, không có tế bào u.
21,22/ Hạch nhóm 11p: gồm 9 hạch, không có tế bào u.
23/ Hạch nhóm 12a: gồm 4 hạch, không có tế bào u.
- Kết Luận:** Hạch nhóm 1,3,4sb,4d,5,6,7,8a,9,11p,12a: KHÔNG CÓ DI CĂN HẠCH.



Hình 2.4 Kết quả giải phẫu bệnh dạ dày sau mổ

Nguồn: BN số 73, N.T.B.

Biến chứng sau mổ

Biến chứng chung được đo lường bằng thang đo thứ bậc theo bảng Clavien-Dindo và được ghi nhận trong vòng 90 ngày sau mổ. Phương pháp đánh giá biến chứng là theo dõi dựa vào diễn tiến lâm sàng, cận lâm sàng và kế hoạch điều trị của người bệnh trong quá trình nằm viện và khi tái khám.

Theo dõi sau 1 năm

Sau một năm, người bệnh sẽ được đánh giá hemoglobin, albumin máu dựa vào kết quả xét nghiệm trong lần tái khám 1 năm sau mổ, và kết hợp với hình ảnh nội soi thực quản dạ dày 1 năm sau mổ để đánh giá tình trạng trào ngược dạ dày thực quản, tình trạng ứ đọng thức ăn trong dạ dày, dịch mật trong dạ dày và tình trạng viêm niêm mạc dạ dày.

2.5.2. Phương pháp thu thập số liệu

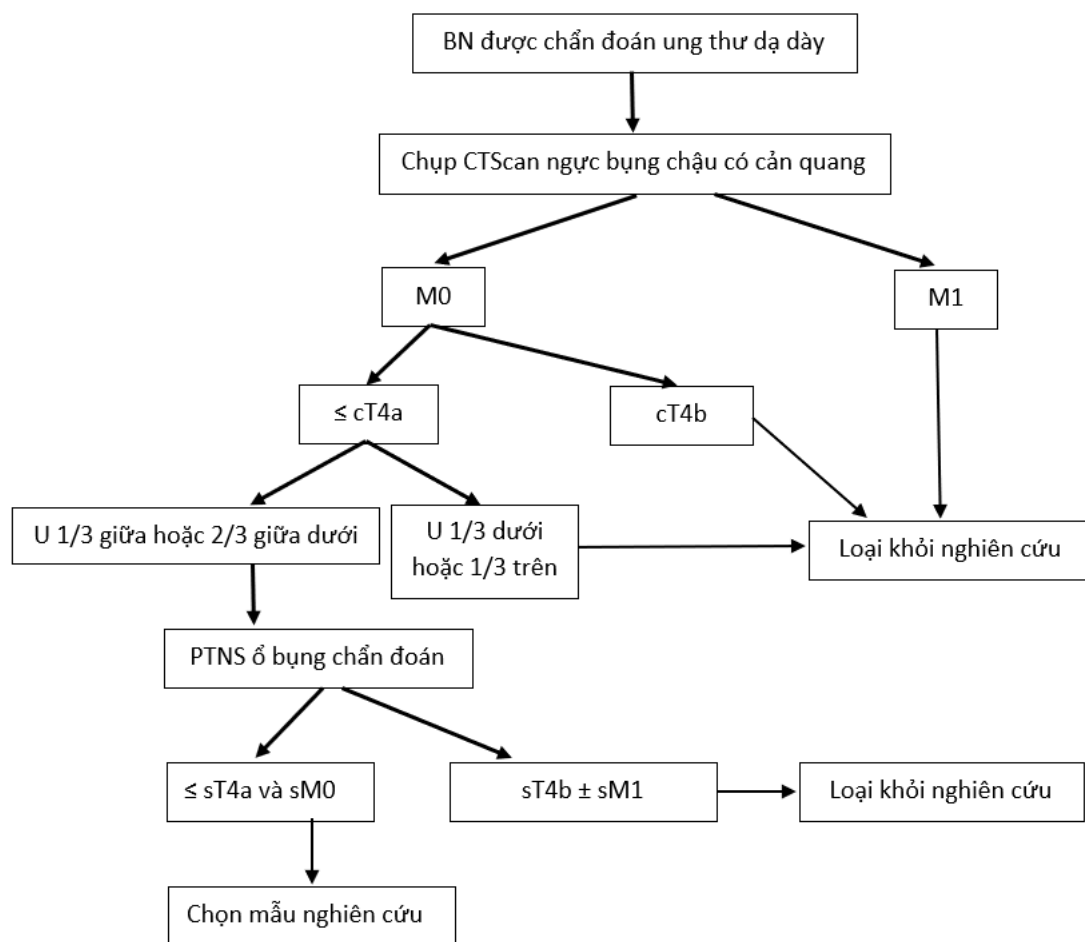
Các biến số để nhập số liệu bao gồm trong mẫu thu thập số liệu. Phương pháp thu thập số liệu trong nghiên cứu này là sử dụng số liệu có sẵn từ hồ sơ bệnh án, kết hợp với thăm khám, thông tin trong mổ, kết quả phẫu tích bệnh phẩm sau mổ, theo dõi diễn tiến người bệnh sau mổ, khi tái khám, thông tin từ kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Thời gian theo dõi là khi người bệnh tử vong hoặc khi kết thúc nghiên cứu.

2.6. Quy trình nghiên cứu

2.6.1. Chọn đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân trong nghiên cứu được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ điều trị UTDD hiện hành tại BV ĐHYD TPHCM.

Bệnh nhân được chẩn đoán UTDD bằng nội soi dạ dày và sinh thiết làm giải phẫu bệnh, được đánh giá giai đoạn bằng chụp cắt lớp điện toán ngực – bụng có bơm thuốc cản quang. Sau đó, bệnh nhân được hội chẩn ung bướu (bao gồm các bác sĩ thuộc các lĩnh vực ngoại tiêu hóa, chẩn đoán hình ảnh và bác sĩ ung thư chuyên hóa xạ trị) tại khoa Ngoại Tiêu hóa – BV ĐHYD TPHCM để được đánh giá giai đoạn trước mổ và lựa chọn phương pháp phẫu thuật.



Hình 2.5 Lưu đồ chọn bệnh trong nghiên cứu

Bệnh nhân được chuẩn bị tiền phẫu theo quy trình hiện hành của bệnh viện. Đánh giá trước mổ về nguy cơ biến chứng chu phẫu của các đơn vị: khám tiền mê, khám chu phẫu... Bước này sẽ loại ra các người bệnh có ASA > 3. Sau đó các đối tượng thỏa tiêu chuẩn chọn vào được giải thích để tham gia nghiên cứu. Những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được đưa vào nghiên cứu. Loại khỏi nghiên cứu các trường hợp nội soi ổ bụng chẩn đoán phát hiện u xâm lấn xung quanh, di căn. Những bệnh nhân sau khi đo đạt xác định khoảng cách bờ cắt gần không đủ an toàn (khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến chỗ nối thực quản tâm vị $\leq 3\text{cm}$ đối với tổn thương loại 1, 2; và $\leq 5\text{cm}$, đối với tổn thương loại 3, 4) sẽ được chuyển thành phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, và loại ra khỏi nghiên cứu.

Nghiên cứu có bao gồm các đối tượng nghiên cứu ở giai đoạn trước khi có quyết định cho phép lấy số liệu nghiên cứu. Những đối tượng này vẫn được chấp thuận đưa vào nghiên cứu và không vi phạm vấn đề y đức bởi vì nghiên cứu tuân theo kế hoạch điều trị của hội đồng chuyên môn bệnh viện và duyệt mổ của khoa lâm sàng. Nếu không có nghiên cứu thì các đối tượng này vẫn được điều trị giống như vậy. Hơn nữa, chúng tôi đã xây dựng nghiên cứu từ trước nên việc chọn các đối tượng nghiên cứu ở giai đoạn này cũng tương tự như giai đoạn sau khi thông qua hội đồng đạo đức. Thu thập số liệu cũng tương tự ở hai giai đoạn do biểu mẫu thu thập số liệu được xây dựng thống nhất từ trước.

2.6.2. Phẫu thuật

Dụng cụ phẫu thuật

- Bộ PTNS ổ bụng thông thường
- Máy cắt đốt siêu âm. Chúng tôi sử dụng dao cắt đốt siêu âm để cầm máu và phẫu tích.
- Máy cắt đốt đơn cực, lưỡng cực
- Các loại máy khâu nối ruột thẳng nội soi.

Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên

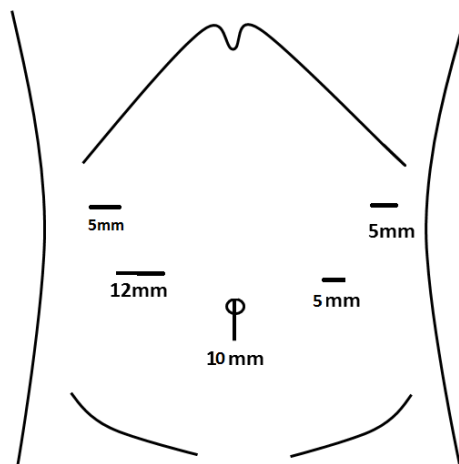
Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu cao khoảng 15 độ, hai chân dạng, hai tay xuôi dọc theo thân người

Vị trí phẫu thuật viên: Phẫu thuật viên chính đứng bên phải bệnh nhân, người phụ mổ đứng bên trái, người phụ cầm camera đứng giữa hai chân bệnh nhân

Vị trí các troca:

- Troca 10mm ở rốn để đặt kính soi
- Troca 12mm ở bờ ngoài cơ thẳng bụng phải, trên 1 – 2 cm đường ngang qua rốn để phẫu tích và đặt máy cắt nối thẳng để cắt nối ruột

- Troca 5mm dưới sườn phải, dưới sườn trái và hông trái.



Hình 2.6 Vị trí các lỗ troca

Vị trí dụng cụ và bàn Mayo dựng dụng cụ phẫu thuật: ở bên phải phía trên phẫu thuật viên chính.

Kỹ thuật mổ:

Bước 1: Đặt troca và đánh giá toàn bộ thương tổn

- Đặt troca vào ổ bụng, bơm hơi CO₂, áp lực ổ bụng khoảng 12 – 14 mmHg để tạo khoảng trống khoang phúc mạc.
- Quan sát toàn thể ổ bụng và đánh giá tổn thương trên dạ dày, dịch bụng, tình trạng của gan, phúc mạc, mạc treo đại tràng ngang và các nhóm hạch.
- Cắt mạc nối nhỏ, vén gan bằng chỉ khâu Nilon 1.0.
- Nếu không xác định rõ vị trí u và giới hạn trên của khối u, người bệnh sẽ được nội soi thực quản – dạ dày trong mổ để xác định vị trí u và vị trí bờ cắt trên.

Bước 2: Cắt toàn bộ mạc nối lớn và nạo hạch nhóm 4sb và 4d

Phẫu tích lấy toàn bộ mạc nối lớn dọc theo đại tràng ngang từ đại tràng góc gan cho tới gần rốn lách, lấy hết các hạch nhóm 4d. Phẫu tích thắt động mạch và tĩnh mạch vị mạc nối trái ngay chỗ xuất phát và đổ vào của động mạch lách và tĩnh mạch lách để lấy nhóm hạch 4sb.

Bước 3: Nạo hạch nhóm 6

Phẫu tích hạ đại tràng góc gan. Cắt bỏ phần lá trước của mạc treo đại tràng ngang cho đến bờ dưới tụy. Phẫu tích thắt tĩnh mạch vị mạc nối phải ngay chỗ đổ vào thân Henle ngay phía trước đầu tụy, động mạch vị mạc nối phải và động mạch dưới môn vị để nạo trọn nhóm hạch số 6. Tĩnh mạch và động mạch vị mạc nối phải không đi song song với nhau nên chúng ta phải phẫu tích và thắt riêng biệt.

Bước 4: Nạo hạch nhóm 5, 12

Cắt mạc nối nhỏ sát thùy trái gan từ rốn gan cho đến tâm vị. Cắt phúc mạc phía trên tá tràng đến dưới môn vị 2cm. Phẫu tích lấy toàn bộ mô mỡ và hạch phía trước ống mật chủ, động mạch gan riêng đến bờ trái của tĩnh mạch cửa. Thắt động mạch vị phải ngay chỗ chia của động mạch gan riêng để nạo nguyên khối nhóm hạch 5, 12a. Cắt ngang tá tràng dưới môn vị 2cm bằng máy khâu nối thẳng.

Bước 5: Nạo hạch nhóm 8a, 7, 9

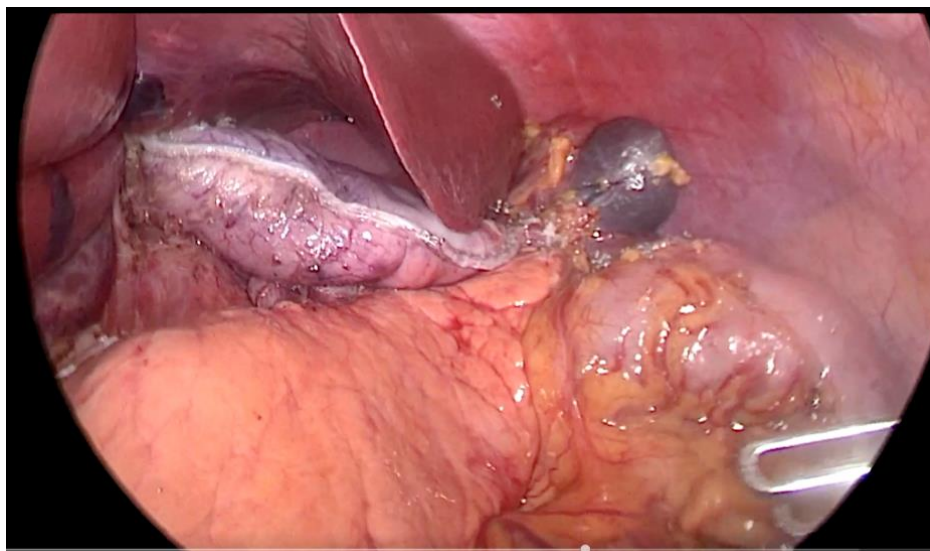
Lấy toàn bộ mô mỡ và hạch phía trước và trên động mạch gan chung và động mạch thân tạng để nạo hạch nhóm 8a, 9. Phẫu tích thắt tĩnh mạch và động mạch vị trái tận gốc để nạo hạch nhóm 7.

Bước 6: Nạo hạch nhóm 11p, 11d, 1 và 3

Lấy toàn bộ mô mỡ và hạch dọc theo động mạch lách nạo hết nhóm 11p, 11d, bảo tồn động mạch vị sau. Phẫu tích lấy hết mô mỡ và hạch dọc theo trụ hoành phải đến lỗ cơ hoành, nạo hạch nhóm 1, kèm theo di động hoàn toàn thực quản bụng bên phải. Nạo tiếp tục dọc theo bờ cong nhỏ dạ dày để nạo hạch nhóm 3.

Bước 7: Cắt dạ dày và tái lập lưu thông tiêu hoá

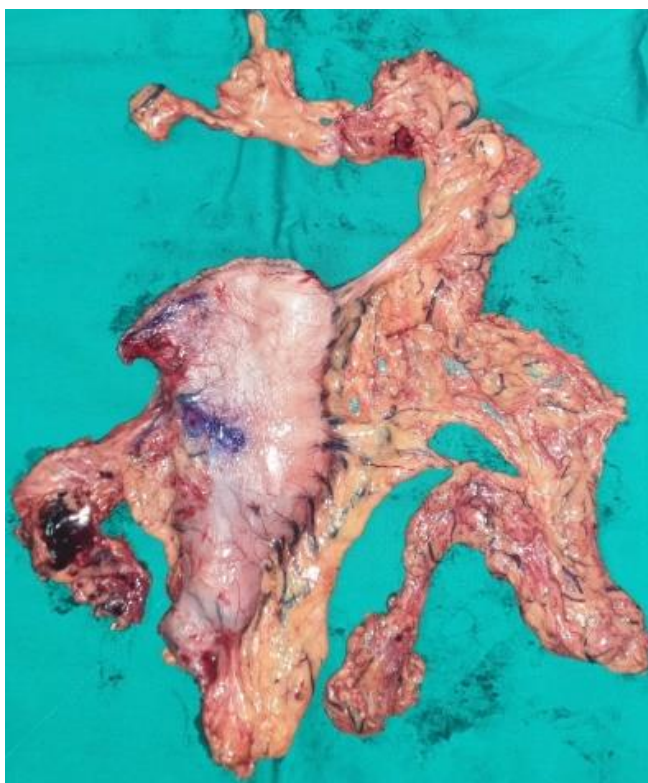
Dùng thước đo trong mổ để đánh dấu bờ cắt trên an toàn. Cắt ngang dạ dày theo vị trí đánh dấu bằng 2 máy khâu nối thẳng. Phần dạ dày còn lại nằm sát lỗ thực quản tâm vị (khoảng cách từ mỏm cắt dạ dày còn lại tới chỗ nối thực quản – tâm vị ≤ 2 cm) và 1 phần đáy vị.



Hình 2.7 Phần dạ dày còn lại

Nguồn: BN số 46, L.S.C

Cho toàn bộ dạ dày và mạc nối vào túi bệnh phẩm, lấy qua lỗ mở rộng troca rốn.



Hình 2.8 Bệnh phẩm dạ dày kèm hạch nguyên khối

Nguồn: BN số 46, L.S.C

Kiểm tra lại bệnh phẩm, đánh giá bờ cắt trên. Nếu bờ cắt trên nghi ngờ do không đủ dài hoặc bờ trên khối u không xác định rõ thì sẽ tiến hành cắt lạnh tức thì để đánh giá bờ cắt gần. Đóng vết mổ đường giữa, tiếp tục PTNS. Tưới rửa sạch vùng trên mạc treo đại tràng ngang bằng nhiều nước ấm.

Nội dạ dày - hồng tràng theo 2 phương pháp sau hoàn toàn qua nội soi ổ bụng:

- Nội dạ dày – hồng tràng theo Roux-En-Y trong các trường hợp khối u nằm lệch về phía bờ cong lớn.
- Nếu dạ dày – hồng tràng theo Billroth 2 có làm van chống trào ngược Đặt ống dẫn lưu dưới gan. Đóng vết mổ rốn và các lỗ troca.

Các nhóm hạch được nạo thành khối cùng với bệnh phẩm dạ dày, không cắt ngang hay làm rơi vãi hạch. Bệnh phẩm bao gồm một túi chứa phần dạ dày kèm u, các lọ hoặc túi riêng biệt bao gồm diện cắt trên, diện cắt dưới và các nhóm hạch, sau đó sẽ được ngâm trong formol 10% và được gửi tới khoa Giải phẫu bệnh. Các nhóm hạch được bác sĩ giải phẫu bệnh bóc tách để lấy được các hạch tương ứng. Kết quả giải phẫu bệnh sẽ được gửi về khoa lâm sàng sau 5-7 ngày.



Hình 2.9 Phẫu tích bệnh phẩm da dày sau mổ tại BV ĐHYD TPHCM
 Nguồn: BN số 70, L.D.D.

2.6.3. Điều trị và theo dõi sau mổ

- Điều trị sau mổ: giảm đau, dinh dưỡng tĩnh mạch những ngày đầu sau mổ
- Theo dõi các biến chứng có thể xảy ra sau mổ và xử trí sớm.
- Ống dẫn lưu được rút sớm sau 3 – 4 ngày
- Cho uống nước đường sau mổ 1 ngày
- Cho ăn lỏng lại sau mổ 2 – 3 ngày

- Hoá trị hỗ trợ sau mổ các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư giai đoạn II trở lên theo AJCC 8 theo phác đồ XELOX (capecitabine + oxaliplatin) hoặc FOLFOX.
- Theo dõi và tái khám định kỳ
 - Trong 3 năm đầu: tái khám sau mổ 1 tháng, sau đó mỗi 3 tháng.
 - Trong thời gian tiếp theo: tái khám mỗi 6 tháng

Mỗi lần tái khám bệnh nhân đều được khám lâm sàng, siêu âm bụng, chụp Xquang phổi, CEA. Nếu nghi ngờ di căn hay tái phát thì nội soi thực quản dạ dày và chụp cắt lớp điện toán ngực bụng chậu. Thời điểm tái khám 1, 3 và 5 năm sau mổ được xét nghiệm công thức máu, albumin, thực hiện nội soi thực quản và chụp cắt lớp điện toán ngực bụng chậu.

Tất cả các bệnh nhân đều được hẹn tái khám tại phòng khám Tiêu hoá – Gan mật ngoại trú BV ĐHYD TPHCM và lưu trữ bệnh án theo mẫu thống nhất.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu

- Các biến được thu thập theo mẫu định sẵn và xử lý bằng phần mềm SPSS26 và phần mềm R.
- Chúng tôi chọn ngưỡng sai lầm là 0,05 trong các trường hợp so sánh và ước lượng. Giá trị $p \leq 0,05$ nghĩa là có ý nghĩa thống kê.
- Biến định tính được trình bày dưới dạng tần suất và tỉ lệ. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn khi có phân phối chuẩn, hoặc trung vị, khoảng tứ phân vị 25% - 75%.
- Để so sánh hai nhóm biến số định lượng, chúng tôi dùng phép kiểm t.
- Để so sánh hai nhóm biến định danh, chúng tôi dùng phép kiểm Chi bình phương, và phép kiểm Fisher Exact.
- Để ước lượng thời gian sống thêm sau mổ, chúng tôi dùng biểu đồ Kaplan – Meier.
- Để so sánh các yếu tố ảnh hưởng đến sống còn, chúng tôi dùng phép kiểm Log Rank (Mantel – Cox).

2.8. Vấn đề y đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học ngày 30 tháng 7 năm 2019, quyết định số 381/ĐHYD-HĐĐĐ.

PTNS cắt dạ dày được áp dụng tại BV ĐHYD TPHCM từ năm 2003, thời gian đầu được thực hiện ở những trường hợp bệnh lành tính, sau đó phẫu thuật này được áp dụng ở những bệnh nhân ung thư. Phẫu thuật này đã được hội đồng Y Đức của bệnh viện và ĐHYD TPHCM thông qua. Chỉ định phẫu thuật, phương pháp mổ, quyết định trong lúc mổ và điều trị sau mổ đều được thực hiện dựa trên cơ sở khoa học và các qui trình, phác đồ của bệnh viện. Chỉ định mổ được duyệt bởi hội đồng chuyên môn của bệnh viện. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình này. Điều kiện phòng mổ của BV ĐHYD TPHCM đảm bảo đủ yêu cầu của PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày – nạo hạch tiêu chuẩn. Nhóm bác sĩ thực hiện trong nghiên cứu này là những bác sĩ chuyên sâu về PTNS, phẫu thuật dạ dày và có kinh nghiệm trong PTNS cũng như mổ mở cắt dạ dày tiêu chuẩn trong điều trị ung thư dạ dày.

Nghiên cứu không làm tăng chi phí mà người bệnh phải trả. Các khoản chi phí của nghiên cứu là tự túc, cho nên người bệnh không phải chịu thêm nguy cơ gì khi tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân ung thư dạ dày tham gia vào nghiên cứu đều được giải thích kỹ lưỡng về phương pháp mổ, khả năng chuyển mổ mở, các tai biến và biến chứng có thể xảy ra trong và sau khi mổ cũng như những lợi ích và chi phí của cuộc mổ thông qua bản thông tin dành cho đối tượng nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu viên quan sát, theo dõi ghi nhận số liệu sẵn có theo hồ sơ bệnh án và khai thác trực tiếp từ người bệnh trên cơ sở khoa học. Việc thu thập số liệu là độc lập với công tác điều trị nên không có xung đột lợi ích giữa nghiên cứu viên và người bệnh.

Lợi ích của đối tượng nghiên cứu được xem xét trên từng cá nhân cụ thể dựa trên cơ sở khoa học, không liên quan đến tổ chức kinh tế, chính trị, văn hoá hay đời

tượng nghiên cứu khác. Nghiên cứu này cũng không nhằm mang lại lợi ích kinh tế hay đóng góp số liệu theo thoả thuận cho một cá nhân hay tổ chức nào khác.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021, tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, trong tổng số 133 bệnh nhân ung thư dạ dày ở hai phần ba dưới của dạ dày có chỉ định phẫu thuật triệt căn cắt dạ dày – nạo hạch D2, chúng tôi chọn được 79 trường hợp thỏa tiêu chuẩn phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày được đưa vào nhóm nghiên cứu.

Phân bố số bệnh nhân theo từng năm như sau.

Bảng 3.1 Số bệnh nhân nghiên cứu theo từng năm

Năm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
2017	10	12,7
2018	14	17,7
2019	27	34,2
2020	15	19
2021	13	16,4
Tổng cộng	79	100

Số trường hợp được mổ tăng dần từ năm 2017 đến năm 2019, đến năm 2020, 2021 do ảnh hưởng của dịch bệnh Covid19 nên số bệnh nhân đưa vào nghiên cứu giảm dần. Số bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu năm 2019 là cao nhất, chiếm 34,2%.

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhân trắc học

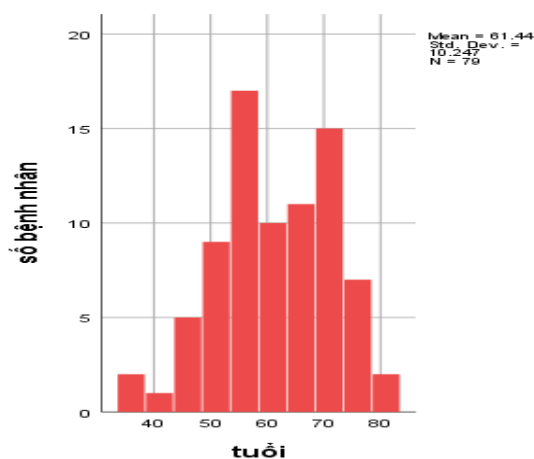
Tuổi

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là: $61,4 \pm 10,2$ tuổi, trong đó:

Tuổi nhỏ nhất: 36 tuổi, tuổi lớn nhất: 82 tuổi.

Độ tuổi tập trung chủ yếu là trong khoảng 50 - 70 tuổi. 11 trường hợp (13,9%) có độ tuổi ≤ 50 tuổi.

Độ tuổi tập trung chủ yếu là trong khoảng 50 - 70 tuổi.



Biểu đồ 3.1 Phân bố tuổi

Giới

Tỉ lệ nam/ nữ = 49/30 (nam chiếm 62%).

3.1.2. Đặc điểm bệnh nhân

Chỉ số khối cơ thể (BMI)

BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là $21,3 \pm 2,6$.

Phân bố bệnh nhân theo mức độ nhẹ cân (BMI < 18,5), bình thường (BMI = 18,5 – 24,9) và thừa cân (BMI ≥ 25) được trình bày trong bảng

Bảng 3.2 Phân bố bệnh nhân theo chỉ số khối cơ thể.

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Nhẹ cân (BMI < 18,5)	11	13,9
Bình thường (BMI = 18,5 – 24,9)	63	79,7
Thừa cân (BMI ≥ 25)	5	6,4
Tổng cộng	79	100

Về chỉ số khối cơ thể, số bệnh nhân có thể trạng bình thường chiếm đa số (79,7%), không có bệnh nhân trong nhóm thừa cân. Chỉ có 13,9% trường hợp ở tình trạng nhẹ cân.

Triệu chứng lâm sàng

Tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng được thể hiện trong bảng. Triệu chứng sụt cân thường gặp nhất (53,2%), tiếp theo là triệu chứng đau bụng (40,5%).

Bảng 3.3 Tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Đau bụng	32	40,5
Sụt cân	42	53,2
U bụng	4	5,1
Dấu hiệu hẹp môn vị	11	13,9
Thiếu máu	10	12,7

Tiền căn phẫu thuật*Bảng 3.4 Tiền căn phẫu thuật bụng.*

Tiền căn phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Phẫu thuật bụng dưới rốn	7	8,9
Không tiền căn phẫu thuật	72	91,1
Tổng cộng	79	100

Có 7 trường hợp (8,9%) có đường mổ ở dưới rốn, không có người bệnh nào có tiền sử mổ đường mổ trên rốn.

Các bệnh nội khoa kèm theo*Bảng 3.5 Các bệnh nội khoa đi kèm.*

Bệnh nội khoa kèm theo	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Bệnh tim mạch	25	31,7
Bệnh hô hấp	8	10,1
Bệnh nội tiết	12	15,2
≥ 2 bệnh kèm theo	13	16,4
Không bệnh nội khoa kèm theo	44	55,7

Bệnh nội khoa đi kèm thường gặp nhất là bệnh tim mạch, chiếm 31,7%. Có 13 trường hợp (16,4%) có nhiều bệnh nội khoa đi kèm cùng lúc. Trong khi đó, có 44 trường hợp (55,7%) không có bệnh nội khoa đi kèm.

Phân loại ASA*Bảng 3.6 Phân loại ASA.*

ASA	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
I	11	13,9
II	55	69,7
III	13	16,4
Tổng	79	100

Chiếm tỉ lệ cao nhất là ASA II với 69,7%. Có 13 trường hợp (16,4%) được phân loại ở nhóm ASA III.

Các xét nghiệm máu lúc vào viện

Bảng 3.7 Các xét nghiệm máu trước phẫu thuật.

Xét nghiệm máu	Số bệnh nhân	Trung bình
Hgb	79	129.9 ± 21.9 g/dl
Albumin	79	40.6 ± 3.9 mg/dl

Trong nghiên cứu có 7,6% có tình trạng thiếu máu có hct < 100mg/dl, những bệnh nhân này được truyền máu trước mổ để nâng hct lên > 100 mg/dl. Có 6 trường hợp (7,6%) có kết quả Albumin trước mổ < 35 mg/dl, cần phải điều trị dinh dưỡng tĩnh mạch tích cực và bù Albumin 1 tuần trước phẫu thuật.

3.1.3. Đặc điểm thương tổn***Vị trí thương tổn***

Đặc điểm vị trí thương tổn được xác định dựa trên hình ảnh nội soi thực quản dạ dày và chụp cắt lớp điện toán ngực bụng chậu theo 2 chiều: trục dọc (phân chia thành 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới) và theo trục cắt ngang (bờ cong nhỏ, bờ cong lớn, mặt trước, mặt sau, toàn bộ chu vi).

Bảng 3.8 Vị trí thương tổn trong mổ theo phân chia phần ba dạ dày.

Vị trí thương tổn	Số BN	Tỉ lệ %
1/3 giữa	67	84,8
2/3 giữa – dưới	12	15,2
Tổng cộng	79	100

Bảng 3.9 Vị trí của u dạ dày theo chu vi.

Vị trí u	Số BN	Phần trăm
Bờ cong nhỏ	47	59,5
Bờ cong lớn	10	12,7
Mặt trước	6	7,6
Mặt sau	8	10,1
Toàn chu vi	8	10,1
Tổng	79	100

Đa số (84,8%) khối u nằm ở phần ba giữa của dạ dày, và tập trung ở bờ cong nhỏ dạ dày chiếm 59,5%.

Phân loại đại thể theo Hiệp hội Ung thư Nhật Bản

Bảng 3.10 Phân loại đại thể thương tổn theo Hiệp hội Ung thư Nhật Bản.

Đại thể	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
0	20	25,3
1	4	5,1
2	41	51,9
3	12	15,2
4	2	2,5
Tổng cộng	79	100

Type 0 đặc trưng cho các trường hợp ung thư sớm, khối u chỉ khu trú ở lớp niêm mạc hoặc dưới niêm mạc, chiếm 25,3%. Chỉ có 2 trường hợp ung thư thể thâm nhiễm lan tỏa chiếm hết chu vi của dạ dày. U dạng loét sùi chiếm tỉ lệ nhiều nhất, chiếm 51,9% số trường hợp.

Kích thước thương tổn

Kích thước khối u trung bình là $3,1 \pm 1,3$ cm, nhỏ nhất là 1cm, lớn nhất là 6 cm.

3.1.4. Giai đoạn bệnh sau mổ theo AJCC 8

Giai đoạn T

Tình trạng khối u đã xâm lấn quá lớp thanh mạc chiếm ưu thế, với 37 trường hợp (chiếm 46,9%).

Bảng 3.11 Tỉ lệ giai đoạn T.

Giai đoạn T	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
T1	20	25,3
T2	17	21,5
T3	5	6,3
T4a	37	46,9
Tổng cộng	79	100

Giai đoạn N*Bảng 3.12 Tỷ lệ giai đoạn N.*

Giai đoạn N	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
N0	38	48,1
N1	12	15,2
N2	9	11,4
N3a	15	19,0
N3b	5	6,3
Tổng cộng	79	100

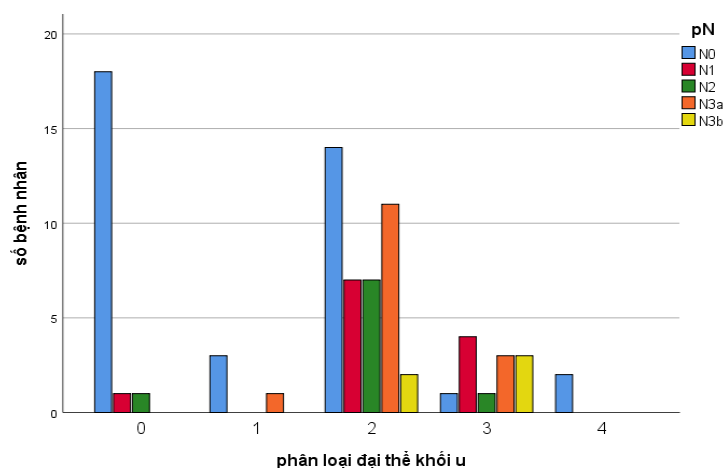
Có 38 bệnh nhân (48,1%) chưa ghi nhận có di căn hạch. Tuy nhiên, số lượng người bệnh có di căn hạch ở giai đoạn 3 (N3a và N3b) chiếm tỷ lệ khá cao, chiếm 25,3%.

Bảng 3.13 Mức độ di căn hạch theo dạng đại thể của ung thư dạ dày.

Dạng đại thể	Mức độ di căn hạch (N)					Số hạch di căn trung bình
	N0 n (%)	N1 n (%)	N2 n (%)	N3a n (%)	N3b n (%)	
Type 0	18 (90)	1 (5)	1 (5)	0	0	0,2 (0 – 3)
Type I	3 (75)	0	0	1 (25)	0	1,8 (0 – 7)
Type II	14 (34,1)	7 (17,1)	7 (17,1)	11 (26,8)	2 (4,9)	4,6 (0 – 20)
Type III	1 (8,3)	4 (33,3)	1 (8,3)	3 (25)	3 (25)	8,1 (0 – 21)
Type IV	2	0	0	0	0	0

Dạng đại thể Type 4 có 2 trường hợp, cả 2 đều khu trú ở phần ba giữa của dạ dày, 1 trường hợp u giai đoạn T4, ở mặt trước dạ dày, và 1 trường hợp khối u T4,

chiếm gần hết chu vi của phần ba giữa của dạ dày. Tuy nhiên, cả 2 trường hợp này không có ghi nhận di căn hạch, và bờ cắt gần là 6cm.



Biểu đồ 3.2 Giai đoạn di căn hạch theo từng loại đại thể khối u.

Đánh giá giai đoạn chung theo AJCC

Bảng 3.14 Tỷ lệ giai đoạn theo AJCC 8.

Giai đoạn bệnh TNM	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
IA	18	22,8
IB	13	16,5
IIA	5	6,3
IIB	7	8,9
IIIA	18	22,8
IIIB	13	16,5
IIIC	5	6,3
Tổng cộng	79	100

Tỷ lệ ung thư giai đoạn III (IIIA, IIIB, IIIC) vẫn chiếm tỷ lệ ưu thế, chiếm 45,6% số trường hợp. Tuy nhiên, tỷ lệ ung thư giai đoạn I chiếm tỷ lệ khá cao, 39,3%.

3.1.5. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Đặc điểm vi thể của khối u được đánh giá theo 2 tiêu chí: đánh giá độ biệt hóa tế bào, và đánh giá tình trạng xâm lấn mạch máu và thần kinh trên vi thể. Tỷ lệ ung thư biệt hóa kém chiếm cao nhất, 40,5 %, có 2 trường hợp carcinôm tuyến tế bào nhầy. Đánh giá về tình trạng xâm nhập trên vi thể, chỉ có 13 trường hợp (16,5%) được ghi nhận không có tình trạng xâm nhập mạch máu và thần kinh.

Bảng 3.15 Tỷ lệ đặc điểm vi thể của ung thư dạ dày.

Kết quả giải phẫu bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Carcinôm tuyến biệt hóa tốt	9	11,4
Carcinôm tuyến biệt hóa vừa	19	24,1
Carcinôm tuyến biệt hóa kém	32	40,5
Carcinôm tuyến tế bào nhẵn	17	21,5
Carcinôm tuyến tế bào nhầy	2	2,5
Tổng cộng	79	100

Ung thư dạng kém biệt hóa (Carcinôm tuyến biệt hóa kém, Carcinôm tuyến tế bào nhẵn, Carcinôm tuyến tế bào nhầy) chiếm ưu thế với tỷ lệ 64,5%.

Bảng 3.16 Tỷ lệ đặc điểm xâm nhập vi thể của ung thư dạ dày.

Mức độ xâm nhập vi thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Xâm nhập mạch máu	42	53,1
Xâm nhập thần kinh	4	5,1
Xâm nhập mạch máu và thần kinh	20	25,3
Không xâm nhập	13	16,5
Tổng cộng	79	100

Xét về mức độ xâm lấn mạch máu và thần kinh trên vi thể, chúng tôi ghi nhận chỉ có 16,5% số trường hợp không có hình ảnh xâm lấn mạch máu và/hoặc thần kinh.

3.1.6. Hóa trị sau mổ

Đặc điểm hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật của bệnh nhân trong nghiên cứu được trình bày trong bảng sau:

Bảng 3.17: Kết quả hóa trị bổ trợ sau mổ

Hóa trị sau mổ	Số Bệnh nhân (tỉ lệ %)
Không hóa trị	33 (41.8)
Hóa trị đủ liều	40 (50.6)
Hóa trị không đủ liều	6 (7.6)

Có 50,6% số bệnh nhân trong nghiên cứu được hóa trị bổ trợ sau mổ đủ liều. Chỉ có 6 người bệnh (chiếm 7,6%) có chỉ định hóa trị nhưng hóa trị không đầy đủ.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Phương pháp mổ

Sau phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày, bệnh nhân được phục hồi lưu thông theo phương pháp nối dạ dày hồng tràng theo Billroth II hoặc theo phương pháp Roux-En-Y. Số trường hợp được nối theo Billroth II chiếm ưu thế hơn, chiếm 63,3%.

Bảng 3.18 Tỉ lệ các phương pháp nối.

Phương pháp nối	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Nối vị tràng theo Billroth II	50	63,3
Nối vị tràng theo Roux-En-Y	29	36,7
Tổng cộng	79	100

3.2.2. Thời gian mổ

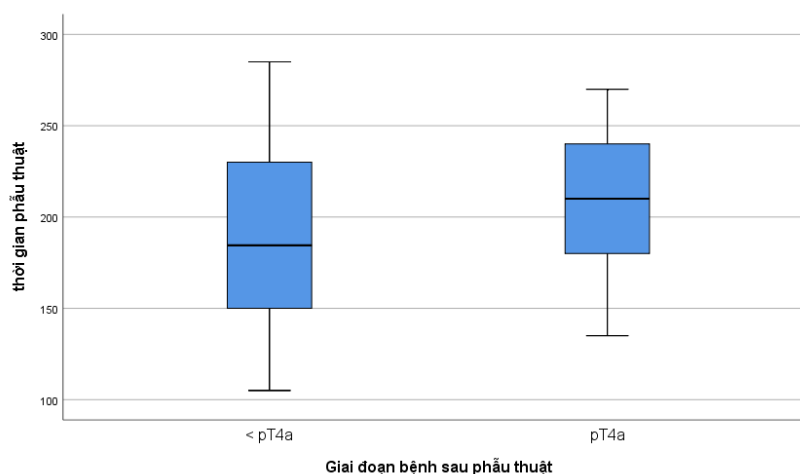
Thời gian mổ trung bình

Thời gian mổ trung bình là $202,2 \pm 43$ phút.

Thời gian mổ ngắn nhất: 105 phút, dài nhất: 285 phút.

So sánh thời gian mổ giữa nhóm giai đoạn T4a và nhóm giai đoạn dưới T4a

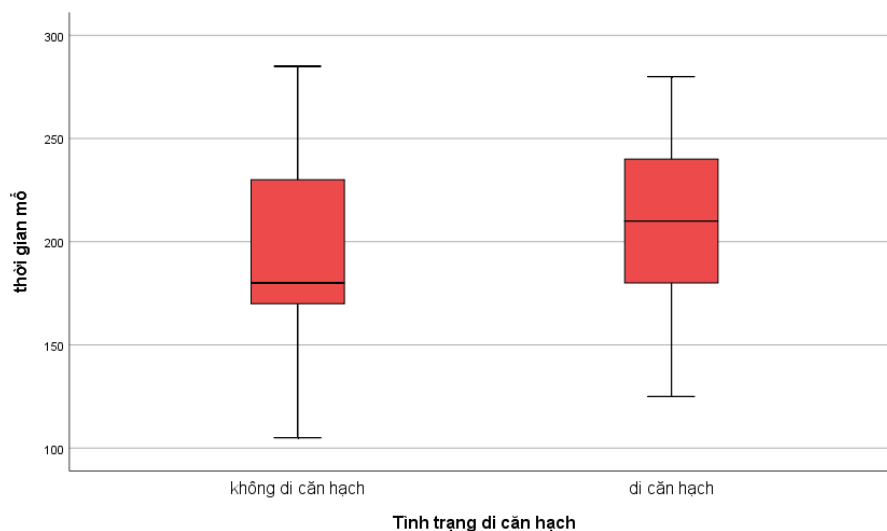
So sánh thời gian mổ ở nhóm người bệnh có u xâm lấn quá lớp thanh mạc dài hơn so với nhóm chưa xâm lấn quá thanh mạc, tuy nhiên, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,138$).



Biểu đồ 3.3 So sánh thời gian mổ giữa nhóm giai đoạn T4a và dưới T4a.

So sánh thời gian mổ giữa nhóm có di căn hạch và không di căn hạch

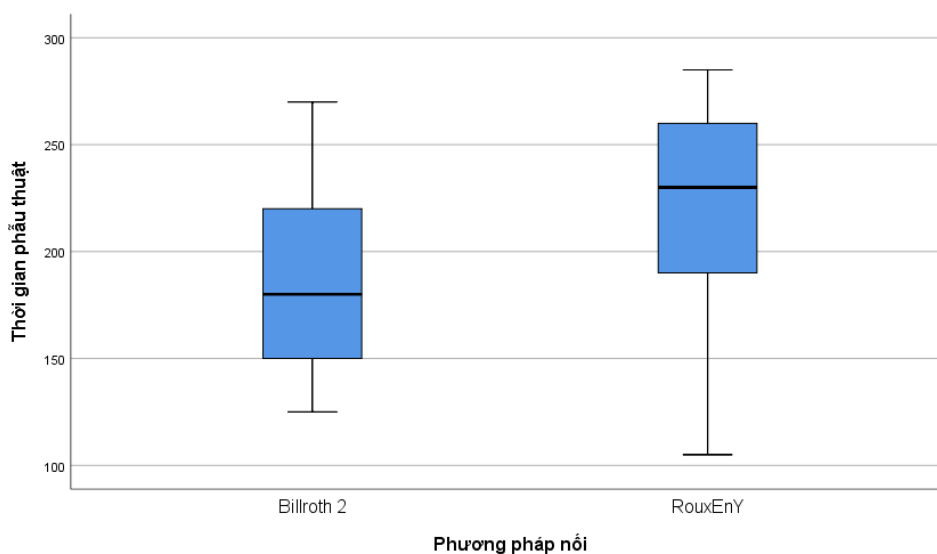
Thời gian mổ ở nhóm bệnh nhân có tình trạng di căn hạch dài hơn so với nhóm không di căn hạch, tuy nhiên, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.4 So sánh thời gian mổ giữa nhóm có đi căn hạch và không đi căn hạch.

So sánh thời gian mổ giữa phương pháp nối Billroth II và Roux-En-Y

So sánh thời gian mổ giữa phương pháp nối Billroth II và Roux-En-Y cho thấy thời gian mổ của phương pháp nối Roux-En-Y dài hơn trung bình khoảng 30 phút, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$).



Biểu đồ 3.5 So sánh thời gian mổ giữa phương pháp nối Billroth II và Roux-En-Y.

3.2.3. Khoảng cách bờ mặt cắt trên đến bờ thương tổn (bờ cắt gần)

Khoảng cách từ bờ thương tổn đến bờ mặt cắt trung bình là $5,2 \pm 0,8$ cm, gần nhất là 3cm, xa nhất là 7cm.

Tất cả các trường hợp nghiên cứu đều không còn tế bào ác tính ở bờ mặt cắt trên và dưới.

Số trường hợp được cắt lạnh trong mổ là 4 người bệnh, chiếm 5,1% trên tổng số bệnh nhân. Trong 4 trường hợp này, có 2 trường hợp bờ cắt gần cách bờ trên khối u 4 cm, và 2 trường hợp bờ cắt gần cách khối u 5 cm.

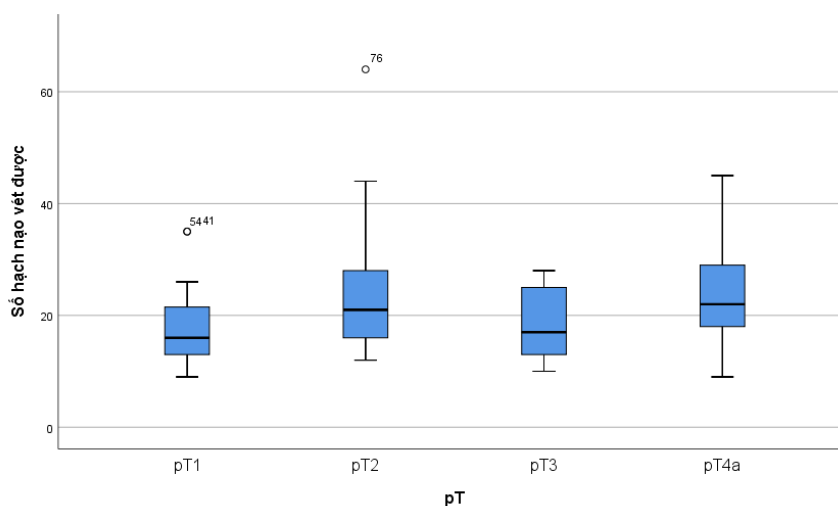
Số trường hợp được **nội soi dạ dày trong mổ** để xác định lại bờ trên khối u để xác định chính xác bờ cắt gần là 39 bệnh nhân, chiếm 49,4%. Đây là các trường hợp khối u không xác định được rõ trong mổ (u ở giai đoạn T1, T2), khối u có tổn thương dạng bờ thâm nhiễm. Các trường hợp này cũng được dùng nội soi ngay sau khi thực hiện miệng nối, để kiểm tra mức độ hẹp của lỗ tâm vị.

3.2.4. Kết quả nạo vét hạch và tình trạng di căn hạch

Số hạch lympho nạo vét được trung bình là 22 ± 10 hạch.

Nạo được nhiều nhất là 64 hạch lympho, ít nhất là 9 hạch lympho.

Số hạch lympho di căn trung bình là 3,7 hạch lympho, nhiều nhất là 21 hạch lympho, ít nhất là 0 hạch lympho. Tỷ lệ hạch di căn/hạch nạo vét được là 16,7%. (295/1736).



Biểu đồ 3.6 Biểu đồ số lượng hạch nạo vét được so với mức độ xâm lấn của khối u.

Bảng 3.19 Tình trạng di căn hạch theo mức độ xâm lấn của tổn thương.

Mức độ xâm lấn của khối u (T)	Mức độ di căn hạch (N)					Tỉ lệ di căn hạch		p
	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3a n (%)	3b n (%)	N+	%N+	
T1 (n= 20)	18 (90)	1 (5)	1 (5)	0	0	2	10	
T2 (n= 17)	12 (70,5)	2 (11,8)	1 (5,9)	2 (11,8)	0	5	29,4	
T3 (n=5)	2 (40)	0	1 (20)	1 (20)	1 (20)	3	60	0,001
T4a (n= 37)	6 (16,2)	9 (24,2)	6 (16,2)	12 (32,4)	4 (10,8)	31	83,7	
Tổng cộng (n=79)	36 (45,6)	11 (13,9)	7 (8,9)	18 (22,8)	7 (8,9)	41	54,4	

N+: số trường hợp có di căn hạch (N1, N2, N3); %N+: tỉ lệ di căn hạch (%)

Tỉ lệ di căn hạch tăng lên theo mức độ xâm lấn của khối u, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Trong đó, khi u xâm lấn quá thanh mạc, tỉ lệ di căn hạch là 83,7%.

Mức độ di căn hạch theo mức độ xâm lấn của u

Bảng 3.20 Số hạch lympho di căn trung bình theo mức độ xâm lấn của khối u.

	Số hạch di căn trung bình	Khoảng giao động (hạch)	N
pT1	0,2	0 - 3	20
pT2	1,35	0 - 9	17
pT3	6,6	0 - 20	5
pT4a	6,35	0 - 21	37

Số hạch di căn trung bình tăng theo mức độ xâm lấn của khối u, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Số hạch di căn trung bình khi khối u xâm lấn quá lớp cơ là trên 6 hạch/ trường hợp.

So sánh số hạch lympho trung bình nạo vét được giữa nhóm thương tổn giai đoạn T4a và dưới T4a

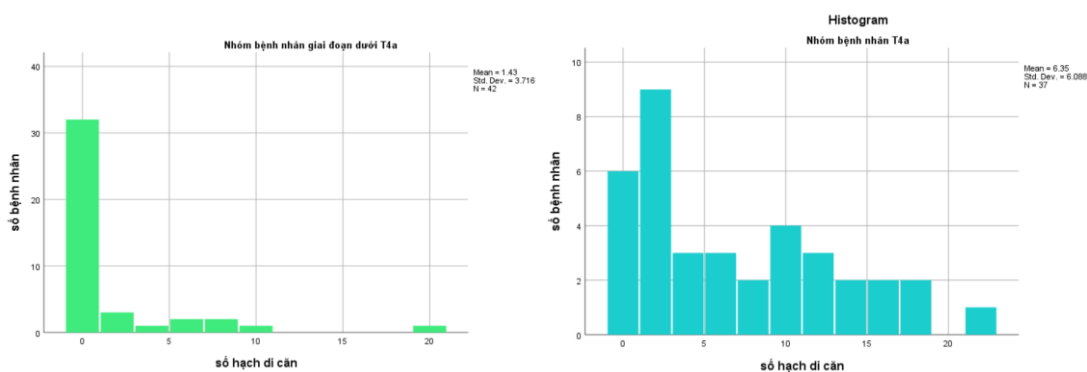
Bảng 3.21 So sánh số hạch lympho nạo vét được giữa nhóm T4a và dưới T4a.

Giai đoạn pT	n	Số hạch nạo vét được	p
Giai đoạn dưới T4a	42	20,8 ± 10,4	0,25
Giai đoạn T4a	37	23,3 ± 8,8	

So sánh di căn hạch lympho giữa nhóm giai đoạn T4a và dưới T4a

Bảng 3.22 So sánh tình trạng có di căn hạch lympho giữa nhóm giai đoạn T4a và giai đoạn dưới T4a.

Giai đoạn T	Không di căn hạch	Có di căn hạch	p
Giai đoạn dưới T4a	32 (76,2%)	10 (23,8%)	0.001
Giai đoạn T4a	6 (16,2%)	31 (83,8%)	
Tổng	38	41	



Biểu đồ 3.7 So sánh số hạch lympho di căn giữa nhóm giai đoạn T4a và dưới T4a.

Khi so sánh về số hạch nạo vét được giữa nhóm ung thư xâm lấn quá thanh mạc và nhóm ung thư chưa xâm lấn quá thanh mạc, chúng tôi nhận thấy số hạch nạo vét được ở giai đoạn T4a có vẻ cao hơn nhóm u xâm lấn < T4a, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Trái lại, khi so sánh tình trạng có di căn hạch hay không, và số hạch di căn trung bình cho thấy khi ung thư xâm lấn T4a thì tình trạng di căn hạch thường gặp hơn, và số hạch di căn trung bình cũng cao hơn so với nhóm ung thư < T4a, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Mức độ di căn hạch của ung thư dạ dày theo phân loại đại thể

Dạng đại thể type 0 đặc trưng cho ung thư sớm, 18 bệnh nhân không có di căn hạch (N0), 2 bệnh nhân di căn hạch giai đoạn N1.

Bảng 3.23 Số hạch di căn trung bình theo vị trí u theo trục ngang.

Vị trí u theo trục ngang	Số bệnh nhân	Số hạch di căn trung bình
Bờ cong nhỏ	47	$2,7 \pm 0,7$
Bờ cong lớn	10	$4,5 \pm 1,7$
Gần trọn chu vi	6	$6 \pm 2,7$
Mặt trước	8	$4,4 \pm 1,7$
Mặt sau	8	$6,25 \pm 2,9$

Khác biệt không có ý nghĩa thống kê về số hạch di căn trung bình theo vị trí của khối u theo trục ngang ($p = 0,35$).

Bảng 3.24 Số hạch di căn trung bình theo vị trí của khối u.

Vị trí khối u	pN					Số hạch di căn trung bình	p
	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3a n (%)	3b n (%)		
Phần ba giữa (n = 67)	35 (52,1)	9 (13,4)	8 (11,9)	11 (16,4)	4 (6)	3,5	0,379
Hai phần ba giữa dưới (n = 12)	3 (25)	3 (25)	1 (8,3)	4 (33,4)	1 (8,3)	5,3	

Nhóm ung thư dạ dày ở 2/3 giữa dưới có tỉ lệ di căn hạch trung bình là $5,3 \pm 1,7$ hạch, so với nhóm ung thư khu trú ở 1/3 giữa có tỉ lệ hạch di căn trung bình là $3,5 \pm 0,7$ hạch, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,29$).

Tỉ lệ di căn hạch chung cho các giai đoạn là 51,9%.

Tỉ lệ di căn hạch trong ung thư sớm là 10% (2 bệnh nhân trên tổng số 20 bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm).

Tỉ lệ di căn hạch trong ung thư giai đoạn tiến triển là 66,1%, riêng nhóm tổn thương xâm lấn quá lớp thanh mạc có tỉ lệ di căn hạch lên đến 83,7%.

Mức độ di căn hạch theo dạng vi thể của ung thư dạ dày

Bảng 3.25 Mức độ di căn hạch theo dạng vi thể của ung thư dạ dày.

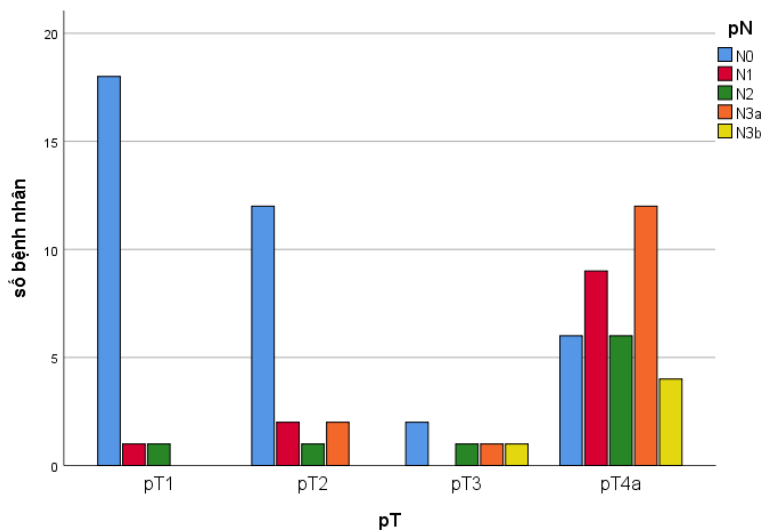
Dạng vi thể		pN					Số hạch di căn trung bình
		N0	N1	N2	N3a	N3b	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Các dạng có biệt hóa của ung thư biểu mô tuyến (n = 28)	Biệt hóa cao (n=9)	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0	0	0	0,1 (0 – 1)
	Biệt hóa vừa (n=19)	7 (36,8%)	2 (10,5%)	3 (15,9%)	7 (36,8%)	0	4,3 (0 – 14)
Các dạng kém biệt hóa của ung thư biểu mô tuyến (n = 51)	Biệt hóa kém (n=32)	14 (43,8%)	5 (15,6%)	5 (15,6%)	6 (18,8%)	2 (9,4%)	4,1 (0-21)
	Dạng tế bào nhẵn (n=17)	8 (47,1%)	3 (17,6%)	1 (5,9%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)	4,7 (0 – 20)
	Dạng nhày (n=2)	1 (50%)	1 (50%)	0	0	0	0,5 (0 – 1)

Xét về liên quan giữa số hạch di căn trung bình với độ biệt hóa ung thư, chúng tôi nghi nhận ung thư độ biệt hóa cao chỉ có 1 trường hợp di căn mức độ N1 (chiếm 11%), trong khi ung thư độ biệt hóa vừa, biệt hóa kém và tế bào nhẵn đều di căn trung bình trên 4 hạch, và tỉ lệ di căn hạch cũng đều hơn 50% số trường hợp.

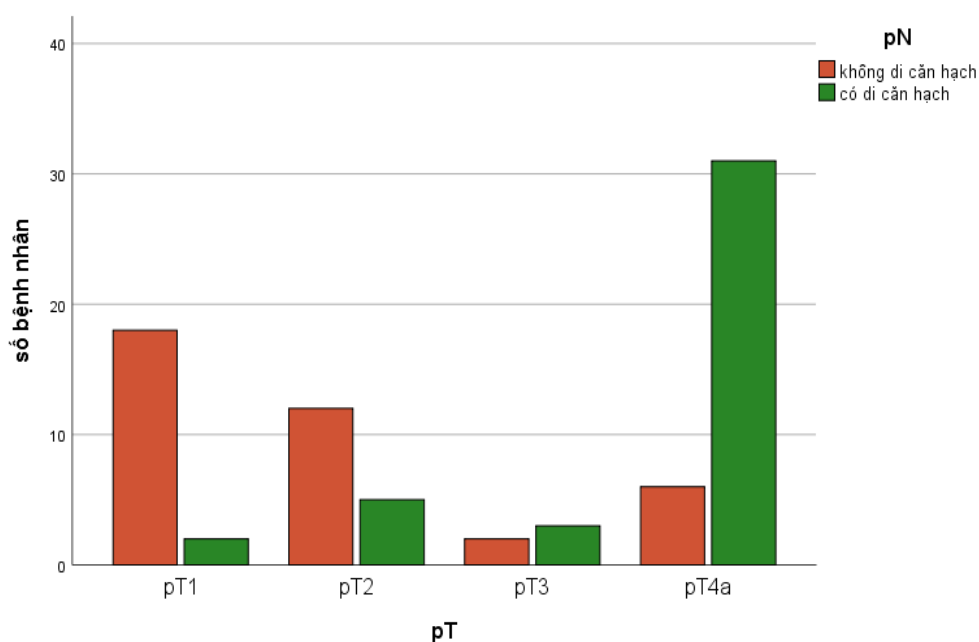
Bảng 3.26 Mức độ di căn hạch theo nhóm biệt hóa hoặc kém biệt hóa.

Độ biệt hóa	pN					Số hạch di căn trung bình	p
	0	1	2	3a	3b		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Biệt hóa (n = 28)	15 (53,6)	3 (10,7)	3 (10,7)	7 (25)	0	3,0 (0 – 14)	0,351
Kém biệt hóa (n = 51)	23 (45,1)	9 (17,6)	6 (11,8)	8 (15,7)	5 (9,8)	4,2 (0 – 21)	

UTBM tuyến dạng kém biệt hóa (bao gồm UTBM biệt hóa kém và UTBM dạng tế bào nhẵn, UTBM dạng tế bào nhày) tỉ lệ di căn hạch cao, với số hạch di căn trung bình là 4,1 hạch. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ di căn hạch giữa hai dạng UTBM biệt hóa và kém biệt hóa.



Biểu đồ 3.8 Phân bố giai đoạn di căn hạch theo mức độ xâm lấn của khối u.



Biểu đồ 3.9 Tình trạng di căn hạch theo mức độ xâm lấn của khối u.

3.2.5. Thời gian trung tiện sau mổ

Thời gian trung tiện trung bình sau mổ là $3,0 \pm 0,9$ ngày.

Trung tiện sớm nhất 1 ngày, muộn nhất 5 ngày sau mổ.

Thời gian có trung tiện lại ở nhóm ung thư giai đoạn T4a dài hơn so với nhóm ung thư giai đoạn <T4a có nghĩa thống kê ($p = 0,007$).

Thời gian có trung tiện lại ở nhóm phương pháp nối Roux-En-Y dài hơn so với nhóm nối Billroth II, tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,013$).

3.2.6. Thời gian nằm viện.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $7,9 \pm 2,0$ ngày.

Thời gian nằm viện ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 18 ngày.

So sánh thời gian nằm viện giữa nhóm giai đoạn T4a và giai đoạn dưới T4a

Bảng 3.27 So sánh thời gian nằm viện giữa nhóm giai đoạn T4a và dưới T4a.

Giai đoạn T	n	Thời gian nằm viện (ngày)	p
Giai đoạn dưới T4a	42	$7,5 \pm 1,3$	0,06
Giai đoạn T4a	37	$8,4 \pm 2,6$	

So sánh thời gian nằm viện giữa nhóm nối Billroth II và Roux-En-Y

Bảng 3.28 So sánh thời gian nằm viện giữa nhóm nối Billroth II và Roux-En-Y.

Phương pháp mổ	n	thời gian nằm viện (ngày)	p
<i>Billroth II</i>	50	$7,7 \pm 1,6$	0,268
<i>Roux-En-Y</i>	29	$8,3 \pm 2,7$	

Thời gian nằm viện của nhóm ung thư xâm lấn T4a dài hơn so với nhóm ung thư <T4a, cũng như nhóm phương pháp nối Roux-En-Y dài hơn so với nhóm Billroth II, tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.7. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật

Tỷ lệ thành công của PTNS điều trị ung thư dạ dày là 98,7% (1 bệnh nhân sau mổ phải can thiệp để nong miệng nối dạ dày hồng tràng, và được nong miệng nối qua nội soi thực quản – dạ dày).

Trong mẫu nghiên cứu, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Nghiên cứu không ghi nhận tai biến trong mổ, không có trường hợp nào mất máu có ảnh hưởng đến huyết động hoặc phải truyền máu trong mổ.

3.2.8. Biến chứng sớm sau mổ

Có 13 trường hợp xảy ra biến chứng sau mổ, chiếm tỷ lệ 16,5 %. Không có trường hợp nào tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ. Phân loại biến chứng theo Clavien – Dindo như sau:

Bảng 3.29 Tỷ lệ biến chứng theo phân độ Clavien-Dindo.

Phân loại theo Clavien-Dindo	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
0	66	83,5
1	6	7,6
2	6	7,6
3a	1	1,3

Có 1 trường hợp phân loại theo Clavien Dindo độ 3a là trường hợp BN bị hẹp miệng nối, được điều trị nội khoa không giảm nên được can thiệp nong miệng nối qua nội soi tại phòng mổ, và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 18.

Chúng tôi ghi nhận một trường hợp bị rò dưỡng chấp sau mổ, được điều trị nội khoa thành công, và hoàn toàn khỏi bệnh sau 2 tháng.

Cụ thể, các biến chứng xảy ra sau mổ bao gồm:

Bảng 3.30 Các biến chứng xảy ra sau mổ.

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Xì miệng nối	0	0
Hẹp miệng nối	1	1,3
Tụ dịch ổ bụng	3	3,8
Nhiễm trùng vết mổ	3	3,8
Rò tụy	2	2,5
Chảy máu sau mổ	0	0
Xì mòm tá tràng	0	0
Viêm phổi	1	1,3
Chậm làm trống dạ dày	5	6,3
Rò đường chấp	1	1,3

3.2.9. Các yếu tố liên quan đến biến chứng sớm sau mổ

Sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng giữa nhóm tuổi ≤ 60 và > 60 không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,14$).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ biến chứng giữa nhóm có BMI $< 18,5$, BMI $= 18,5 - 24,9$ và BMI ≥ 25 ($p = 0,39$).

Sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng giữa nhóm có và không có bệnh nội khoa kèm theo không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,17$).

Sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng của nhóm có ASA 1, ASA 2 và ASA 3 không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,33$).

Sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng giữa nhóm kích thước thương tổn < 5 cm và nhóm ≥ 5 cm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,64$).

Sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng giữa hai nhóm thương tổn giai đoạn T4a và dưới T4a không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,95$).

Sự khác biệt về tỉ lệ tai biến giữa nhóm có di căn hạch và chưa di căn hạch không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,65$).

Phương pháp nối theo Roux-En-Y có tỉ lệ biến chứng cao hơn so với nhóm nối theo Billroth II, tuy nhiên, sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng giữa nhóm phục hồi lưu thông theo Billroth II và Roux-En-Y không ý nghĩa thống kê ($p = 0,14$).

Trong phân tích đa biến cho thấy, sự khác biệt của các yếu tố nhóm tuổi >60, tình trạng nhẹ cân, ASA ≥ 2 , bệnh nội khoa đi kèm, mức độ biệt hóa tế bào, kích thước thương tổn, mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng di căn hạch, giai đoạn bệnh chung, phương pháp nối không có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ biến chứng sau PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày.

3.3. Theo dõi sau phẫu thuật

Tình trạng Albumin, Hemoglobin và trào ngược dạ dày thực quản sau mổ

Kết quả theo dõi sau 1 năm cho các bệnh nhân có thời gian theo dõi từ 12 tháng trở lên như sau:

Bảng 3.31 Kết quả xét nghiệm và nội soi sau mổ 1 năm.

	n	
Hemoglobin (g/L)	75	122,6 ± 13,7
Albumin	75	39,7 ± 4,4
Phân độ trào ngược theo LA	75	
0		72 (96,0)
A		3 (4,0)
Phân độ ú đọng dạ dày (R)	75	
0		67 (89,3)
1		7 (9,3)
3		1 (1,3)
Phân độ viêm dạ dày (G)	75	
0		29 (38,7)
1		38 (50,7)
2		8 (10,7)
Phân độ ú đọng dịch mật (B)	75	
0		63 (84%)
1		12 (16%)

Bảng 3.32 So sánh kết quả nồng độ Hgb và Albumin trước và sau mổ.

	n	Trung bình (g/l)	Độ lệch chuẩn	p
Hgb trước mổ	79	130,6	21,5	0,002
Hgb sau mổ 1 năm	75	122,6	13,7	
Albumin trước mổ	79	40,5	3,9	0,185
Albumin sau mổ 1 năm	75	39,7	4,4	

Nồng độ Albumin trước mổ và sau mổ 1 năm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Xét về kết quả nội soi sau mổ 1 năm, có 3 trường hợp (4%) viêm thực quản trào ngược ở mức độ A theo tiêu chuẩn của Los Angeles. Có 8 trường hợp (10,6%) có ghi nhận có tình trạng ú đọng ở dạ dày, trong đó có 1 trường hợp (1,3%) ú đọng dạ dày ở mức độ nặng. 61,4% trường hợp ghi nhận có viêm đỏ dạ dày, nhưng chỉ có 10% ghi nhận có tình trạng viêm đỏ nhiều ở mức 2. 12 trường hợp (16%) ghi nhận ú đọng dịch mật ở dạ dày.

Phân tích tình trạng dạ dày sau mổ một năm theo phương pháp nối

Bảng 3.33: So sánh tình trạng dạ dày sau mổ một năm theo phương pháp nối

		Billroth 2 (n = 48)	Roux-En-Y (n = 27)	p
Trào ngược thực quản	Không trào ngược	48 (100%)	24 (88,9%)	0,043
	Độ A	0 (0%)	3 (11,1%)	
Ú đọng dạ dày	Không ú đọng	43 (89,6%)	24 (88,9%)	0,7
	Độ 1	4 (8,3%)	3 (11,1%)	
	Độ 3	1 (2,1%)	0	
Viêm dạ dày	Không viêm	16 (33,3%)	13 (48,1%)	0,22
	Độ 1	25 (52,1%)	13 (48,1%)	
	Độ 2	7 (14,6%)	1 (3,8%)	
Ú đọng dịch mật	Không	36 (75%)	12 (25%)	0,003
	có	27 100%)	0	

Tình trạng viêm thực quản trào ngược và tình trạng ú đọng dịch mật khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm kỹ thuật nối theo Billroth 2 và Roux-En-Y, với p lần lượt là 0,043 và 0,003. Tất cả các trường hợp ú đọng dịch mật đều ở nhóm kỹ thuật nối theo Billroth 2.

3.4. Kết quả theo dõi dài hạn sau mổ

3.4.1. Tái phát và di căn sau mổ

Thời gian theo dõi bệnh nhân tính đến ngày 10/11/2022 trung bình là 34 tháng, dài nhất là 69 tháng và ngắn nhất là 10 tháng.

Tình trạng tái phát và di căn xa được trình bày trong **bảng 3.51**.

Bảng 3.34 Kết quả theo dõi lâu dài.

Số bệnh nhân mổ lại		3 (3,8)
Chỉ định mổ lại do ung thư	2	
Di căn lỗ troca		1 (50)
Di căn ổ bụng xâm lấn chậu		1 (50)
Tái phát		3 (3,8)
Phân loại tái phát	3	
Tái phát tại chỗ		1 (33,3)
Tái phát hạch vùng		2 (66,7)
Di căn xa		16 (20,3)
Cơ quan di căn xa	16	
Phúc mạc		10 (62,5)
Gan		1 (6,2)
Di căn nhiều cơ quan		4 (25,0)
Di căn hạch chằng xa		1 (6,2)

Trong 3 trường hợp tái phát, một trường hợp tái phát tại chỗ là trường hợp Bn số 38, L.T.N, khối u 4cm dạng chồi sùi, ở bờ cong nhỏ 1/3 giữa dạ dày, dạng ung thư biểu mô biệt hóa kém, xâm lấn quá lớp thanh mạc, có xâm lấn thần kinh trên vi thể, không có di căn hạch, bờ cắt gần cách bờ trên u 3 cm, đại thể và vi thể đạt diện cắt R0, phát hiện tái phát miệng nối ở thời điểm cùng lúc với phát hiện di căn phúc mạc tại thời điểm theo dõi tháng thứ 38, và được hóa trị hỗ trợ, hiện vẫn còn trong thời gian theo dõi và còn sống đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Một trường hợp tái phát hạch vùng là BN số 12, N.Đ, khối u 6 cm dạng loét sùi ở bờ cong lớn, xâm lấn thanh mạc, di căn 14 hạch / 22 hạch được nạo, không

xâm nhập mạch máu và thần kinh, tái phát hạch rốn gan vào tháng thứ 20, sau đó phát hiện di căn hạch 16a và tháng thứ 27, và tử vong do suy mòn vào tháng theo dõi thứ 39. Trường hợp tái phát hạch vùng còn lại là BN số 65, H.V.T, khối u 5 cm dạng loét bờ thâm nhiễm, ở mặt sau dạ dày 1/3 giữa và 1/3 dưới, xâm lấn quá lớp thanh mạc, xâm nhập thần kinh, biệt hóa kém, di căn 2 hạch/ 42 hạch nạo vét được, có chỉ định hóa trị sau mổ, nhưng do ảnh hưởng của dịch covid19 nên không được hóa trị, tái phát hạch vùng nhóm 9 vào tháng theo dõi thứ 9, và tử vong vào tháng theo dõi thứ 11 do suy mòn.

Trong bốn trường hợp di căn nhiều cơ quan có: một trường hợp di căn ổ bụng kèm di căn hạch trung thất, một trường hợp vừa di căn phúc mạc, sau đó tiếp tục phát hiện di căn xương, một trường hợp phát hiện cùng lúc di căn phúc mạc và di căn phổi (tử vong lúc 40 tháng sau mổ - người bệnh này có mổ viêm túi mật cấp ở thời điểm 24 tháng sau mổ), một trường hợp vừa di căn phúc mạc kèm di căn hạch dọc động mạch chủ bụng (tử vong lúc 17 tháng sau phẫu thuật).

Một bệnh nhân bị di căn thành bụng tại chỗ troca rốn và được mổ cắt khối u di căn này vào thời điểm 24 tháng sau mổ. Một bệnh nhân bị di căn phúc mạc gây hẹp niệu quản 2 bên, được đặt ống thông JJ niệu quản 2 bên vào thời điểm 10 tháng sau mổ và tử vong do suy mòn và tháng thứ 18 sau mổ.

Thời gian sống thêm không bệnh (không phát hiện tái phát và di căn) là 32 ± 15 tháng sau mổ, ngắn nhất 6 tháng, dài nhất là 69 tháng.

3.4.2. Thời gian theo dõi thực tế sau mổ

Vì tất cả các trường hợp không được theo dõi đến 69 tháng nên thực tế tỉ lệ theo dõi sau mổ 1, 2, 3, 4 và 5 năm như sau:

Bảng 3.35 Tỉ lệ theo dõi thực tế cho sau mổ.

	Tử vong n (%)	Tổng số
< 12 tháng	3 (3,8%)	79
12 tháng	6 (8%)	75
Thời gian theo dõi		
24 tháng	1 (1,8%)	57
36 tháng	2 (5,1%)	39
48 tháng	0	10
60 tháng	0	5
Tổng	12 (15,2%)	79

Có một BN tử vong do nhiễm Covid19 vào thời điểm sau mổ 10 tháng, một BN tử vong do suy mòn tháng thứ 11, một BN có thời gian theo dõi dưới 12 tháng tính từ thời gian mổ đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Bảng 3.36 Tỉ lệ theo dõi tái phát hoặc di căn thực tế.

Thời gian sống thêm không bệnh	Tái phát hoặc di căn	
	n (%)	Số BN theo dõi
< 12 tháng	7 (8,7%)	79
12 tháng	5 (7,2%)	69
24 tháng	2 (3,8%)	52
36 tháng	2 (5,8%)	34
48 tháng	1 (10%)	10
60 tháng	0	5
Tổng	17 (21,5%)	79

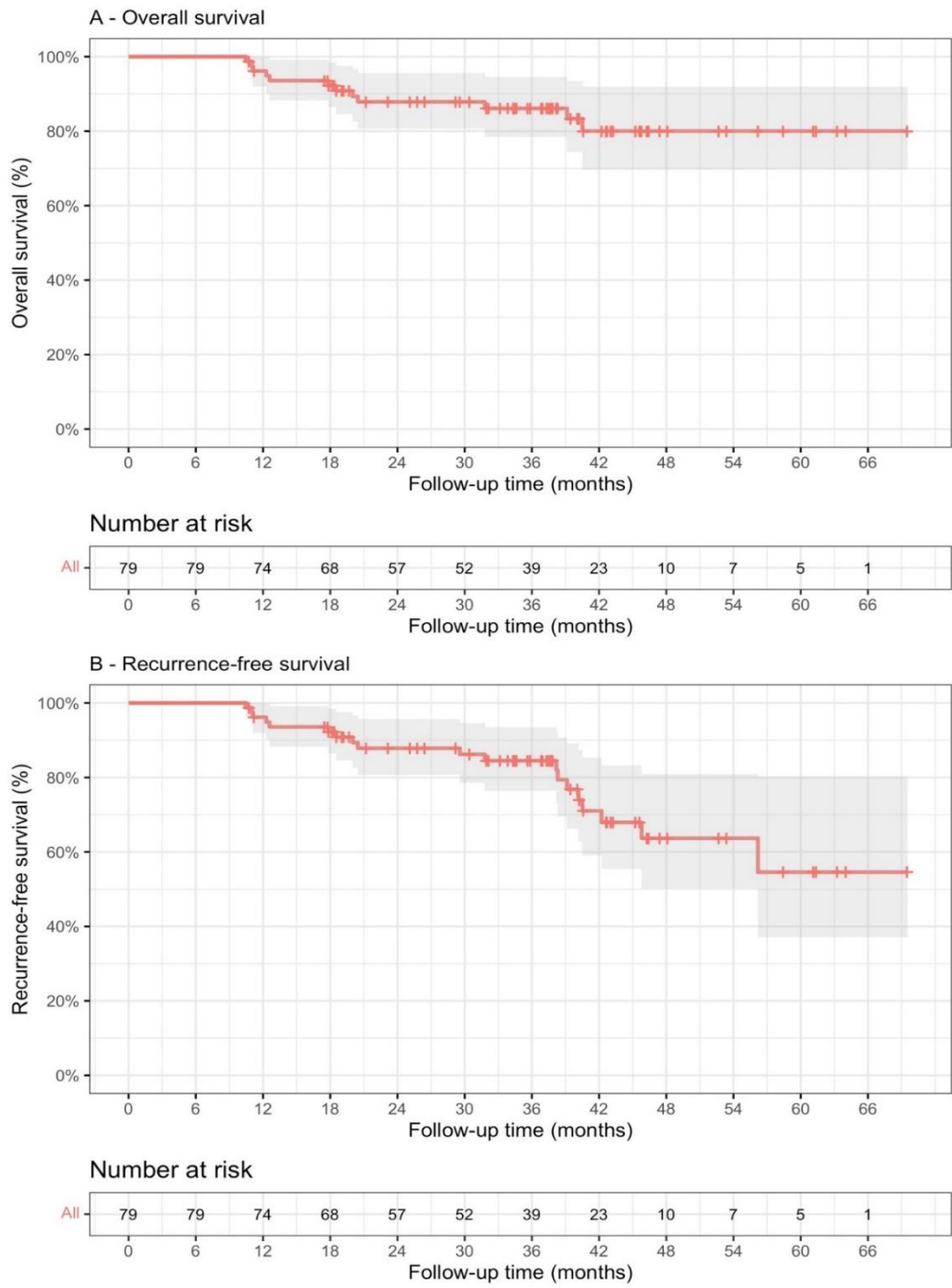
3.4.3. Thời gian sống thêm sau mổ

Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh sau mổ

Mười hai BN (15,2%) tử vong sau mổ. Theo phương pháp Kaplan Meier, thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh chung ước lượng sau mổ 1, 2, 3, 4 và 5 năm như sau:

Bảng 3.37 Thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh ước lượng sau mổ.

Thời gian sau mổ	Sống thêm toàn bộ ước lượng (%)	Sống thêm không bệnh ước lượng (%)
1 năm	91%	90%
2 năm	88%	87%
3 năm	86%	80%



Biểu đồ 3.10 Thời gian ước lượng sống thêm chung và thời gian sống thêm không bệnh ước lượng theo phương pháp Kaplan Meier.

Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh

Tỉ lệ bệnh nhân từng giai đoạn theo từng thời gian thực tế theo dõi như sau:

Bảng 3.38 Tỉ lệ bệnh nhân từng giai đoạn theo từng thời gian theo dõi.

	12 tháng	24 tháng	36 tháng	48 tháng	60 tháng
IA	18	17	12	4	3
IB	12	8	5	1	0
IIA	4	3	1	0	0
IIB	6	5	4	2	0
IIIA	17	13	9	1	1
IIIB	12	7	7	2	1
IIIC	5	4	1	0	0
Tổng cộng	74	57	39	10	5

Tỉ lệ sống thêm ước lượng theo phương pháp Kaplan Meier theo từng giai đoạn như sau

Bảng 3.39 Tỉ lệ sống thêm ước lượng theo Kaplan Meier theo từng giai đoạn.

	1 năm	3 năm	Tổng số
IA	100%	100%	18
IB	100%	100%	13
IIA	100%	100%	5
IIB	69%	69%	7
IIIA	88,9%	83,3%	18
IIIB	76,9%	68,4%	13
IIIC	80%	53,3%	5

Tỉ lệ sống thêm không bệnh theo phương pháp Kaplan Meier theo từng giai đoạn như sau

Bảng 3.40 Tỉ lệ sống thêm không bệnh theo phương pháp Kaplan Meier theo từng giai đoạn.

	1 năm	3 năm	Tổng số
IA	100%	100%	18
IB	100%	100%	13
IIA	100%	75%	5
IIB	71,4%	71,4%	7
IIIA	100%	85,5%	18
IIIB	76,9%	68,4%	13
IIIC	80%	40%	5

3.4.4. Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ theo phân tích đơn biến

Thời gian sống thêm toàn bộ theo di căn hạch lympho

Bảng 3.41 Thời gian sống thêm toàn bộ theo di căn hạch lympho

Di căn hạch lympho	n	Thời gian sống thêm toàn bộ (tháng)	p
Không di căn hạch lympho	38	61 (57 – 64)	
Có di căn hạch lympho	41	54 (47 – 62)	0,02

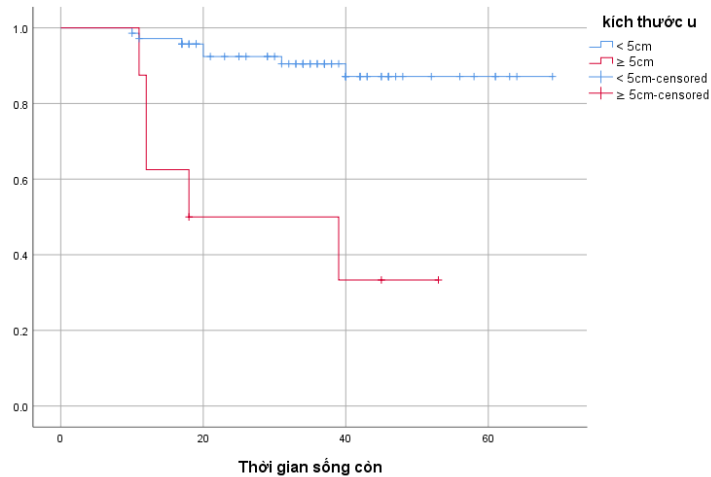
Như vậy, tình trạng có di căn hạch lympho làm giảm thời gian sống thêm toàn bộ, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$).

Thời gian sống thêm toàn bộ theo mức độ biệt hóa của tế bào

Nhóm ung thư dạ dày tế bào tuyến biệt hóa có thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn nhóm ung thư dạ dày tế bào tuyến kém biệt hóa. Tuy nhiên, sự khác

biệt về thời gian sống thêm giữa hai nhóm ung thư biệt hóa và kém biệt hóa không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,15$).

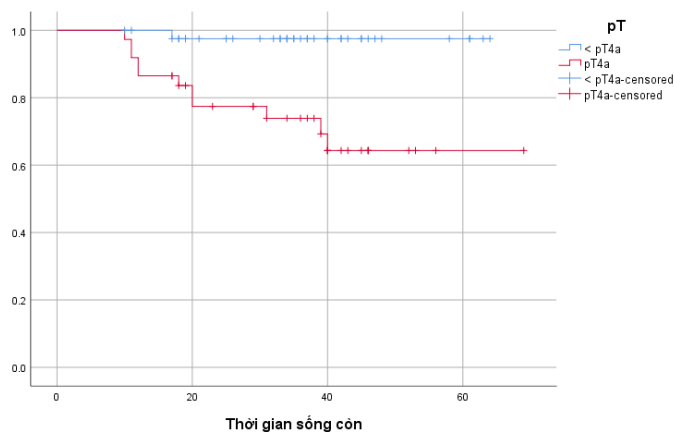
Thời gian sống thêm toàn bộ theo kích thước thương tổn



Biểu đồ 3.11 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo kích thước u theo phương pháp Kaplan Meier.

Nhóm có kích thước khối u ≥ 5 cm có thời gian sống thêm kém hơn so với nhóm có kích thước u nhỏ hơn 5cm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$).

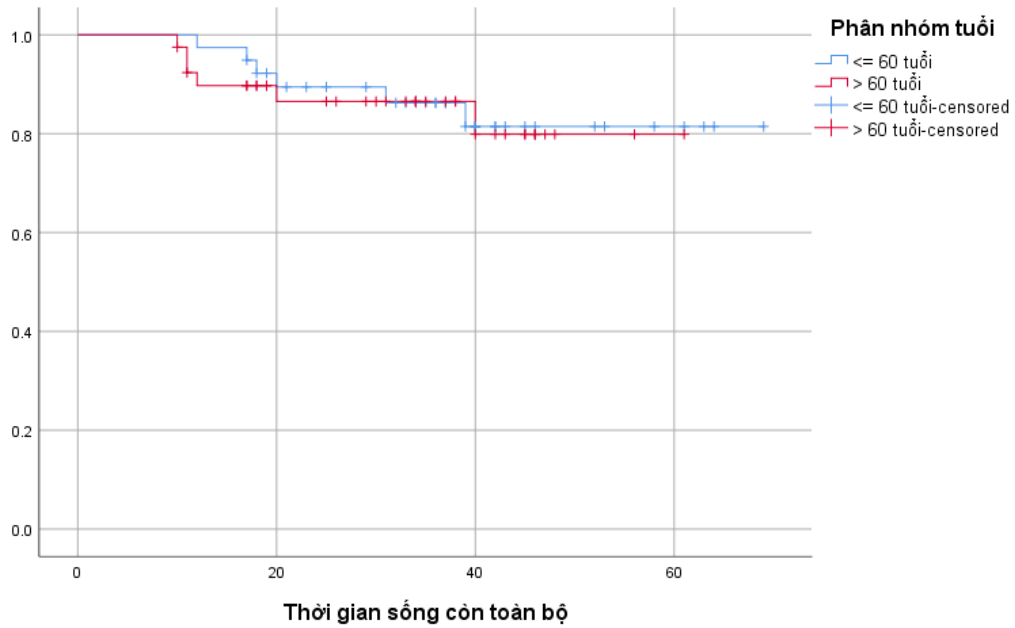
Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn T của thương tổn



Biểu đồ 3.12 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn pT theo phương pháp Kaplan Meier.

Thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm có khối u chưa xâm lấn tới thanh mạc dài hơn nhóm khối u xâm lấn quá lớp thanh mạc, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

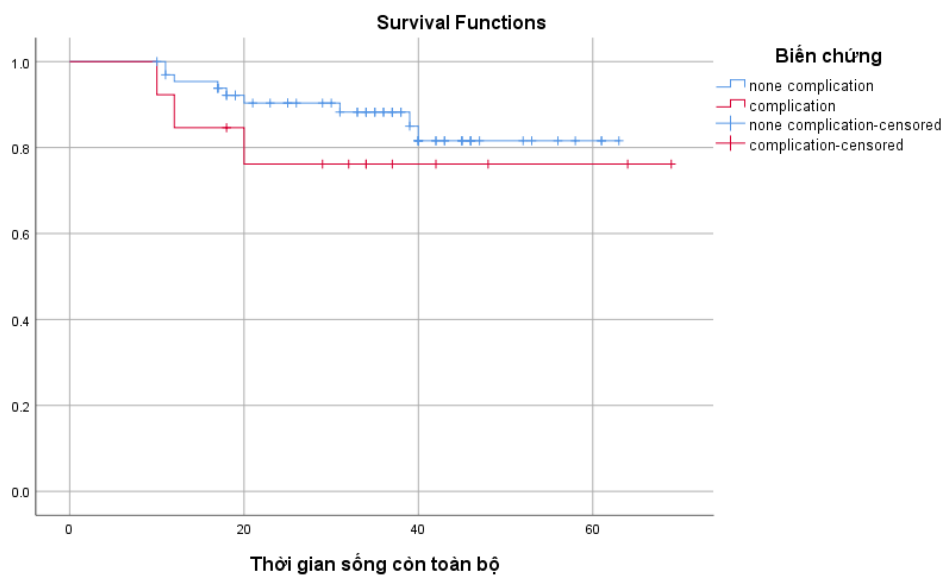
Thời gian sống thêm toàn bộ theo theo nhóm tuổi ≤ 60 và > 60



Biểu đồ 3.13 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo nhóm tuổi theo phương pháp Kaplan Meier.

Thời gian sống thêm toàn bộ giữa nhóm bệnh nhân nhỏ hơn hoặc bằng 60 tuổi với nhóm bệnh nhân lớn hơn 60 tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,82$).

Thời gian sống thêm toàn bộ theo nhóm có và không có biến chứng



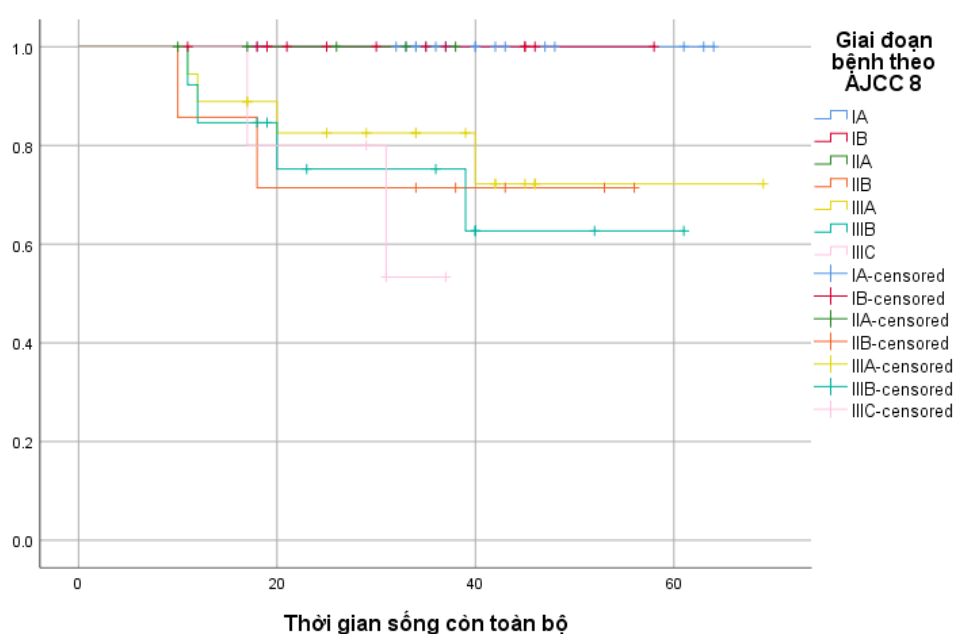
Biểu đồ 3.14 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo nhóm có và không có biến chứng theo phương pháp Kaplan Meier.

Thời gian sống thêm toàn bộ giữa nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,37$).

Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh

Bảng 3.42 Tỷ lệ sống thêm theo giai đoạn bệnh.

Giai đoạn bệnh	Số bệnh nhân theo dõi	Tử vong	Còn sống	Tỷ lệ còn sống (%)
IA	18	0	18	100
IB	13	0	13	100
IIA	5	0	5	100
IIB	7	2	5	71,4
IIIA	18	4	14	77,8
IIIB	13	4	9	69,2
IIIC	5	2	3	60
Tổng cộng	79	12	67	84,8



Biểu đồ 3.15 Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh theo phương pháp Kaplan Meier.

Thời gian sống thêm sau mổ giảm dần khi giai đoạn khối u cao hơn. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn IA, IB, IIA đều còn sống cho đến lúc kết thúc thời gian nghiên cứu.

3.4.5. Các yếu tố liên quan thời gian sống thêm sau mổ theo phân tích đa biến

Dùng mô hình Cox để phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sống thêm sau mổ, chúng tôi được kết quả như sau:

Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng thời gian sống thêm sau mổ

Phân tích đa biến các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm sau mổ.

Đặc điểm	HR	Khoảng tin cậy 95%	P
Tuổi	1,02	0,97, 1,07	0,462
Thể trạng theo BMI			
Bình thường (BMI:18.5-24.9)	—	—	
Thiếu cân (BMI<18.5)	0,49	0,11, 2,14	0,342
Thừa cân (BMI:25-30)	0,00	0,00, Inf	0,998
PS-ASA	2,40	0,95, 6,06	0,064
Độ biệt hóa			
Biệt hóa tốt	—	—	
Biệt hóa vừa	-	-	0,998
Biệt hóa kém	-	-	0,998
Tế bào nhẵn	-	-	0,998
Nhóm Type	2.68	1.52, 4.74	<0.001
Kích thước khối u	1.35	0.96, 1.90	0.084
Vị trí u			
Phần ba giữa	—	—	
Hai phần ba giữa dưới	1.79	0.59, 5.41	0.303
pT			
T4a	—	—	

Đặc điểm	HR	Khoảng tin cây 95%	P
T1	0.00	0.00, Inf	0.998
T2	0.18	0.02, 1.38	0.099
T3	0.74	0.17, 3.26	0.692
pN			
N0	—	—	
N1	1.03	0.21, 5.11	0.976
N2	1.00	0.12, 8.34	>0.999
N3a	1.96	0.63, 6.10	0.248
N3b	3.54	0.99, 12.6	0.051
Kiểu miệng nối			
Billroth 2	—	—	
Roux-en-Y	2.07	0.81, 5.27	0.127
Bờ cắt gân	1.19	0.67, 2.11	0.545

Phân tích đa biến cho thấy chỉ có nhóm ung thư dạ dày các thể thâm nhiễm làm giảm tiên lượng sống thêm sau mổ, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

4.1.1. Tuổi

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $61,4 \pm 10,2$ tuổi, cao nhất là 82 tuổi. Chỉ có bệnh nhân trên 80 tuổi và 11 bệnh nhân nhỏ hơn hoặc bằng 50 tuổi. Theo Globocan 2020¹, độ tuổi ung thư dạ dày dưới 50 tuổi có tỉ xuất ngày càng tăng... So với một số nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình không có khác biệt nhiều. Tuổi trung bình của các tác giả trong nước từ 54,6 đến 58,4^{77,79-82}. Tuổi trung bình của các tác giả Nhật Bản^{8,11,15,74,83,84} là 59- 68 tuổi, Hàn Quốc^{13,73,85} là 53,3 - 59,02 tuổi, tuổi trung bình của các tác giả Âu Mỹ là từ 63,6 đến 73 tuổi⁸⁶⁻⁸⁹.

So sánh tỉ lệ biến chứng so với 2 nhóm tuổi ≤ 60 tuổi và > 60 tuổi không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,14$). Thời gian sống thêm chung giữa 2 nhóm cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,82$).

4.1.2. Đặc điểm bệnh nhân

Chỉ số khối cơ thể

Thao tác phẫu thuật gặp nhiều khó khăn ở các bệnh nhân thừa cân và béo phì, kể cả đối với phẫu thuật nội soi và mổ mở. Ở bệnh nhân thừa cân và béo phì, mỡ bao quanh các tạng là nguyên nhân gây khó khăn cho phẫu thuật, ảnh hưởng đến quá trình nạo hạch, cũng như làm thu hẹp phẫu trường, có thể làm tăng nguy cơ các tai biến và biến chứng⁹⁰⁻⁹². Chỉ số khối trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $21,3 \pm 2,6$, không có trường hợp nào bệnh nhân bị béo phì, có 13,9% bệnh nhân bị nhẹ cân, tuy nhiên, khi so sánh tỉ lệ tai biến biến chứng theo từng nhóm có chỉ số khối cơ thể, thì không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, điều này có thể là do những người bệnh được đánh giá thiếu cân hoặc suy dinh dưỡng cấp tính đều được điều trị dinh dưỡng tích cực 1 tuần trước phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cũng tương tự như các nghiên cứu của tác giả châu Á^{11,15,22,81-83,93,94}, BMI trung bình từ 21,15 – 25. Các nghiên cứu thực hiện ở Âu Mỹ thì có chỉ số BMI trung bình cao hơn, theo tác giả Strong⁸⁹, BMI trung bình là 26 (19 – 47).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng giữa các nhóm bệnh nhân nhẹ cân, bình thường và thừa cân không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,39$). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân thừa cân còn ít, không có bệnh nhân nào bị béo phì, nên không phân tích rõ được ảnh hưởng của giá trị BMI đến tỉ lệ biến chứng sau mổ.

Theo nghiên cứu của tác giả Andrianos Tsekrekos⁹¹ cho thấy BMI > 25 có làm tăng tỉ lệ tai biến và biến chứng trong và sau mổ. Trong nghiên cứu này, tác giả tổng hợp 11 nghiên cứu với 13.538 bệnh nhân từ năm 2011 đến năm 2018, nhận thấy béo phì làm kéo dài thời gian mổ, tăng tỉ lệ biến chứng chung sau mổ và viêm phổi sau mổ có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên, lượng máu mất trong mổ, số hạch nạo vét được, tỉ lệ xì rò miệng nối, thời gian nằm viện, tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ và thời gian sống thêm chung không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân béo phì và không béo phì.

Bệnh nhân thừa cân và béo phì sẽ gây khó khăn trong quá trình bóc lột tạo phẫu trường, phẫu tích nạo hạch, cũng như cầm nắm mô trong quá trình phẫu thuật, nên có khả năng làm tăng lượng máu mất trong mổ, tăng thời gian mổ, biến chứng sau mổ nhiều hơn, thời gian nằm viện dài hơn. Tuy nhiên, Tác giả Jung⁹⁵ phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lượng máu mất trong mổ và biến chứng sau mổ ở bệnh nhân có BMI < 25 so với nhóm bệnh nhân có BMI ≥ 25, tuy thời gian mổ ở nhóm có BMI ≥ 25 dài hơn so với nhóm BMI < 25 ($p = 0,01$). Tác giả Kim⁹⁶ khi thực hiện PTNS hoàn toàn cắt phần xa dạ dày cũng không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa bệnh nhân có BMI < 25 so với nhóm bệnh nhân có BMI ≥ 25. Tác giả Võ Duy Long⁸¹ cũng nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có BMI < 25 và nhóm BMI ≥ 25 ($p = 0,0276$).

Như vậy, chỉ số khối cơ thể rất ít ảnh hưởng đến chỉ định hay chống chỉ định của PTNS trong điều trị ung thư dạ dày. Chúng tôi nhận thấy khi thực hiện qui trình kỹ thuật hoàn chỉnh, phẫu tích theo các mặt phẳng phẫu tích và cẩn trọng, bộc lộ phẫu trường tốt, kèm theo nhận định cấu trúc giải phẫu tốt thì thể trạng bệnh nhân không ảnh hưởng nhiều đến quá trình phẫu thuật, cũng như tỉ lệ tai biến biến chứng của phẫu thuật.

Bệnh nền đi kèm

Trong PTNS, phẫu trường trong mổ được tạo ra nhờ áp lực bơm do hơi CO₂ vào ổ bụng. Vì vậy, trong một số trường hợp bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa nặng về tim mạch, hô hấp, nội tiết... đi kèm có thể là chống chỉ định. 44,3% các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có các bệnh nội khoa về tim mạch, hô hấp và nội tiết kèm theo. Các bệnh nội khoa kèm theo trong nghiên cứu của chúng tôi đều được hội chẩn với các bác sỹ chuyên khoa, được điều trị ổn định trước khi tiến hành phẫu thuật. Bệnh nội khoa kèm theo còn được đánh giá ở thang điểm ASA của bác sỹ gây mê. Nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân chủ yếu có ASA = 2 (chiếm 69,7%). Chúng tôi không chọn các trường hợp có ASA > 3, vì thực sự có nhiều nguy cơ khi bệnh nhân được bơm khí CO₂ áp lực vào ổ bụng trong thời gian kéo dài.

Tỉ lệ người bệnh trong nghiên cứu có bệnh đi kèm là 44,3% (35 bệnh nhân), trong đó có 13 người bệnh (16,4%) có nhiều hơn 1 bệnh nền đi kèm. Theo nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nền đi kèm có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ tai biến biến chứng, trong nghiên cứu của chúng tôi, có 8 trường hợp có bệnh nền đi kèm xảy ra biến chứng sau mổ (chiếm tỉ lệ 22,9%). Tỉ lệ này cao hơn so với nhóm không có bệnh nền đi kèm (nhóm không có bệnh nền đi kèm có tỉ lệ tai biến biến chứng là 11,4% (5/39 trường hợp)), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.17$). Tỉ lệ biến chứng sau mổ ở từng nhóm ASA3, ASA2 và ASA1 lần lượt là 18,2%, 12,7% và 30,8%, nhóm bệnh nhân có ASA 3 có tỉ lệ biến chứng cao hơn 2 nhóm còn lại, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,33$). Trong 9 trường hợp ASA

= 3, xảy ra 4 trường hợp có biến chứng, trong đó 3 trường hợp ở mức độ 2 và 1 trường hợp ở mức độ 3a theo Clavien-Dindo.

4.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.1. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ là một trong những yếu tố đánh giá tính an toàn của phẫu thuật. Tỷ lệ chuyển mổ mở đánh giá tính khả thi của phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào gặp tai biến trong mổ. Một số nghiên cứu trong nước gặp một số biến chứng trong mổ. Nghiên cứu của tác giả Võ Duy Long⁸¹ có hai trường hợp (1,8%) xảy ra tai biến trong mổ là chảy máu vùng rốn lách do nạo hạch nhóm 10 và rách ống mật chủ do nạo hạch nhóm 12b. Cả hai trường hợp này đều xử trí tai biến thành công bằng PTNS. Trong PTNS cắt dạ dày và nạo hạch điều trị ung thư dạ dày, tai biến thường xảy ra ở các thì nạo vét hạch, đặc biệt là những trường hợp hạch phì đại hoặc thâm nhiễm quanh hạch do di căn. Trong các thì cắt mạc nối lớn, cắt tá tràng và thực hiện miệng nối rất hiếm khi xảy ra tai biến.

Chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Tỷ lệ tai biến trong mổ của các tác giả trên thế giới thay đổi từ 0,9 – 7,4%, với tỷ lệ chuyển mổ mở là 0 – 2,2%^{83,97,98}. Có nhiều nguyên nhân chuyển mổ mở, chủ yếu vẫn là chảy máu từ bó mạch vị mạc nối phải, bó mạch vị phải, động mạch và tĩnh mạch vị trái và động mạch và tĩnh mạch lách. Các nguyên nhân khác cũng thường gặp như tổn thương các tạng kèm theo như lách, đại tràng ngang, rốn gan, tụy..., hoặc do dây dính từ lần mổ trước. Hơn nữa, tỷ lệ chuyển mổ mở còn phụ thuộc vào kinh nghiệm PTNS của phẫu thuật viên. Moon⁹⁹ cho thấy tỷ lệ chuyển mổ mở ở nhóm chưa có kinh nghiệm PTNS là 3,2% trong khi ở nhóm có kinh nghiệm là 0%. Trong nước, theo ghi nhận của tác giả Lê Mạnh Hà⁷⁶, tỷ lệ chuyển mổ mở qua 68 trường hợp là 21% nhưng không báo cáo nguyên nhân. Đỗ Văn Tráng¹⁰⁰ có sáu trường hợp tai biến trong mổ, với: một thủng đại tràng góc gan, một rách nhu mô tụy, một rách bao lách, hai rách mạc treo đại tràng ngang, một chảy máu mặt dưới gan. Tất cả đều xử trí thành công qua PTNS. Tác giả

Phạm Văn Nam⁸² thực hiện PTNS trên 74 người bệnh gặp 3 trường hợp rách mạc treo đại tràng ngang.

4.2.2. Thời gian mổ

Thời gian mổ của PTNS cắt dạ dày và nạo hạch trong điều trị ung thư dạ dày phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: kỹ năng PTNS của phẫu thuật viên, kinh nghiệm mổ mở điều trị ung thư dạ dày trước đó, khả năng phối hợp với các thành viên trong cuộc mổ, BMI của bệnh nhân, tình trạng dính trong ổ bụng do những lần mổ trước, kích thước, mức độ xâm lấn của khối u và hạch, trang thiết bị phẫu thuật (các loại dao cắt đốt siêu âm, dụng cụ khâu nối máy...). Nhóm phẫu thuật viên thực hiện trong nghiên cứu này đều được đào tạo bài bản về PTNS, đã thực hiện nhiều các loại phẫu thuật căn bản và nâng cao trước đó. Về khả năng nạo hạch trong mổ mở, nhóm đều thực hiện kỹ năng PTNS cắt dạ dày và nạo hạch bài bản theo các hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản và Hàn Quốc. Tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi đã được trang bị đầy đủ các dụng cụ máy móc chuyên về PTNS như dao cắt đốt siêu âm, máy khâu nối tự động...

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ trung bình là 202 ± 43 phút. Thời gian mổ ngắn nhất 105 phút, dài nhất 285 phút. Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mổ giữa thương tổn ở giai đoạn T4a và dưới T4a ($p = 0,138$), mặc dù thời gian mổ ở nhóm khối u giai đoạn T4a có vẻ dài hơn. Thực tế, chúng tôi nhận thấy thời gian mổ của PTNS cắt dạ dày và nạo hạch tùy thuộc nhiều vào có chảy máu nhiều trong mổ khi nạo hạch hay không. Tất cả các trường hợp của chúng tôi đều nạo hạch D2 với kỹ thuật nạo hạch cùng với mô mỡ quanh mạch máu và dạ dày thành một khối nên thời gian mổ không phụ thuộc nhiều vào độ xâm lấn thành dạ dày mà phụ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân như mập, dày mỡ, mô viêm nhiều, tăng sinh mạch máu nhiều, biến đổi giải phẫu mạch máu...

Bảng 4.1 So sánh thời gian mổ một số nghiên cứu.

<i>Tác giả (năm)</i>	<i>n</i>	<i>Thời gian mổ</i>
<i>Nakauchi¹⁵(2017)</i>	27	333 (224 – 562)
<i>Lui²² (2020)</i>	44	210,0 ± 49,8
<i>Jiang⁸ (2010)</i>	23	266.7 ± 47.0
<i>Kano⁷⁴ (2019)</i>	65	290 (108–470)
<i>Phạm Văn Nam⁸² (2019)</i>	74	174 ± 46,58
<i>Chúng tôi</i>	79	202 ± 43

Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian mổ được ghi nhận là kinh nghiệm cắt dạ dày và nạo hạch khi mổ mở, đường cong huấn luyện PTNS cắt dạ dày và sự phối hợp tốt giữa các phẫu thuật viên trong cuộc mổ cũng như việc dùng quen các dụng cụ PTNS. Thực tế theo kinh nghiệm của chúng tôi, việc phẫu tích đúng lớp và cầm máu tốt ở từng thì phẫu thuật cùng với sự phối hợp tốt giữa các phẫu thuật viên trong cuộc mổ sẽ giảm được thời gian mổ.

4.2.3. Lượng máu mất

Lượng máu mất trong mổ cũng là một yếu tố để đánh giá tính an toàn của phẫu thuật. Chúng tôi ước lượng lượng máu mất qua lượng máu ở bình hút và trong các gạc thấm máu dùng cho PTNS. Mất máu thường xảy ra trong quá trình nạo hạch. Đặc biệt, ở bệnh nhân mập, béo phì sẽ làm tăng độ khó khi nạo hạch qua PTNS, do khó tạo khoảng trống thao tác. Mạc nối lớn dày và mỡ bao phủ các tạng, mạch máu nhiều còn gây khó xác định các mốc giải phẫu. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào mất máu trong mổ gây ảnh hưởng huyết động hoặc phải truyền máu trong và sau mổ.

Hiểu rõ về giải phẫu các mạch máu quanh dạ dày và mặt phẳng phẫu tích nạo hạch sẽ giúp giảm lượng máu mất trong mổ. Đối với các mạch máu lớn như vị mạc

nội, vị phải, vị trái, vị ngấn... chúng ta chủ động phẫu tích và thắt rồi mới cắt nên ít chảy máu. Đa số các trường hợp mất máu là do chảy từ những mạch máu nhỏ tăng sinh. Tuy nhiên, qua phân tích của chúng tôi, lượng máu mất đối với thương tổn giai đoạn T4a ($68 \pm 33\text{ml}$) nhiều hơn so với giai đoạn dưới T4a ($66 \pm 36\text{ml}$), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,81$). Khi thương tổn lan tới lớp thanh mạc sẽ gây viêm và tăng sinh mạch máu ở các mô kế cận. Số bệnh nhân thừa cân, béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít (3 trường hợp) nên không phân tích so sánh được lượng máu mất so với những bệnh nhân có BMI bình thường hay thiếu cân. Tuy nhiên, đây cũng là một điều thuận lợi trong nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.4. Kết quả nạo vét hạch

Số hạch nạo vét trung bình là 22 ± 10 hạch, các chặng hạch được nạo vét theo hệ thống trong mạc treo của dạ dày và được phẫu tích lấy hạch tại khoa giải phẫu bệnh. Phân tích số lượng hạch nạo vét được theo nhóm mức độ xâm lấn của khối u, chúng tôi không nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p = 0,15$). Số hạch nạo nhiều nhất là 64 hạch, ít nhất là 9 hạch. Tất cả các bệnh phẩm chúng tôi đều phẫu tích tỉ mỉ bằng tay để lấy hạch và gửi làm giải phẫu bệnh. Thực ra số hạch thực tế ở bệnh phẩm có thể nhiều hơn số hạch được phẫu tích bằng tay vì những hạch nhỏ có thể lẫn lộn với mô mỡ mà chúng ta bỏ đi. Số hạch lympho nạo vét được của các tác giả trong nước^{76,81,82,101,102} từ 10,9 – 37,2 hạch. Nakauchi¹⁵ thống kê trên 27 người bệnh cho số hạch nạo vét được trung bình là 43 hạch (9 – 61 hạch).

Trong mổ cắt dạ dày do ung thư, nạo hạch đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị, có tính triệt căn và là phẫu thuật tiêu chuẩn được các nước trên thế giới áp dụng. Theo Hiệp hội Ung thư của Mỹ¹⁰³ thì số lượng hạch nạo vét được ít nhất là 16 hạch. Tuy nhiên, theo Hiệp hội Ung thư dạ dày của Nhật Bản^{6,7} thì không đề cập đến số lượng hạch nạo vét mà là nhóm hạch nào cần nạo tùy theo phương pháp cắt dạ dày nào. Thực tế, trong một số trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn sớm, mặc dù chúng ta nạo đúng nguyên tắc D2 nhưng khi phẫu tích vẫn không đủ 15 hạch. Câu hỏi quan

trọng trong PTNS cắt dạ dày, điều trị ung thư dạ dày là vấn đề nạo hạch, nhiều phẫu thuật viên vẫn quan tâm là có nạo đủ và hết hạch hay không.

4.2.5. Đặc điểm di căn hạch

Tỉ lệ di căn hạch trung bình là 3,7 hạch/bệnh nhân. Tỉ lệ hạch di căn/hạch nạo vét được là 16,7%. Nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Nam⁸² cho tỉ lệ di căn hạch trung bình là $2,43 \pm 2,38$ hạch/bệnh nhân, tỉ lệ hạch di căn/hạch nạo vét được là 10,58%. Có 38 trường hợp (48,1%) không phát hiện di căn hạch, trong đó có 6 trường hợp (16,2%) u pT4a, trong khi có 10% trường hợp khối u pT1 có di căn hạch (1 bệnh nhân di căn hạch N1, 1 bệnh nhân di căn hạch N2). Trong nghiên cứu, tất cả các giai đoạn xâm lấn của khối u đều có ghi nhận chưa di căn hạch, nhưng mức độ xâm lấn khối u càng lớn, thì số hạch di căn trung bình càng nhiều ($p=0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác. Khi phân nhóm khối u xâm lấn tới dưới thanh mạc và khối u xâm lấn quá lớp thanh mạc nhận thấy. Ngay cả ung thư giai đoạn sớm, nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 2 trường hợp có di căn hạch. Kết quả này tương tự trong hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Nhật Bản năm 2022⁷, với tỉ lệ di căn hạch ở ung thư giai đoạn sớm là 0 – 10,5%.

Tỉ lệ hạch di căn so với hạch nạo vét được tương tự Lee¹³ nhưng thấp hơn của Đỗ Trường Sơn¹⁰⁴ là 19,3%, Đỗ Văn Tráng¹⁰⁰ là 19,6%. Theo các tác giả châu Á¹⁵, số hạch nạo vét được trung bình là 30,4 – 43 hạch. Số hạch di căn trung bình trong nghiên cứu của Nakauchi¹⁵ là 2 hạch. Số hạch nạo vét được ở các tác giả phương Tây và Mỹ^{9,89,105-108} thấp hơn, từ 18 – 30,3 hạch. Trong các nghiên cứu so sánh với số lượng lớn, các tác giả đều cho thấy số lượng hạch nạo vét được của PTNS khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với mổ mở. Nghiên cứu của Lee¹³ thực hiện mổ mở cắt gần toàn bộ dạ dày cho nhóm ung thư dạ dày phần ba giữa cho kết quả số hạch di căn trung bình là 3,7 hạch.

Như vậy, vấn đề nạo hạch điều trị ung thư dạ dày bằng PTNS cũng tương tự như mổ mở và đã trả lời được câu hỏi đã đặt ra. Cũng giống như nhận xét của tác giả Trịnh Hồng Sơn đối với ung thư dạ dày, chúng tôi thấy rằng càng nạo vét thì càng lấy

được nhiều hạch. Thực tế, chúng tôi đã được đào tạo quy trình nạo vét hạch từ mổ mở trước đó và khi thực hiện bằng PTNS thì quy trình nạo vét hạch vẫn giống như mổ mở. Thương tổn càng tiến triển thì di căn hạch càng tăng. Tỷ lệ di căn hạch cũng nhiều hơn có ý nghĩa thống kê, với nhóm thương tổn giai đoạn T4a là 83,8% (31/42 trường hợp) và giai đoạn dưới T4a là 23,8% (10/37 trường hợp), $p = 0,0001$. Hơn nữa, số lượng hạch lympho di căn trung bình đối với thương tổn giai đoạn T4a (6,3 hạch) cũng nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với thương tổn giai đoạn dưới T4a (1,4 hạch), với $p = 0,0001$. Điều này càng chứng minh rằng tầm quan trọng của nạo hạch rộng rãi trong điều trị ung thư dạ dày. Vậy PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày đáp ứng được vai trò nạo hạch trong điều trị ung thư dạ dày.

4.2.6. Bờ cắt gần

Khoảng cách từ bờ trên tổn thương đến bờ mặt cắt đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày. Để phòng ngừa tái phát miệng nối, khuyến cáo mới nhất của Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản đề nghị khoảng cách này ít nhất 3 cm đối với tổn thương dạng chồi sùi hoặc dạng loét, và tối thiểu 5cm đối với tổn thương dạng loét thâm nhiễm hoặc dạng thâm nhiễm. Đối với PTNS, phải xác định rõ vị trí thương tổn, đặc biệt là bờ trên thương tổn, rồi dùng thước đo trong mổ nội soi để xác định vị trí cắt ngang dạ dày phía trên khối u. Đối với các khối u giai đoạn T1, T2 không nhìn rõ tổn thương từ trên thành dạ dày bên ngoài, hoặc u giai đoạn T3 hoặc T4 dạng thâm nhiễm, chúng tôi thực hiện nội soi dạ dày trong mổ để xác định chính xác vị trí tổn thương, bờ trên tổn thương, từ đó dùng thước đo để xác định vị trí cắt ngang dạ dày. Những trường hợp bờ cắt trên nghi ngờ không đủ khoảng cách an toàn được cắt lạnh tức thì trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi khoảng cách trung bình từ bờ trên tổn thương đến mặt cắt trên là $5,2 \pm 0,8$ cm, gần nhất là 3cm, xa nhất là 7cm. Tất cả các trường hợp nghiên cứu đều không còn tế bào ác tính ở bờ mặt cắt trên và dưới. Số trường hợp được cắt lạnh trong mổ 4, chiếm 5,1% trên tổng số bệnh nhân. Số trường hợp được nội soi dạ dày trong mổ để xác định lại bờ trên khối u để xác định chính xác bờ cắt gần là 39 bệnh nhân, chiếm

49,4%. Như vậy khoảng cách này đảm bảo an toàn, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tái phát tại dạ dày sau mổ.

Tác giả Lee¹³ khi thực hiện nghiên cứu so sánh mổ mở cắt gần toàn bộ dạ dày với cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày phân ba giữa nhận thấy, chiều dài bờ cắt gần, nếu đảm bảo diện cắt không còn tế bào ung thư, không ảnh hưởng đến tiên lượng sống thêm 5 năm ở cả nhóm cắt toàn bộ và cắt gần toàn bộ dạ dày. Trong nghiên cứu này, chiều dài bờ cắt gần trung bình trong nhóm mổ cắt gần toàn bộ dạ dày là $3,0 \pm 2,1$ cm.

4.2.7. Thời gian trung tiện sau mổ

Thời gian phục hồi lưu thông ruột đánh giá chức năng hồi phục nhu động ruột và được tính từ lúc mổ đến lúc bệnh nhân bắt đầu trung tiện được. Đây là yếu tố đánh giá hiệu quả của phẫu thuật. Thời gian này càng ngắn thì bệnh nhân sau mổ hồi phục càng nhanh và giảm biến chứng cũng như thời gian nằm viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bệnh nhân có trung tiện sau mổ trung bình là $3,0 \pm 0,9$ ngày, sớm nhất 1 ngày, muộn nhất 5 ngày. Thời gian có trung tiện dài hơn ở nhóm ung thư giai đoạn T4a so với nhóm ung thư dưới T4a có ý nghĩa thống kê ($p = 0,007$), tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian có trung tiện giữa 2 nhóm phương pháp nối Billroth II và Roux-En-Y ($p = 0,013$). Nhiều nghiên cứu so sánh cho thấy thời gian trung tiện sau mổ ở nhóm PTNS ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ mở. Kết luận cũng tương tự như trong các phân tích gộp. Trái lại, một số tác giả cho thấy thời gian trung tiện sau mổ không khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Trong PTNS chúng ta ít tiếp xúc trực tiếp với ruột, diện tiếp xúc bằng dụng cụ nên ít hơn so với mổ mở, đó cũng là lý do thời gian hồi phục chức năng ruột sớm hơn.

4.2.8. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian nằm viện đánh giá hiệu quả của PTNS. Với đặc điểm là phẫu thuật ít xâm lấn, phục hồi lưu thông ruột sớm, PTNS cắt dạ dày hy vọng giúp giảm thời

gian nằm viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian nằm viện trung bình là $7,9 \pm 2,0$ ngày, ngắn nhất 5 ngày và dài nhất là 18 ngày. Có hai trường hợp nằm viện 15 ngày và 1 trường hợp nằm viện 18 ngày. Trường hợp thứ nhất nằm viện 15 ngày do bị áp xe tồn lưu trong ổ bụng, được dùng kháng sinh điều trị, trường hợp nằm viện 15 ngày thứ 2 là do rò dịch dưỡng chấp, được điều trị giảm tiết, và cho xuất viện khi dịch rò dưỡng chấp còn dưới 100ml/24 giờ (bệnh nhân này hoàn toàn ngưng rò dưỡng chấp sau 60 ngày). Trường hợp nằm viện 18 ngày là trường hợp người bệnh bị viêm hẹp miệng nối vị tràng sau nối Billroth II, được điều trị nội khoa không giảm nên được can thiệp nong miệng nối tại phòng mổ, và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 18. So sánh thời gian nằm viện của chúng tôi với các tác giả khác như ở bảng 4.3.

Bảng 4.2 So sánh thời gian nằm viện một số nghiên cứu

<i>Tác giả</i>	<i>n</i>	<i>Thời gian nằm viện</i>
<i>Nakauchi¹⁵</i>	27	15 (10 – 36)
<i>Lui²² (2020)</i>	47	8.9 ± 5.0
<i>Jiang⁸ (2010)</i>	23	15.6 ± 10.7
<i>Phạm Văn Nam⁸² (2019)</i>	74	$8,58 \pm 4,1$
<i>Chúng tôi</i>	79	$7,9 \pm 2,0$

Như vậy, thời gian nằm viện có khác nhau giữa các tác giả trên thế giới. Điều này phụ thuộc vào nhiều yếu tố như văn hóa, tập quán của mỗi quốc gia, chế độ chăm sóc sau mổ, loại phẫu thuật... Thực tế một số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn ra viện nhưng vì nhiều lý do khác nhau nên xin nằm viện thêm. Thời gian nằm viện dài hơn ở nhóm thương tổn giai đoạn T4a ($8,4 \pm 2,6$ ngày) so với nhóm dưới T4a ($7,5 \pm 1,3$ ngày), tuy nhiên, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,06$). Tương tự, mặc dù thời gian mổ kéo dài hơn ở nhóm phương pháp nối Roux-En-Y so với nhóm Billroth II, thời gian nằm viện giữa 2 phương pháp nối Billroth II và Roux-En-Y cũng không có

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,268$). Điều này cũng tương tự như trong các nghiên cứu so sánh, cho thấy thời gian nằm viện của nhóm PTNS cũng ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ mở. Hạn cho thấy thời gian nằm viện ở nhóm cắt dạ dày thực hiện hoàn toàn bằng PTNS ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm cắt dạ dày với sự hỗ trợ của PTNS (7 ngày so với 8 ngày, $P < 0,001$). Như vậy, PTNS cắt dạ dày và nạo hạch điều trị ung thư dạ dày không làm kéo dài thêm thời gian nằm viện.

4.2.9. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật

Chưa có định nghĩa rõ ràng về tỉ lệ thành công của PTNS. Sự thành công của phẫu thuật là khi dùng phẫu thuật để chữa khỏi căn bệnh. Sự thành công của PTNS có thể được hiểu như là thực hiện hoàn toàn một phẫu thuật bằng PTNS mà không phải chuyển mổ mở. Tuy nhiên, chúng tôi đưa ra tiêu chí về sự thành công của PTNS điều trị ung thư dạ dày là không phải chuyển mổ mở, không có tai biến trong mổ, không phải mổ lại, không có biến chứng nặng (biến chứng này có thể điều trị nội khoa) trong vòng 90 ngày sau mổ như: chảy máu, xì miệng nối, bục mòm tá tràng, tắc ruột sớm, viêm phổi, nhồi máu cơ tim... và không có tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ. Đây được hiểu là bệnh nhân khỏi bệnh bằng PTNS trong vòng 90 ngày sau mổ.

Chúng tôi không có trường hợp nào chuyển mổ mở, không có trường hợp nào tai biến trong mổ, một trường hợp phải nội soi can thiệp nông miệng nối sau mổ, trường hợp này chúng tôi xem như là chưa điều trị thành công bằng PTNS. Vì vậy, tỉ lệ thành công của PTNS điều trị ung thư dạ dày là 98,7%.

4.2.10. Tai biến trong mổ và tỉ lệ chuyển mổ mở

Tai biến trong mổ là một trong những yếu tố đánh giá tính an toàn của phẫu thuật. Tỉ lệ chuyển mổ mở đánh giá tính khả thi của phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào gặp tai biến trong mổ.

Tai biến trong mổ thường có liên quan đến tỉ lệ chuyển mổ mở. Trong PTNS cắt dạ dày và nạo hạch, tai biến thường xảy ra ở các thì phẫu tích nạo hạch. Trong các

thì cắt mạc nối lớn, cắt tá tràng và thực hiện miệng nối rất ít khi xảy ra tai biến. Chúng tôi không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Tỷ lệ tai biến^{10,11,15,22,74,109} trong mổ của các tác giả trên thế giới thay đổi từ 0,9 – 7,4%, với tỷ lệ chuyển mổ mở là 0 – 2,2%. Có nhiều nguyên nhân chuyển mổ mở, chủ yếu vẫn là chảy máu từ ĐM vị phải, ĐM vị trái và các TM vị ngắn. Các nguyên nhân khác cũng thường gặp như tổn thương các tạng kèm theo như lách, đại tràng ngang..., do dây dính từ lần mổ trước. Đối với thương tổn giai đoạn tiến triển, xâm lấn cơ quan khác cũng là nguyên nhân chuyển mổ mở. Hơn nữa, tỷ lệ chuyển mổ mở còn phụ thuộc vào kinh nghiệm PTNS của phẫu thuật viên. Moon⁹⁹ cho thấy tỷ lệ chuyển mổ mở ở nhóm chưa có kinh nghiệm PTNS là 3,2% trong khi ở nhóm có kinh nghiệm là 0%. Trong nước, theo ghi nhận của tác giả Lê Mạnh Hà⁷⁶, tỷ lệ chuyển mổ mở qua 68 trường hợp là 21% nhưng không báo cáo nguyên nhân. Đỗ Văn Tráng¹⁰⁰ có sáu trường hợp tai biến trong mổ, với: một thủng đại tràng góc gan, một rách nhu mô tụy, một rách bao lách, hai rách mạc treo đại tràng ngang, một chảy máu mặt dưới gan. Tất cả đều xử trí thành công qua PTNS.

Hiểu rõ giải phẫu mạch máu quanh cùng những biến đổi giải phẫu nên luôn cần thiết phải phẫu tích cẩn thận, đúng lớp giúp tránh chảy máu. Những trường hợp chảy máu từ các mạch máu khác như bó mạch vị trái, vị mạc nối phải, vị phải, vị sau... thì chúng ta vẫn có thể kiểm soát được bằng PTNS. Tổn thương ở các cơ quan khác như tĩnh mạch cửa, thân tĩnh mạch vị tràng, các tĩnh mạch vùng đầu tụy, mạc treo đại tràng ngang... nếu không nghiêm trọng thì chúng ta vẫn có thể kiểm soát qua PTNS. Rách mạc treo đại tràng ngang thường gặp khi có tình trạng dính tự nhiên của mạc treo đại tràng ngang hoặc nhận định sai lớp nhưng nếu không tổn thương mạch viền nuôi đại tràng ngang thì có thể khâu lại qua PTNS. Dính do lần mổ trước cũng là nguyên nhân của chuyển mổ mở tùy vào khả năng gỡ dính của phẫu thuật viên. Chúng tôi không có trường hợp nào có tiền căn đã mổ bụng trên rốn trước đây, có 7 bệnh nhân (8,9%) đã có tiền căn ít nhất 1 lần mổ bụng dưới rốn. Tuy nhiên, các trường hợp này không dính nhiều và được gỡ dính qua PTNS và tiến hành cắt dạ dày – nạo hạch tiêu chuẩn thành công. Chúng tôi không gặp trường hợp nào gặp tai biến trong

mỏ, có lẽ là do tất cả các bác sĩ phẫu thuật đã được đào tạo bài bản và có kinh nghiệm thực hiện trên 100 trường hợp phẫu thuật cắt dạ dày, kể cả mổ nội soi và mổ hở, các bệnh nhân đa số ở nhóm có thể trạng trung bình, không có bệnh nhân ở tình trạng béo phì, cũng không có trường hợp ghi nhận khối u quá lớn > 6cm, không có tình trạng di căn hạch bulky... Đây là điều kiện thuận lợi để kết quả thu được qua nghiên cứu đạt kết quả tốt.

4.2.11. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sau mổ đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật. Trong các nghiên cứu về mổ mở cắt dạ dày, tỉ lệ xảy ra biến chứng sau mổ còn cao, từ 15 đến 40%.

Chúng tôi có mười ba trường hợp xảy ra biến chứng sau mổ, với tỉ lệ biến chứng chung là 16,5%, với sáu trường hợp xếp loại 1, sáu trường hợp xếp loại 2 và một trường hợp xếp loại 3 theo Clavien-Dindo¹¹⁰. Trong số này, đa số (12/13 trường hợp) các biến chứng là nhẹ và đơn giản như: nhiễm trùng vết mổ (ba trường hợp), tụ dịch ổ bụng sau mổ (ba trường hợp), rò tụy dưới lâm sàng (hai trường hợp), viêm phổi (một trường hợp), chậm làm trống dạ dày (năm trường hợp). Các trường hợp này chỉ điều trị nội khoa đơn thuần và diễn tiến ổn định. Chỉ có hai trường hợp biến chứng sau mổ đáng quan tâm. Một trường hợp xảy ra rò dịch đường chạp sau mổ, với cung lượng rò sau mổ là 300ml/24giờ, người bệnh này được điều trị nội khoa với cung lượng rò giảm dần, được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 8 và khởi hẳn sau mổ 2 tháng. Người bệnh này đã theo dõi sau mổ được 32 tháng và hiện còn sống mà chưa phát hiện nghi ngờ tái phát hoặc di căn. Trường hợp thứ 2 là trường hợp bị viêm hẹp miệng nối sau mổ, trường hợp này người bệnh được nối vị tràng theo phương pháp Billroth II, được điều trị nội khoa không giảm nên được can thiệp nong miệng nối tại phòng mổ, và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 18. Ở những trường hợp trên 60 tuổi chúng tôi đều cho tập vật lý trị liệu sau mổ. Các bệnh nhân đều được khuyến khích vận động sớm. Nhóm tác giả Jiang⁸ thực hiện PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, nối dạ dày hồng tràng bằng máy khâu nối vòng, gặp 8,7% số trường hợp (2/23 bệnh nhân)

bị hẹp miệng nối sau mổ, tất cả đều được thực hiện thành công bằng cách nong miệng nối qua nội soi.

Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng chung của các tác giả phương Tây và Mỹ cao hơn, từ 21 – 26%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 13 trường hợp biến chứng sau mổ. Vì số trường hợp xảy ra tai biến ít nên không thể phân tích thống kê được. Do đó, chúng tôi gộp các trường hợp xảy ra biến chứng sau mổ (gọi chung là biến số tai biến và biến chứng) để phân tích các yếu tố ảnh hưởng. Qua phân tích, chúng tôi nhận thấy các yếu tố nhóm tuổi (≤ 60 và > 60 tuổi), BMI, bệnh nội khoa kèm theo, chỉ số ASA-PS, kích thước thương tổn, mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng có di căn hạch hay không, phương pháp nối sau mổ không liên quan có ý nghĩa thống kê đến tai biến và biến chứng ($p > 0,05$).

Tác giả Huang¹¹¹ phân tích 2 170 trường hợp ung thư dạ dày được PTNS cắt dạ dày và nối hạch. Tỉ lệ biến chứng chung là 13,8% (299/2170 trường hợp), trong đó biến chứng nặng xảy ra ở 78 trường hợp (3,8%). Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố có liên quan đến tai biến và biến chứng là: tuổi ($p = 0,001$), BMI ($p = 0,021$), lượng Hb ($p = 0,031$), lượng albumin/máu ($p = 0,026$), hẹp môn vị ($p = 0,001$), chảy máu tiêu hóa ($p = 0,001$), kích thước thương tổn ($p = 0,031$) và lượng máu mất trong mổ ($p = 0,001$); trong đó: tuổi, chảy máu tiêu hóa và lượng máu mất trong mổ có liên quan đến các biến chứng nặng. Phân tích đa biến cho thấy tuổi > 65 , BMI ≥ 28 , hẹp môn vị, chảy máu tiêu hóa và lượng máu mất trong mổ ≥ 75 ml liên quan có ý nghĩa đến tai biến và biến chứng, trong đó tuổi ≥ 65 , chảy máu tiêu hóa và lượng máu mất trong mổ ≥ 75 ml liên quan biến chứng nặng sau mổ. Trong 13 trường hợp có biến chứng sau mổ của chúng tôi, bốn trường hợp (10,3%) ở bệnh nhân ≤ 60 tuổi và chín trường hợp (22,5%) > 60 tuổi, khác biệt về tỉ lệ biến chứng sau mổ này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,14$). Sau PTNS cắt dạ dày, chúng tôi nhận thấy không có trường hợp nào làm nặng thêm tình trạng bệnh hô hấp và tim mạch có sẵn. PTNS cắt dạ dày an toàn ở người lớn tuổi nếu như bệnh nhân không mắc các bệnh về hô hấp hay tim

mạch quá nặng gây chóng chỉ định của PTNS. Chúng tôi áp dụng PTNS cho những bệnh nhân có $ASA \leq 3$. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với mổ mở ở các phân tích gộp. Vậy, PTNS cắt dạ dày và nạo hạch điều trị ung thư dạ dày là an toàn, kể cả ở bệnh nhân lớn tuổi.

Biến chứng liên quan miệng nói

✓ Xi miệng nói

Chúng tôi không có trường hợp nào xi miệng nói dạ dày – hồng tràng kể cả phương pháp nối Billroth II hay Roux-En-Y, cũng không có trường hợp nào ghi nhận xi rò mồm tá tràng.

Tỷ lệ xi miệng nói và bục mồm tá tràng trong PTNS cắt dạ dày thấp, 0 – 3,5%^{11,15,16,91,112}. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều được cắt tá tràng bằng máy cắt thẳng, chúng tôi sử dụng băng đạn màu xanh dương. Tất cả các trường hợp đều được khâu tăng cường mồm tá tràng 1 lớp mũi liên tục. Thực tế, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến việc khâu tăng cường mồm tá tràng sau khi cắt bằng máy cắt thẳng sẽ cải thiện tỷ lệ bục mồm tá tràng. Một điều nữa là bục mồm tá tràng có thể điều trị nội khoa bảo tồn nếu dịch ống dẫn lưu ra tốt và bệnh nhân không có tình trạng viêm phúc mạc.

✓ Hẹp miệng nói

Chúng tôi gặp một trường hợp bị viêm hẹp miệng nói sau mổ, trường hợp này người bệnh được nối vị tràng theo phương pháp Billroth II, được điều trị nội khoa không giảm nên được can thiệp nong miệng nói qua nội soi tại phòng mổ, và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 18. Biến chứng hẹp miệng nói dạ dày – hồng tràng rất hiếm khi được nhắc tới sau phẫu thuật cắt phần xa dạ dày. Đối với phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày, Jiang⁸ thực hiện PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày, nối dạ dày hồng tràng bằng máy khâu nối vòng, gặp 8,7% số trường hợp (2/23 bệnh nhân) bị hẹp miệng nói sau mổ, tất cả đều được thực hiện thành công bằng cách nong miệng nói qua nội soi.

Tụ dịch ổ bụng, áp xe tồn lưu

Hệ thống bạch huyết dẫn lưu của dạ dày rất phong phú. Trong phẫu thuật cắt dạ dày và nạo hạch triệt căn, tất cả hạch và mô mỡ đều được phẫu tích và lấy bỏ nguyên khối, vì vậy phải cắt các mạch bạch huyết. Do đó, tình trạng chảy dịch bạch huyết sau mổ luôn có. Nếu dẫn lưu sau mổ không tốt có thể dẫn đến tụ dịch ổ bụng sau mổ hay áp xe ổ bụng tồn lưu. Thật ra, chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán tụ dịch và áp xe tồn lưu ổ bụng.

Chúng tôi chẩn đoán dựa trên hai tiêu chí là có ổ tụ dịch ≥ 50 mm trên hình ảnh siêu âm hoặc chụp cắt lớp điện toán ổ bụng và số lượng bạch cầu máu $\geq 10\ 000/\text{mm}^3$. Khi có hai tiêu chuẩn này chúng tôi dùng kháng sinh để điều trị và theo dõi tình trạng bệnh nhân, số lượng bạch cầu và siêu âm bụng. Tỷ lệ tụ dịch ổ bụng của chúng tôi là 3,8% (3/79 trường hợp), không có trường hợp nào ghi nhận áp xe tồn lưu. Tất cả các trường hợp này đều được điều trị nội khoa và ổn định, không có trường hợp nào phải mổ lại. Tỷ lệ này của các tác giả trên thế giới từ 0,7 – 2,1%⁸³. So với mổ mở, tỉ lệ này cũng khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với tỉ lệ của mổ mở từ 0,9 – 1,8%^{113,114}. Tất cả đều được điều trị nội thành công, không phải mổ lại. Lê Mạnh Hà⁷⁶ báo cáo có một trường hợp (1,85%) áp xe tồn lưu sau mổ và được điều trị nội khoa thành công.

Tụ dịch sau PTNS cắt dạ dày không đáng lo ngại. Việc đặt ống dẫn lưu để thoát dịch tốt sau mổ có thể giảm được biến chứng này. Hơn nữa, tụ dịch sau mổ và áp xe tồn lưu đáp ứng tốt với điều trị nội khoa¹¹⁵. Để tránh tình trạng chảy và tụ dịch bạch huyết nhiều sau mổ, chúng ta nên kẹp các mạch bạch huyết lớn trước khi cắt. Dùng máy cắt đốt siêu âm để hàn các mạch bạch huyết thì nên để ở mức năng lượng thấp theo khuyến cáo của nhà sản xuất.

Chúng tôi ghi nhận một trường hợp bị rò dưỡng chấp sau mổ, được điều trị nội khoa thành công, và hoàn toàn khỏi bệnh sau 2 tháng. Theo y văn^{115,116}, tỉ lệ rò bạch huyết sau mổ ung thư khoảng 7,4%, trong đó tỉ lệ rò bạch huyết sau cắt dạ dày – nạo

hạch D1-D2 là khoảng 1,99%, nhưng nếu nạo hạch mở rộng hơn thì tỉ lệ có thể lên tới 6,3%. Đa số các trường hợp rò bạch huyết đều có thể điều trị nội khoa bảo tồn.

Nhiễm trùng vết mổ

Chúng tôi thực hiện miệng nối dạ dày – hồng tràng và miệng nối hồng tràng – hồng tràng trong phương pháp nối Roux-En-Y, hoàn toàn trong cơ thể bằng PTNS, sau đó mở đường mổ nhỏ qua rốn để lấy bệnh phẩm. Trước khi kéo bệnh phẩm ra ngoài, bệnh phẩm sẽ được bỏ vào một túi chứa riêng. Tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ của chúng tôi là 3,8% (3/79 trường hợp). Không có trường hợp nào nhiễm trùng ở lỗ troca. Ba trường hợp này chỉ nhiễm trùng nhẹ, nông ở dưới da nên chỉ chăm sóc vết mổ tại chỗ.

Huang¹¹⁷ báo cáo tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ là 1,8% (38/2170 trường hợp). Haverkamp¹¹⁸ phân tích gộp các nghiên cứu so sánh PTNS so với mổ mở cắt toàn bộ dạ dày nhận thấy tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm PTNS so với mổ mở (RR: 0,37; 95% CI: 0,19, 0,72; p = 0,003). Nhiễm trùng vết mổ thường không liên quan nhiều đến kỹ thuật phẫu tích trong PTNS mà chủ yếu là lúc lấy bệnh phẩm và thực hiện miệng nối. Vết mổ được che chắn kỹ lúc lấy bệnh phẩm ra, cũng như rửa kỹ vết mổ trước khi khâu da thì sẽ giảm được tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ. Hơn nữa, trong PTNS thời gian thao tác phẫu thuật tiếp xúc trực tiếp lên vết mổ ngắn hơn mổ mở nên đó cũng là một nguyên nhân làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ.

Tỉ lệ mổ lại vì biến chứng

Các biến chứng nhẹ sau mổ như nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch ổ bụng có thể điều trị bảo tồn bằng nội khoa. Những biến chứng nặng thường cần phải mổ lại.

Chúng tôi có một trường hợp phải can thiệp sau mổ, do viêm hẹp miệng nối vị tràng. Người bệnh này được nong miệng nối dưới gây mê tĩnh mạch an toàn và xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 8. Hẹp miệng nối vị tràng có được nhắc tới trong nghiên cứu của tác giả Jiang⁸, gặp 2 trường hợp (chiếm 8,7%) và đều được điều trị thành công bằng nội soi nong miệng nối.

Tử vong sớm sau mổ

Chúng tôi không có trường hợp nào tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ.

Tỉ lệ tử vong của các tác giả phương Tây và Mỹ¹⁰⁸ có cao, từ 2 %. Nguyên nhân tử vong sớm sau PTNS của tác giả Lin¹⁰⁹ là do sốc nhiễm trùng, suy đa tạng vì xì miệng nối vị tràng. Cristiano¹⁰⁸ đưa ra nguyên nhân tử vong sau mổ là do viêm phổi nặng dẫn đến suy hô hấp. Xì miệng nối hay bục mồm tá tràng là một trong những nguyên nhân gây tử vong sau mổ. Nên chẩn đoán và can thiệp sớm để tránh sốc nhiễm trùng. Một nguyên nhân nữa là thuyên tắc phổi, vì vậy sau mổ nên cho bệnh nhân vận động sớm và điều trị các yếu tố nguy cơ.

Tử vong sớm sau PTNS cắt dạ dày thấp hơn so với các nghiên cứu báo cáo trước đây về mổ mở. Tác giả Chen¹¹⁹ phân tích gộp 17 nghiên cứu với 2313 bệnh nhân được mổ cắt toàn bộ dạ dày (trong đó 955 bệnh nhân được PTNS) cho thấy tỉ lệ tử vong sớm sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa PTNS so với mổ mở ((RR: 0,94; 95% CI: 0,31, 2,82; p = 0,910). Tử vong sớm sau PTNS cắt dạ dày là do diễn tiến nặng của các biến chứng sau mổ hơn là do tai biến vì kỹ thuật hay do bơm khí CO₂.

4.3. Tình trạng Albumin sau mổ và trào ngược dạ dày thực quản sau mổ

4.3.1. Nồng độ CEA, albumin sau mổ 1 năm

Nhiều bệnh nhân sau mổ cắt toàn bộ dạ dày bị thiếu sắt và/hoặc vitamin B12 do liên quan việc kém hấp thu dinh dưỡng sau mổ. Việc không tiết axit dạ dày và thiếu yếu tố nội tại của dạ dày gây ra sự hấp thu kém các chất dinh dưỡng này, dẫn đến thiếu máu rõ ràng trên lâm sàng. Các nghiên cứu hồi cứu trước đây đã ghi nhận rằng cắt đoạn xa dạ dày có lợi thế hơn so với mổ cắt toàn bộ dạ dày về tình trạng dinh dưỡng sau phẫu thuật và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân¹²⁰. Hơn nữa, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng bản thân việc cắt bỏ dạ dày có thể gây ra tình trạng thiếu sắt, do lượng thức ăn ăn vào qua đường miệng ít hơn, và do đó lượng sắt trong chế độ ăn uống ít đi, xảy ra do thể tích chứa thức ăn giảm đi rõ rệt do không còn dạ dày.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ Hgb sau mổ 1 năm giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ, nhưng nồng độ Albumin sau mổ 1 năm khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước mổ.

Nghiên cứu của tác giả Liu²² cho thấy nhóm bệnh nhân được PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày có chỉ số hgb cao hơn đáng kể ở 12 tháng sau phẫu thuật so với nhóm PTNS cắt toàn bộ dạ dày. Hơn nữa, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số Albumin máu sau mổ 1 năm giữa nhóm mổ cắt gần toàn bộ dạ dày và cắt toàn bộ dạ dày. Chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu thêm so sánh với nhóm ung thư dạ dày phân ba giữa được PTNS cắt toàn bộ dạ dày để có cái nhìn rõ hơn về hiệu quả về mặt dinh dưỡng cũng như tình trạng trào ngược sau mổ điều trị ung thư dạ dày phân ba giữa.

Bảng 4.3 Các chỉ số dinh dưỡng sau mổ 1 năm trong nghiên cứu của Lui²² và CS

Đặc điểm	PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày (n = 47)	PTNS cắt toàn bộ dạ dày (n = 45)	Giá trị P
Albumin (g/L)	45,2 ± 3,7	45,1 ± 7,2	0,005
Prealbumin (g/L)	21,6 ± 4,7	18,5 ± 5,3	0,015
TP (g/L)	71,0 ± 4,2	67,6 ± 4,6	0,002
Fe	15,6 ± 5,7	13,4 ± 6,9	0,194
Hgb (g/L)	133 ± 20,7	120 ± 20,1	0,007
Hồng cầu (Triệu/ml)	4,5 ± 0,7	4,0 ± 0,4	0,003
CRP	0,37 ± 0,97	0,05 ± 0,25	0,187

4.3.2. Nội soi dạ dày sau mổ 1 năm

Xét về kết quả nội soi sau mổ 1 năm, chỉ có 3 trường hợp (4%) có ghi nhận có tình trạng trào ngược dạ dày thực quản ở mức độ A theo tiêu chuẩn của Los Angeles. Có 8 trường hợp (10,6%) có ghi nhận có tình trạng ứ đọng ở dạ dày, nhưng chỉ có 1 trường hợp (1,3%) ứ đọng dạ dày ở mức độ nặng. 61,4% trường hợp ghi nhận có viêm đỏ dạ dày, nhưng chỉ có 10% ghi nhận có tình trạng viêm

đỏ nhiều ở mức 2. 12 trường hợp (16%) ghi nhận ứ đọng dịch mật ở dạ dày sau mổ, tất cả đều ở nhóm nối dạ dày hồng tràng theo Billroth 2.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm nối theo phương pháp Roux-En-Y có tỷ lệ viêm thực quản trào ngược cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm kỹ thuật nối theo Billroth 2, trong khi tất cả các trường hợp bị ứ đọng dịch mật ở dạ dày đều ở nhóm nối dạ dày hồng tràng theo Billroth 2, và khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm nối theo phương pháp Roux-En-Y. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về tình trạng ứ đọng thức ăn và tình trạng viêm dạ dày giữa hai phương pháp nối theo Billroth 2 và Roux-En-Y. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ, nên chúng tôi chưa đưa ra kết luận. Nghiên cứu của Nakauchi¹⁵ khi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển cũng thực hiện cùng lúc hai kỹ thuật nối dạ dày hồng tràng theo Billroth 2 và Roux-En-Y, tuy nhiên không miêu tả chi tiết về kỹ thuật cũng như chỉ định cụ thể cho từng loại kỹ thuật. Trong nghiên cứu này, kỹ thuật nối dạ dày hồng tràng theo Billroth 2 chúng tôi có cải biến nhằm tạo van chống trào ngược bằng cách khâu treo 3 – 5 cm quai tới hồng tràng lên mồm cắt dạ dày, theo kỹ thuật của tác giả Nakamura¹²¹. Chúng tôi sẽ thực hiện thêm các nghiên cứu chuyên sâu về so sánh các phương pháp tái lập lưu thông sau phẫu thuật cắt dạ dày, để cho ra kết quả chính xác hơn và có giá trị hơn cho thực hành lâm sàng.

Sau phẫu thuật cắt phần xa dạ dày, có nhiều phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa đã được đề cập tới như kỹ thuật Billroth 1, Billroth 2, Billroth 2 có làm miệng nối chân Braun, kỹ thuật Roux-En-Y, kỹ thuật Roux-En-Y không cắt rời quai tới hồng tràng... và các báo cáo chi tiết cũng như kết quả thu được còn nhiều tranh luận^{112,121}. Khi so sánh các phương pháp nối, Nakamura¹²¹ nhận thấy phương pháp nối dạ dày hồng tràng theo Roux-En-Y tuy ít có tình trạng viêm dạ dày, ít có ứ đọng dịch mật, nhưng lại làm kéo dài thời gian phẫu thuật, tăng tỉ lệ liệt ruột sau mổ, tăng nguy cơ dính ruột. Trong khi đó, phương pháp nối dạ dày hồng tràng theo phương pháp Billroth 2 có tại van chống trào ngược tuy có tăng tỉ lệ viêm phần dạ dày còn lại, tăng ứ đọng dịch mật sau mổ, nhưng thời gian mổ ngắn hơn,

phương pháp mổ đơn giản hơn nên ít nguy cơ biến chứng lên quan đến miệng nói, giảm các nguy cơ dính ruột sau mổ và thoát vị nội sau mổ. Nghiên cứu này nhận thấy rằng cả hai phương pháp nối dạ dày hồng tràng theo Billroth 2 và Roux-En-Y đều đạt được kết quả phẫu thuật an toàn, cũng như đảm bảo các yêu cầu về dinh dưỡng và tình trạng phân dạ dày còn lại. Tác giả lưu ý, với những trường hợp người bệnh có kèm thoát vị hoành, những trường hợp mổ dạ dày còn quá ngắn, ít bệnh lý nên đi kèm, thì nên áp dụng kỹ thuật nối dạ dày hồng tràng kiểu Roux-En-Y để giảm nguy cơ viêm thực quản trào ngược, viêm phân dạ dày còn lại và ứ đọng dịch mật.

4.4. Tái phát, di căn và sống thêm sau mổ

4.4.1. Tái phát và di căn sau mổ

Tỉ lệ di căn và tái phát sau mổ đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật điều trị một bệnh ung thư về phương diện ung thư học. Tái phát tại dạ dày thường ít xảy ra sau mổ cắt dạ dày do ung thư. Chúng tôi ghi nhận một trường hợp tái phát tại dạ dày, trường hợp này phát hiện tái phát tại miệng nối cùng lúc với phát hiện di căn phúc mạc tại thời điểm theo dõi tháng thứ 38, và được hóa trị hỗ trợ, hiện vẫn còn trong thời gian theo dõi. Hai trường hợp tái phát hạch vùng. Có 16 trường hợp di căn sau mổ. Phần lớn (62,5%) các trường hợp là di căn phúc mạc, một trường hợp di căn gan, một trường hợp di căn hạch dọc động mạch chủ bụng, bốn trường hợp di căn nhiều cơ quan (một trường hợp di căn phúc mạc và hạch trung thất, một trường hợp di căn phúc mạc và di căn xương, một trường hợp di căn phúc mạc và di căn phổi, một trường hợp di căn phúc mạc và di căn hạch dọc động mạch chủ bụng). Các trường hợp đã có di căn xa, chúng tôi chỉ điều trị hóa trị hỗ trợ. Di căn ổ bụng¹²² tăng nhiều ở bệnh nhân thương tổn giai đoạn T4. Chúng tôi có 78,6% (11/14 trường hợp) di căn ổ bụng với thương tổn ở giai đoạn T4a. Tỉ lệ tái phát, di căn thấp ở thương tổn giai đoạn sớm⁹⁸. Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào di căn sau mổ ở giai đoạn T1, một trường hợp di căn phúc mạc ở giai đoạn T2 vào thời điểm theo dõi tháng thứ 37. Kitano⁸³ báo cáo tỉ lệ tái phát, di căn ở thương tổn giai đoạn T1, T2 là 0,5%. Tỉ lệ này

cũng khác nhau không có ý nghĩa thống kê so với mổ mở¹²². Tỷ lệ tái phát sau mổ của các tác giả châu Á từ 0,3 – 1,7% và di căn sau mổ là 4,5% - 15%^{2,123}. Tỷ lệ di căn cao hơn ở các tác giả Châu Âu⁸⁹, từ 13,3 – 37,9% và khác nhau không có ý nghĩa thống kê so với nhóm mổ mở. Nguy cơ di căn, tái phát của PTNS so với mổ mở trong các phân tích gộp từ 0,62 – 0,94, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ di căn phúc mạc cao hơn theo đường máu. Ở trong nước, Hồ Chí Thanh nghiên cứu 105 trường hợp ung thư 1/3 dưới dạ dày cũng cho thấy tỷ lệ di căn phúc mạc cao với, 23 trường hợp (63,88%); di căn gan + phúc mạc: năm trường hợp (13,88%); di căn hạch + tắc mật: ba bệnh nhân (8,33%); di căn phổi: hai bệnh nhân (5,55%); di căn não: một bệnh nhân (2,77%); di căn hạch thượng đòn: một bệnh nhân (2,77%); di căn buồng trứng + phúc mạc: một trường hợp (2,77%). Rõ ràng, di căn phúc mạc rất thường gặp sau PTNS cắt dạ dày do ung thư. Nhiều giả thuyết cho rằng do tình trạng bơm hơi vào khoang phúc mạc, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào chứng minh rõ điều này. Thời gian di căn trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 32 ± 15 tháng sau mổ, ngắn nhất 6 tháng, dài nhất 69 tháng. Như vậy, PTNS có hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày.

4.4.2. Thời gian sống thêm sau mổ

Thời gian sống thêm thực tế

Tỷ lệ sống thêm sau mổ đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị một bệnh ung thư. Trong thời gian theo dõi từ 10 – 69 tháng, có tổng cộng 12 bệnh nhân (15,2%) tử vong.

Vì vậy tỷ lệ sống thêm thực tế như sau:

- Có 5 trường hợp (6,3%) theo dõi hơn 5 năm, tất cả đều còn sống không phát hiện tái phát hoặc di căn.
- Có 39 trường hợp (49,4%) theo dõi hơn 3 năm, trong số này có 2 trường hợp tử vong, do đó, tỷ lệ sống thêm thực tế sau 3 năm là 94,9% (37/39).

• Và 74 trường hợp (85,1%) theo dõi sau 1 năm, sáu trường hợp tử vong, vì vậy tỉ lệ sống thêm thực tế sau 1 năm là 91,9% (68/74).

Thời gian sống thêm sau mổ bằng phương pháp ước lượng Kaplan Meier

Theo ước lượng sống Kaplan Meier, thời gian sống thêm toàn bộ chung trung bình ước lượng là 60,1 (khoảng tin cậy 95%: 55,5 – 64,7) tháng.

Thời gian sống thêm không bệnh chung ước lượng trung bình là 55,4 (khoảng tin cậy 95%: 49,6 – 61,1) tháng.

Tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ 1, 3 lần lượt là 96%, 86%.

Tỉ lệ sống thêm không bệnh sau mổ 1, 3 năm lần lượt là 96%, 85% .

Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Nam cho thời gian sống thêm trung bình là $41,51 \pm 2.09$ tháng. Khi kết thúc nghiên cứu bệnh nhân ở giai đoạn I, II còn sống 100%. Tác giả kết luận là thời gian sống thêm sau mổ liên quan chặt chẽ với giai đoạn bệnh.

Bảng 4.4 So sánh tỉ lệ sống thêm một số nghiên cứu.

<i>Tác giả</i>	<i>n</i>	<i>Tỉ lệ sống thêm %</i>		
		<i>1 năm</i>	<i>3 năm</i>	<i>5 năm</i>
Nakauchi ¹⁵	27		66,7%	
Lui ²² (2020)	47		85,6%	
Kano ⁷⁴ (2019)	65	100%	98,4%	
Xin ²¹ (2017)	144			65%
Lee ¹³	62			69%
Chúng tôi	79	96%	86%	

Thời gian sống thêm của các tác giả trong nước^{81,82,124} khi nghiên cứu chung về PTNS cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày từ 40,2 – 58,9 tháng. Đối với ung thư giai đoạn sớm, tỉ lệ sống thêm sau 5 năm rất cao từ 93,7% - 99,4% tùy phương pháp cắt dạ dày¹⁵. Lin cho thấy tỉ lệ sống thêm không bệnh sau 3 năm của PTNS (68,7%) khác biệt có ý nghĩa thống kê so với mổ mở là 61,4%, $p < 0,05$. Các nghiên cứu so sánh với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi lâu dài cũng cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với mổ mở. Tác giả Kano⁷⁴ thực hiện PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày cho nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày sớm ở phần ba trên của dạ dày, cho thấy tỉ lệ sống thêm chung và tỉ lệ sống không bệnh 3 năm sau mổ lần lượt là 98,4% và 98,4%, và kết quả này có vẻ tốt hơn so với nhóm được PTNS cắt toàn bộ dạ dày. Các nghiên cứu đề cập đến tỉ lệ sống thêm sau 5 năm chưa nhiều, ngay cả trong các phân tích gộp cũng có ít các nghiên cứu đưa ra tỉ lệ sống thêm sau 5 năm. Tỉ lệ sống thêm sau mổ khác biệt không có ý nghĩa ở nhóm PTNS so với nhóm mổ mở qua các phân tích gộp hay cao hơn có ý nghĩa ở nhóm PTNS. Như vậy, kết quả sống thêm sau mổ của PTNS cắt dạ dày rất tốt đối với ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Đối với giai đoạn tiến triển, kết quả này cũng tương tự như mổ mở. Nếu so sánh với các kết quả trong y văn, chúng ta thấy kết quả điều trị ung thư dạ dày bằng PTNS ngày càng khả quan hơn. Vậy PTNS có hiệu quả về phương diện ung thư trong điều trị ung thư dạ dày. Khi phân tích đơn biến các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ sống thêm sau mổ, chúng tôi thấy các yếu tố có di căn hạch và giai đoạn bệnh chung liên quan có ý nghĩa đến tỉ lệ sống còn. Nhưng khi phân tích đa biến thì yếu tố giai đoạn N liên quan đến sống thêm sau mổ. Tỉ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 54,4%. Theo Hồ Chí Thanh thì tỉ lệ sống thêm sau PTNS cắt dạ dày có liên quan đến các yếu tố là: giai đoạn bệnh chung, giai đoạn T, có di căn hạch và tít mô bệnh học. Trong nghiên cứu của Lee cũng cho thấy khi phân tích đơn biến thì các yếu tố kích thước thương tổn, giai đoạn N, có di căn hạch và phân tích đa biến thì chỉ có yếu tố giai đoạn N có liên quan đến tỉ lệ sống thêm sau mổ. Thực tế, các yếu tố này không ảnh hưởng nhiều đến kỹ thuật cắt dạ dày và nạo hạch bằng PTNS.

Tỉ lệ sống thêm sau mổ theo từng giai đoạn bệnh

Chúng tôi chỉ có năm trường hợp được theo dõi sau 5 năm, trong số này cỡ mẫu theo từng giai đoạn rất ít (ba trường hợp giai đoạn I, hai trường hợp giai đoạn III), vì vậy chúng tôi không đánh giá thời gian sống thêm sau 5 năm theo giai đoạn. Tất cả các trường hợp giai đoạn IA (18 trường hợp), IB (13 trường hợp), IIA (5 trường hợp) trong thời gian theo dõi (10 tháng – 63 tháng) đều còn sống. Tác giả Lin cho thấy tỉ lệ sống thêm sau 3 năm ở giai đoạn I là 95,7% và khác biệt không có ý nghĩa so với mổ mở. Tỉ lệ sống thêm sau 5 năm ở giai đoạn này theo nghiên cứu của Chen¹²⁵ là 93,1%, Kitano⁸³ là 98,7% và của Lee¹³ là 90,6% và không khác biệt so với mổ mở. Tỉ lệ sống thêm không bệnh sau 1 và 3 năm lần lượt là 100% và 80% với giai đoạn IB, và 75% với giai đoạn IIA. Tỉ lệ sống thêm chung và sống không bệnh sau 3 năm trong nghiên cứu của Nakauchi¹⁵ lần lượt là 66,7% và 63%. Có 18 trường hợp ở giai đoạn IIIA theo dõi được sau 1 năm và 9 trường hợp sau 3 năm và tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 1 và 3 năm lần lượt là 81,8 và 60% và tỉ lệ sống thêm không bệnh sau 1 và 3 năm lần lượt là 88,9% và 83,3%. Có 12 trường hợp ở giai đoạn IIIB theo dõi được sau 1 năm và 7 trường hợp sau 3 năm và tỉ lệ sống thêm toàn bộ ước lượng sau 1 và 3 năm lần lượt là 76,9% và 68,4% và tỉ lệ sống thêm không bệnh ước lượng sau 1 và 3 năm lần lượt là 76,9% và 68,4%. Có 5 trường hợp ở giai đoạn IIIC theo dõi được sau 1 năm và một trường hợp sau 3 năm và tỉ lệ sống thêm toàn bộ sau 1 và 3 năm lần lượt là 80% và 53,3% và tỉ lệ sống thêm không bệnh sau 1 và 3 năm lần lượt là 80% và 40%.

Khi gộp lại theo giai đoạn II (gồm IIA và IIB) và III (gồm IIIA, IIIB và IIIC) để tăng cỡ mẫu. Kết quả cho thấy tỉ lệ sống thêm toàn bộ ước lượng sau 1 năm và 3 năm của giai đoạn II lần lượt là 85,7% và 77,1%; và của giai đoạn III là 83% và 63,8%. Theo nghiên cứu của Chen¹²⁵, tỉ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm theo từng giai đoạn như sau: giai đoạn I là 93,1%, II là 72,7% và III là 41,5%. Tỉ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm theo nghiên cứu của Jin²¹ theo từng giai đoạn I, II, III cho nhóm mổ cắt gàn toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày phần ba giữa lần lượt là 91%, 83% và 40%. Khi phân tích ước lượng sống thêm theo Kaplan Meier đối với từng giai đoạn bệnh,

chúng tôi thấy thời gian sống thêm ước lượng ở giai đoạn II dài hơn có ý nghĩa so với giai đoạn III, với $p = 0,01$. Kết quả này tương tự trong y văn theo mổ mở. Nghiên cứu của Lee¹³ thực hiện mổ mở cắt gần toàn bộ dạ dày so sánh với nhóm cắt toàn bộ dạ dày cho ung thư dạ dày phân ba giữa cho thấy nhóm bệnh nhân được mổ cắt gần toàn bộ dạ dày cho thời gian sống thêm tốt hơn so với nhóm mổ cắt toàn bộ dạ dày, tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

4.5. Một số đặc điểm ứng dụng PTNS trong cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày

4.5.1. Chỉ định phẫu thuật

Vị trí khối u

Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là khối u khu trú ở vị trí phần ba giữa của dạ dày và ở bờ cong nhỏ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ khối u dạ dày nằm ở phần ba giữa dạ dày chiếm 84,8% (theo chiều dọc), và ở góc bờ cong nhỏ là 59,5% (theo chiều cắt ngang). Vị trí khối u là tiêu chuẩn quan trọng nhất để người bệnh được đưa vào tiêu chuẩn chọn bệnh trong nghiên cứu này.

Xét theo vị trí khối u, nghiên cứu của tác giả Võ Duy Long⁸¹ nhận thấy 66,1% nằm ở 1/3 dưới, 20,5% khối u nằm ở 1/3 giữa, 4,5% ở 2/3 giữa dưới, 1,8% ở 1/3 trên, 6,3% ở hai phần ba giữa trên và 0,9% u chiếm toàn bộ dạ dày.

Tác giả Kim¹²⁶ nghiên cứu tổng hợp về các tổn thương ung thư sớm ở bệnh nhân ung thư dạ dày tại Hàn Quốc được điều trị qua nội soi nhận thấy tổn thương ở phần ba giữa chiếm khoảng từ 14,4% đến 33,1%. Nghiên cứu cũng cho thấy có vẻ khối u nếu chỉ khu trú ở 1/3 giữa có hạch di căn trung bình (3,5 hạch) thấp hơn so với khối u ở 2/3 giữa dưới (5,2 hạch), tuy nhiên, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh số hạch di căn trung bình theo vị trí của khối u theo trục ngang, có vẻ khối u ở mặt sau hoặc chiếm gần hết chu vi có số hạch di căn trung bình nhiều hơn, lần lượt là $6 \pm 2,7$ hạch và $6,25 \pm 2,9$ hạch, tuy nhiên khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,35$).

Kích thước khối u

Nghiên cứu thấy u có kích thước trung bình là $3,1 \pm 1,3$ cm, trong đó chủ yếu là khối u có kích thước 1 – 3 cm, chiếm 65,8%. Có 9 trường hợp (11,4%) khối u có kích thước từ 5cm trở lên. Khi đánh giá tỉ lệ tai biến biến chứng có nhóm có kích thước khối u lớn hơn hoặc bằng 5cm, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,64$). Nghiên cứu của tác giả Võ Duy Long cho thấy nhóm có khối u kích thước lớn hơn hoặc bằng 5cm có vẻ có tỉ lệ tai biến biến chứng cao hơn, tuy nhiên, khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Ban đầu, khi bắt đầu thực hiện phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày, tác giả Lee¹³ thực hiện nghiên cứu so sánh mổ mở cắt gần toàn bộ dạ dày với cắt toàn bộ dạ dày. Trong nghiên cứu này, kích thước khối u trung bình ở nhóm phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày là $4,1 \pm 3,2$ cm, cao hơn so với trong nghiên cứu của chúng tôi, nhưng nhỏ hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm lựa chọn cắt toàn bộ dạ dày. Nghiên cứu của tác giả Lee¹³ cũng không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ảnh hưởng của kích thước khối u >5 cm với tỉ lệ sống thêm 5 năm sau mổ. Nghiên cứu của tác giả Kano⁷⁴ trên nhóm người bệnh ung thư dạ dày sớm phần ba trên, kích thước khối u trung bình của nhóm được PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày là 2,7cm (từ 0,3 cm đến 6,0 cm). Tương tự, kích thước u trung bình trong nghiên cứu của tác giả Furukawa¹¹ là 3,0 cm (1,0 cm đến 7,0 cm).

Các thể giải phẫu bệnh

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ ung thư dạ dày dạng loét (type 2) chiếm tỉ lệ cao nhất, chiếm tỉ lệ 51,9%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trịnh Hồng Sơn và tác giả Võ Duy Long, với dạng tổn thương này thì bờ cắt trên u cần đảm bảo tối thiểu 3cm để đảm bảo an toàn về mặt ung thư. Trong nghiên cứu này có 2 trường hợp (2,5%) ung thư dạ dày thể thâm nhiễm lan tỏa (type 4), nằm hai phần ba dưới của dạ dày, với dạng tổn thương này cần nội soi trong mổ để xác định chính xác bờ trên tổn thương, đo khoảng cách bờ cắt gần tối thiểu 5cm với bờ trên tổn thương, cắt lạnh tức thì trong mổ để đảm bảo bờ cắt gần an toàn.

Chưa có nghiên cứu nào đề cập đến chống chỉ định PTNS đối với đặc điểm giải phẫu bệnh thương tổn. Tiên lượng sống thêm của ung thư dạ dày tế bào nhẵn vẫn còn tranh luận và tùy thuộc vào giai đoạn bệnh. Ở giai đoạn sớm, ung thư tế bào nhẵn tương đương hay tốt hơn các loại còn lại¹²⁷. Shim¹²⁸ nghiên cứu số lượng lớn bệnh nhân ung thư dạ dày (2643 trường hợp) cho thấy tỉ lệ sống thêm toàn bộ khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa ung thư tế bào nhẵn (80,1%) so với các loại còn lại (75,6%) với $p = 0,059$. Taghavi¹²⁹ nghiên cứu 2666 bệnh nhân ung thư dạ dày tế bào nhẵn so với 7580 loại khác, cho thấy thời gian sống thêm khác nhau không có ý nghĩa thống kê đối với ung thư giai đoạn I, II và III. Tỉ lệ ung thư tế bào nhẵn thực hiện bằng PTNS của các tác giả từ 5,5 - 17,7%, và không khác nhau về tiên lượng sống thêm so với các loại còn lại.

Tỉ lệ ung thư dạ dày carcinoma tuyến tế bào biệt hóa kém, tế bào nhẵn, và tế bào nhày trong nghiên cứu của chúng tôi là 64,5% (51 trường hợp). Tỉ lệ ung thư dạng tế bào kém biệt hóa trong nghiên cứu của tác giả Furukawa¹¹, của tác giả Kano⁷⁴ đều $\geq 50\%$. Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian sống thêm sau mổ giữa ung thư dạ dày biệt hóa so với nhóm ung thư dạ dày kém biệt hóa trong phân tích đơn biến cũng như đa biến. Nghiên cứu của Lee¹³ khi thực hiện so sánh mổ hở cắt gần toàn bộ dạ dày so với cắt toàn bộ dạ dày cho ung thư dạ dày phân ba giữa, tác giả nhận thấy ung thư biệt hóa kém có thời gian sống thêm ngắn hơn so với nhóm biệt hóa tốt, nhưng nhóm người bệnh ung thư biệt hóa kém được mổ cắt toàn bộ dạ dày có thời gian sống thêm kém hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm cắt gần toàn bộ dạ dày (tỉ lệ sống thêm chung 5 năm cho nhóm ung thư dạ dày biệt hóa kém được mổ cắt toàn bộ dạ dày và cắt gần toàn bộ dạ dày lần lượt là 31,2% và 60,3%, $p = 0,005$). Như vậy, đặc điểm thương tổn giải phẫu bệnh của ung thư dạ dày không ảnh hưởng đến chỉ định PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày.

Mức độ xâm lấn

Có 20 trường hợp (chiếm 25,3%) khối u chưa xâm lấn qua lớp dưới niêm mạc (ung thư dạ dày giai đoạn sớm), tỷ lệ này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trong

nước, điều này có thể là nhờ sự phát triển của các hệ thống nội soi với độ phân giải tốt và ý thức người bệnh khám và nội soi dạ dày sớm. Tỷ lệ này cũng tương tự với nghiên cứu của tác giả Liu²² khi thực hiện PTNS hỗ trợ cắt gân toàn bộ dạ dày trong điều trị u. Nghiên cứu thấy khối u ở mức độ xâm lấn đến thanh mạc chiếm tỷ lệ nhiều nhất, chiếm 46,9% (37 trường hợp) ung thư dạ dày phân ba giữa.

Giai đoạn bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ung thư ở giai đoạn IA và IIIA là thường gặp nhất. Có 18 trường hợp (22,8%) ung thư dạ dày giai đoạn sớm và chưa có di căn hạch. Có 2 trường hợp ung thư sớm có di căn hạch (1 - 3 hạch)

4.5.2. Đặc điểm kỹ thuật

Vị trí troca

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng 5 troca, với vị trí troca thao tác chính (troca 12 mm) ở vị trí cạnh phải rốn. Đây là vị trí thao tác tay phải của phẫu thuật viên mổ chính, từ thao tác phẫu tích nạo hạch, cắt dạ dày, nối dạ dày hồng tràng cũng như khâu nối. Nhiều tác giả sử dụng 4 troca (giảm 1 troca bên trái hoặc 1 troca dưới sườn phải), hoặc 6 troca (thêm 1 troca ở thượng vị để vén gan và/hoặc để nạo hạch bờ trên tụy), tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy sử dụng 5 troca là đủ và thuận lợi cho quá trình nạo vét hạch D2, cắt – nối dạ dày mà không gặp khó khăn trong quá trình nội soi dạ dày trong mổ cũng như phối hợp với toàn bộ ekip phẫu thuật. Hơn nữa, vấn đề quan trọng nhất là vị trí các troca phải luôn đảm bảo quá trình thao tác được thuận lợi nhất, chứ không phải ưu tiên giảm số lượng troca.

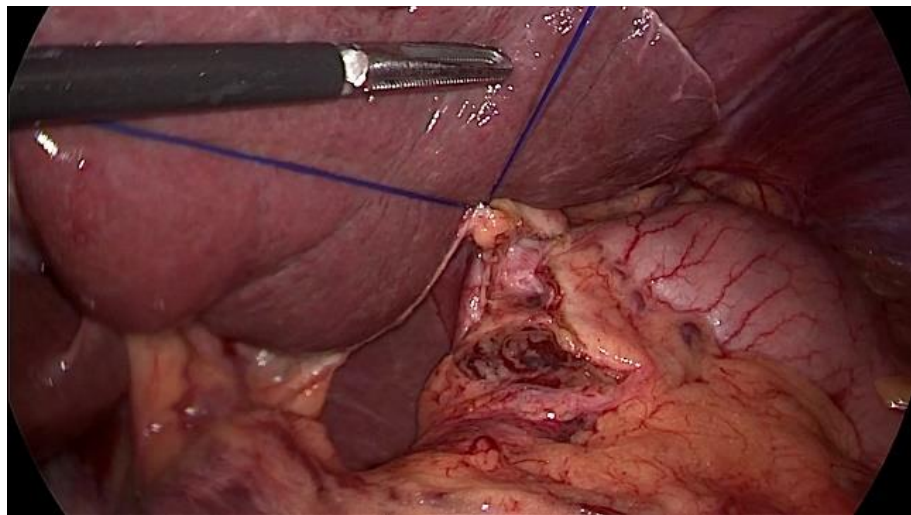
Vị trí bác sĩ phẫu thuật chính

Có nhiều nhóm tác giả đề nghị nhiều vị trí đứng khác nhau của bác sĩ mổ chính. Các tác giả Nhật bản đề nghị bác sĩ mổ chính đứng bên phải người bệnh, tuy nhiên sẽ chuyển qua đứng bên trái người bệnh khi tiến hạch nạo nhóm hạch quanh môn vị, tá tràng và hạch bờ trên tụy. Các tác giả Hàn Quốc đề nghị bác sĩ mổ chính đứng bên phải để thực hiện toàn bộ ca mổ. Một số tác giả Trung quốc đề nghị bác sĩ mổ chính

đứng giữa 2 chân hoặc bên trái²² người bệnh để thao tác thuận lợi hơn trong các tầng thì phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bác sĩ mổ chính đứng bên phải người bệnh để thực hiện trong toàn bộ thời gian phẫu thuật.

Vén thùy trái gan

Để tạo phẫu trường rõ ràng trong quá trình PTNS cắt dạ dày và nạo hạch tiêu chuẩn, đặc biệt là quá trình nạo vét hạch nhóm 1, 3, 7, 8a, 9, 11p, 12a được dễ dàng thì thùy trái gan phải được vén lên hiệu quả để bộc lộ phẫu trường vùng dưới thùy trái gan. Chúng tôi vén gan bằng cách dùng một sợi chỉ dính vào góc mạc nối nhỏ và trụ hoành bên phải, đưa 2 đầu chỉ ra 2 điểm, 1 điểm ở thượng vị lệch trái và một điểm ở dưới sườn phải theo cách treo của tác giả Lee¹³⁰ đề xuất. Chúng tôi nhận thấy kỹ thuật này đơn giản, dễ thực hiện và hiệu quả, giúp phẫu thuật viên phụ có thể hỗ trợ nhiều hơn trong quá trình phẫu thuật và phẫu trường luôn rõ ràng trong quá trình phẫu thuật.



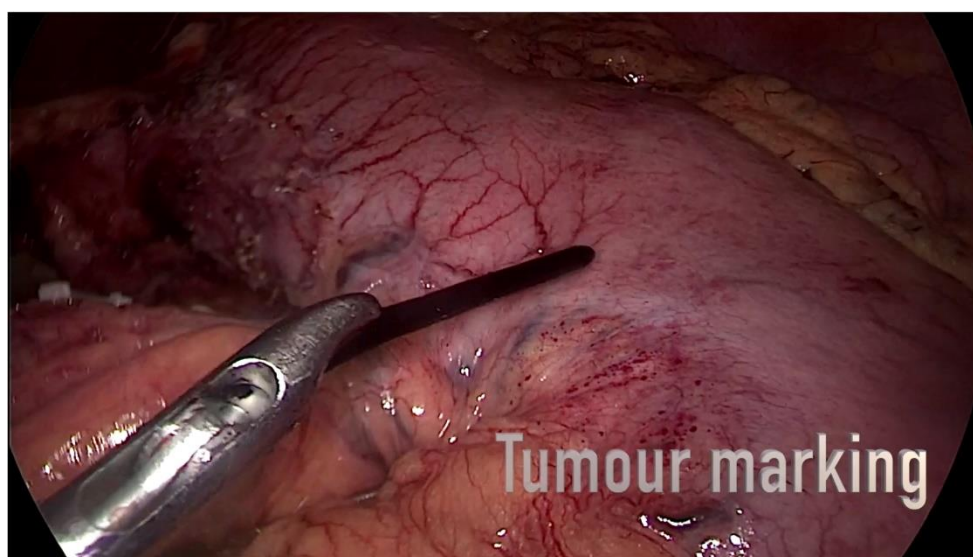
Hình 4.1 Kỹ thuật vén gan

Nguồn. BN số 75, N.T.B

Xác định vị trí khối u trong mổ

Nghiên cứu của chúng tôi xác định vị trí khối u trước mổ dựa vào hình ảnh học nội soi và CTScan bụng chậu có cản quang trước phẫu thuật. Tuy nhiên, 49,4 % trường hợp phải tiến hành nội soi dạ dày trong mổ để xác định bờ trên khối u, áp dụng

cho các trường hợp khối u chưa xâm lấn ra lớp thanh mạc, hoặc các trường hợp khối u dạng thâm nhiễm khó xác định bờ trên tổn thương trên bề mặt niêm mạc. Đối với ung thư sớm, có một số phương pháp để xác định vị trí tổn thương và giới hạn bờ cắt trên trong mổ. Theo hướng dẫn điều trị⁷ năm 2022 của Nhật Bản, phiên bản thứ 6, đối với những tổn thương giai đoạn T1, hoặc bờ tổn thương không rõ ràng, có thể nội soi dạ dày trước mổ kẹp clip đánh dấu bờ trên của tổn thương. Nhóm tác giả Kamiya¹⁰ đề nghị nội soi dạ dày trong mổ kết hợp đốt đánh dấu bờ trên tổn thương trong mổ. Nghiên cứu của Kamiya¹⁰ thực hiện trên 16 trường hợp ung thư sớm phần ba trên của dạ dày, cho thấy phương pháp xác định này hiệu quả và an toàn. Tác giả Kano⁷⁴ thực hiện trên 65 người bệnh, thì 3 trường hợp (4,6%) cắt lạnh còn tế bào ung thư, nên phải chuyển thành PTNS cắt toàn bộ dạ dày.



Hình 4.2 Đánh dấu bờ trên khối u dưới hướng dẫn của nội soi dạ dày trong mổ
 Nguồn. BN số 75, N.T.B

Có nhiều phương pháp khác nhau để xác định vị trí khối u trong mổ, đặc biệt đối với những trường hợp ung thư sớm, ung thư chưa xâm lấn tới lớp thanh mạc, khối u ở phần ba giữa của dạ dày, khối u dạng thâm nhiễm (type III hoặc IV). Tác giả Jeong¹⁸ tổng hợp các phương pháp xác định vị trí tổn thương trong mổ, bao gồm nội soi trước mổ chích mực Tàu đánh dấu; nội soi trước mổ chích huyết tương tự thân ngày trước mổ; kẹp clip đánh dấu bờ trên tổn thương trước mổ, sau đó chụp xquang

trong mổ để xác định vị trí khối u; siêu âm nội soi trong phẫu thuật nội soi; nội soi thực quản dạ dày trong mổ bằng ống soi mềm; chích chất chỉ thị màu huỳnh quang (Indocyanin green – ICG) qua nội soi trước mổ, sau đó kết hợp hệ thống huỳnh quang trong mổ để xác định vị trí u cũng như vùng chi phối bạch huyết của khối u... Mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm khác nhau, tuy nhiên, nội soi kết hợp trong mổ là một trong những phương pháp được đánh giá tốt với độ chính xác cao.

Kỹ thuật nạo hạch

Tác giả Chen¹²⁵ cho rằng nạo các nhóm hạch 7, 8a, 9, 11p, 12a bằng PTNS khó hơn mổ mở. Khi đã có kinh nghiệm nạo hạch bằng mổ mở thì qua PTNS sẽ thuận lợi và quen thuộc hơn. Theo chúng tôi, nạo nhóm hạch số 6, nhóm hạch bờ trên tụy (12a, 8a, 7, 9, 11p), và nạo hạch kèm cắt dạ dày thành 1 khối là khó khăn nhất.

Khi nạo hạch nhóm 6, chúng tôi phải vào hậu cung mạc nối bắt đầu từ bờ trên đại tràng ngang tại gần điểm giữa, bóc tách đi sát bờ trên đại tràng ngang hướng về đại tràng góc gan. Theo mặt trước của mạc treo đại tràng ngang đến tiếp cận mạc treo của dạ dày vùng dưới môn vị, cắt mạc nối vị tràng phía dưới môn vị để hạ hoàn toàn đại tràng ngang vùng mạc treo ra khỏi mạc treo dạ dày¹³¹ cho đến mặt phẳng vô mạch¹³² ở mặt trước tụy, đi theo lớp này bóc tách tới tá tràng D2 và tới bờ dưới tụy. Tiếp tục tìm chỗ hợp lưu của tĩnh mạch vị mạc nối phải và tĩnh mạch đại tràng trên phải làm điểm gốc, thắt tĩnh mạch vị mạc nối phải ngay trên chỗ hợp lưu này. Tiếp tục lấy mạc treo dạ dày ra khỏi mặt trước tụy về phía tá tràng đến chỗ chia của động mạch vị tá thành động mạch vị mạc nối phải và động mạch tá tụy trước trên. Thắt động mạch vị mạc nối phải ngay trên mốc này. Tiếp tục phẫu tích theo mặt trước của đầu tụy đến khi bộc lộ hoàn toàn tá tràng, thắt động mạch dưới môn vị ngay chỗ chia của động mạch vị tá nếu có. Theo kỹ thuật này, toàn bộ hạch nhóm 6 (bao gồm nhóm 6a, 6v, 6i) được nạo vét trong một bao chung còn được gọi là mạc treo dạ dày¹³¹, từ đó đảm bảo nạo vét nhóm hạch này hiệu quả và ít nguy cơ chảy máu cũng như tổn thương vùng đầu tụy.

Nhóm hạch phân bố theo hệ thống của động mạch thân tạng bao gồm các nhóm hạch 7, 8a, 9, 11p, 5, 12a. Đây là các nhóm hạch có tỉ lệ di căn hạch rất cao, đặc biệt là trong các trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển¹¹¹, cũng với rất nhiều biến đổi giải phẫu có thể gặp như thay đổi vị trí đồ của tĩnh mạch vị trái, thay đổi vị trí của bó mạc thân tạng, thay đổi vị trí của động mạch gan trái... Do đó, tiếp cận phẫu tích hạch vùng này một cách hệ thống là rất quan trọng. Chúng tôi dựa trên nghiên cứu của tác giả Kanaya¹³³ và Shinohara¹³⁴ thực hiện phương pháp nạo hạch bờ trên tụy theo hướng từ trung tâm ra hai phía. Với kỹ thuật này, phúc mạc bờ trên tụy được mở ra trước tiên để xác định mặt phẳng vô mạch giữa lớp sợi thần kinh quanh mạch máu (còn gọi là Outmost layer) và mô mỡ bao quanh hạch lympho¹³¹. Phẫu tích theo mạc treo dạ dày để bộc lộ rõ bên trái và bên phải của động mạch vị trái ngay tại nếp tụy dạ dày. Lúc này phần gốc của động mạch vị trái cần được bộc lộ rõ ràng và nạo sạch mô mỡ bao quanh mạch máu, sau đó tiếp tục đi ra phía sau của động mạch vị trái đến trụ hoành phải và trái, cắt phúc mạc phía sau để tạo thành cửa sổ 2 bên, sau đó thắt động mạch vị trái tận gốc, nạo hết nhóm hạch số 7 và 9 dọc động mạch thân tạng. Sau đó, đi theo mặt phẳng vô mạch phía trước của outmost layer của động mạch gan chung, nạo hạch nhóm 8a, dọc phần gần của động mạch lách để nạo hạch nhóm 11p, lấy trọn nhóm hạch bờ trên tụy thành một khối. Với kỹ thuật này sẽ hạn chế tối đa tổn thương do các biến đổi giải phẫu có thể gặp, cũng như hạn chế chảy máu và làm gieo rắc mô ung thư trong hạch di căn vào ổ bụng.

HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu không có nhóm chứng so sánh nên chưa thấy rõ được lợi ích của PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư liên quan phần ba giữa của dạ dày về các lợi ích như giảm tỉ lệ tái biến chứng liên quan đến phẫu thuật, tăng thời gian sống thêm và tăng thêm các lợi ích về dinh dưỡng cũng như chất lượng cuộc sống sau mổ so với PTNS cắt toàn bộ dạ dày.

Thời gian từ lúc bắt đầu thực hiện nghiên cứu (ngày 1 tháng 1 năm 2017) cho đến khi kết thúc phẫu thuật để lấy số liệu (ngày 31 tháng 12 năm 2021), sau đó chúng tôi tiếp tục theo dõi bệnh nhân đến ngày 30 tháng 11 năm 2022, nên thời gian theo dõi ngắn nhất trong nghiên cứu chỉ là 10 tháng. Do đó, thời gian theo dõi lâu dài chưa nhiều, với 5 trường hợp sau 5 năm, 10 trường hợp sau 4 năm, 39 trường hợp sau 3 năm và 52 trường hợp sau 2 năm. Nếu tính theo từng giai đoạn thì cỡ mẫu còn nhỏ, nên giá trị của tỉ lệ sống thêm sau 5 năm tính theo từng giai đoạn không cao. Tất cả các trường hợp giai đoạn IA (18 trường hợp), IB (13 trường hợp), IIA (5 trường hợp) trong thời gian theo dõi (10 tháng – 63 tháng) đều còn sống, tỉ lệ sống thêm toàn bộ ước lượng sau 1 năm và 3 năm của giai đoạn II lần lượt là 85,7% và 77,1%; và của giai đoạn III là 83% và 63,8%. Điều này chứng tỏ được lợi ích rõ ràng của PTNS cắt gần toàn bộ dạ dày cho các trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn sớm.

Bên cạnh giá trị về mặt ung thư học, cần thêm các nghiên cứu đánh giá kỹ hơn về chất lượng của sống sau mổ, cũng như tình trạng dinh dưỡng so sánh với nhóm người bệnh được PTNS cắt toàn bộ dạ dày. Cần theo dõi tốt hơn về thay đổi cân nặng, thay đổi chỉ số khối cơ thể, tình trạng thiếu máu, thiếu sắt, giảm albumin máu, protein máu sau mổ theo thời gian 6 tháng, 1 năm, 3 năm để thấy rõ hơn giá trị của phân dạ dày được bảo tồn. Các đánh giá về chất lượng cuộc sống như tình trạng nuốt nghẹn, nuốt khó sau phẫu thuật, đo thể tích phần dạ dày còn lại sau mổ, diễn tiến tình trạng viêm dạ dày, viêm thực quản trào ngược, ứ đọng thức ăn ở dạ dày theo thời gian sau mổ 1 năm, 2 năm, 3 năm cần được thực hiện để thấy rõ hơn ưu thế về mặt bảo tồn chức năng của kỹ thuật mới này.

Mặc khác, do đây là nghiên cứu đầu tiên về PTNS cắt gân toàn bộ dạ dày nhằm bảo tồn một phần chức năng dạ dày, nhưng phải đảm bảo yêu cầu về mặt ung thư học, nên chúng tôi thường chọn những bệnh nhân thương tổn nhỏ hơn, giai đoạn sớm hơn và ít nguy cơ phẫu thuật hơn nên kết quả lâu dài có vẻ tốt hơn các nghiên cứu khác về phẫu thuật cắt gân toàn bộ dạ dày đã được báo cáo.

KẾT LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 11 năm 2022, chúng tôi có 79 người bệnh được mổ theo phương pháp phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày – nạo hạch D2. Từ kết quả phân tích, chúng tôi đưa ra kết luận như sau:

1. Phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày nạo hạch D2 trong điều trị ung thư dạ dày có tỉ lệ thành công là 98,7%. Tỉ lệ tai biến trong mổ và tử vong sau mổ là 0%. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 16,5%, trong đó đa số là các biến chứng nhẹ, có thể điều trị bảo tồn, chỉ có 1,3% bị hẹp miệng nói (biến chứng độ 3), cần phải nội soi can thiệp để nong miệng nói.

2. Sau mổ 1 năm, nồng độ hemoglobin giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ, nồng độ albumin sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước mổ. Về kết quả nội soi, 4% ghi nhận có viêm thực quản trào ngược, 10,6% có tình trạng ứ đọng thức ăn ở dạ dày, 16% ứ đọng dịch mật ở dạ dày, tất cả ở nhóm nối dạ dày hồng tràng theo Billroth 2, 61,4% ghi nhận có tình trạng viêm niêm mạc dạ dày.

3. Tỉ lệ tái phát là 3,8% (một trường hợp tái phát tại chỗ, hai trường hợp tái phát hạch vùng). Tỉ lệ di căn xa là 20,3% (mười trường hợp di căn phúc mạc, một trường hợp di căn gan, một trường hợp di căn hạch chằng xa và bốn trường hợp di căn nhiều cơ quan khác nhau). Tỉ lệ sống thêm chung sau mổ 1 năm và 3 năm lần lượt là 91% và 86%. Tỉ lệ sống thêm không bệnh lần lượt là 90% và 80%.

KIẾN NGHỊ

Chúng tôi kiến nghị:

1. Với kết quả phẫu thuật, kết quả ngắn hạn cũng như trung hạn về mặt điều trị ung thư, chúng ta có thể triển khai phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày nạo hạch tiêu chuẩn cho những người bệnh được chẩn đoán ung thư dạ dày liên quan phần ba giữa còn đủ khoảng cách an toàn để giữ lại 1 phần nhỏ dạ dày, đồng thời có thể tiến hành thêm các nghiên cứu khác về chất lượng cuộc sống sau mổ để có cái nhìn tổng quan hơn về lợi ích bảo tồn chức năng của kỹ thuật mổ này.

2. Cần có phương tiện để xác định vị trí tổn thương và đánh giá bờ cắt trong hệ thống phòng mổ (nội soi dạ dày trong mổ, thuốc phát huỳnh quang và hệ thống thu tín hiệu trong mổ, cắt lạnh tức thì trong mổ) khi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày nạo hạch D2 trong điều trị ung thư dạ dày, đặc biệt là những ung thư giai đoạn sớm, tổn thương dạng loét thâm nhiễm khó xác định bờ tổn thương.

3. Cần có thêm nghiên cứu so sánh với nhóm người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày liên quan phần ba giữa dạ dày để cho ra kết quả tin cậy và giá trị hơn trong thực hành lâm sàng.

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CÓ LIÊN QUAN

1. Nguyễn Vũ Tuấn Anh, Nguyễn Việt Hải, Hồ Lê Minh Quốc, Trần Quang Đạt, Đặng Quang Thông, Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Trung Tín, Võ Duy Long (2020), “*Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày*”, Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam 2020, số 3, Tập 10; 32 – 39.
2. Nguyen Vu Tuan Anh, Dang Quang Thong, Nguyen Lam Vuong, Nguyen Viet Hai, Ho Le Minh Quoc, Tran Quang Dat, Dang Truong Thai, Tran Anh Minh, Doan Thuy Nguyen, Nguyen Hoang Bac, Nguyen Trung Tin, Vo Duy Long (2023), “*Regional lymph node metastasis distribution in resectable middle-third gastric cancer: A cross-sectional study*”, Cureus 15(6): e41236. doi:10.7759/cureus.41236.
3. Nguyen Vu Tuan Anh, Vo Duy Long, Nguyen Lam Vuong, Nguyen Viet Hai, Ho Le Minh Quoc, Tran Quang Dat, Dang Quang Thong, Tran Anh Minh, Doan Thuy Nguyen, Nguyen Hoang Bac, Nguyen Trung Tin, (2023), “*Long-term results of totally laparoscopic near-total gastrectomy for the middle third gastric cancer*”, Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques 33(5):p 444-450, October 2023, DOI:10.1097/SLE.0000000000001212

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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: a cancer journal for clinicians*. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. Lee JH, Kim KM, Cheong JH, et al. Current Management and Future Strategies of Gastric Cancer. *Yonsei Med J*. 2012;53(2)
3. Ajani JA, Bentrem DJ, Besh S, et al. Gastric cancer, version 2.2013: featured updates to the NCCN Guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN*. May 01 2013;11(5):531-46.
4. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*. Jan 2017;20(1):1-19. doi:10.1007/s10120-016-0622-4
5. Kuo CY, Chao Y, Li CP. Update on treatment of gastric cancer. *J Chin Med Assoc*. 2014;77
6. Japanese Gastric Cancer A. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer*. 2021/01/01 2021;24(1):1-21. doi:10.1007/s10120-020-01042-y
7. Japanese Gastric Cancer A. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). *Gastric Cancer*. 2022/11/07 2022;doi:10.1007/s10120-022-01331-8
8. Jiang X, Hiki N, Nunobe S, et al. Laparoscopy-assisted subtotal gastrectomy with very small remnant stomach: a novel surgical procedure for selected early gastric cancer in the upper stomach. *Gastric Cancer*. Jun 2011;14(2):194-9. doi:10.1007/s10120-011-0023-7
9. Arru L, Azagra JS, Facy O, Makkai-Popa ST, Poulain V, Goergen M. Totally laparoscopic 95% gastrectomy for cancer: technical considerations. *Langenbecks Arch Surg*. Apr 2015;400(3):387-93. doi:10.1007/s00423-015-1283-1
10. Kamiya S, Ohashi M, Ida S, et al. Laparoscopic subtotal gastrectomy with a new marking technique, endoscopic cautery marking: preservation of the stomach in patients with upper early gastric cancer. *Surgical Endoscopy*. 2018/11/01 2018;32(11):4681-4687. doi:10.1007/s00464-018-6272-3
11. Furukawa H, Kurokawa Y, Takiguchi S, et al. Short-term outcomes and nutritional status after laparoscopic subtotal gastrectomy with a very small remnant stomach for cStage I proximal gastric carcinoma. *Gastric Cancer*. 2018/05/01 2018;21(3):500-507. doi:10.1007/s10120-017-0755-0
12. Takagi H, Morimoto T. Near-total gastrectomy. *Journal of surgical oncology*. May 1984;26(1):14-6. doi:10.1002/jso.2930260105

13. Lee JH, Kim YI. Which Is the Optimal Extent of Resection in Middle Third Gastric Cancer between Total Gastrectomy and Subtotal Gastrectomy? *J Gastric Cancer*. Dec 2010;10(4):226-33. doi:10.5230/jgc.2010.10.4.226
14. Hiki N, Nunobe S, Kubota T, Jiang X. Function-preserving gastrectomy for early gastric cancer. *Ann Surg Oncol*. Aug 2013;20(8):2683-92. doi:10.1245/s10434-013-2931-8
15. Nakauchi M, Suda K, Nakamura K, et al. Laparoscopic subtotal gastrectomy for advanced gastric cancer: technical aspects and surgical, nutritional and oncological outcomes. *Surg Endosc*. Nov 2017;31(11):4631-4640. doi:10.1007/s00464-017-5526-9
16. Jiang Y, Yang F, Ma J, et al. Surgical and oncological outcomes of distal gastrectomy compared to total gastrectomy for middle-third gastric cancer: A systematic review and meta-analysis. *Oncology letters*. Sep 2022;24(3):291. doi:10.3892/ol.2022.13411
17. Nunobe S, Hiki N. Function-preserving surgery for gastric cancer: current status and future perspectives. *Translational gastroenterology and hepatology*. 2017;2:77. doi:10.21037/tgh.2017.09.07
18. Jeong SH, Seo KW, Min JS. Intraoperative Tumor Localization of Early Gastric Cancers. *J Gastric Cancer*. Mar 2021;21(1):4-15. doi:10.5230/jgc.2021.21.e4
19. H H, HY L, al LHe. Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: the protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC cancer*. 2015;15(1)
20. Hur H, Lee HY, Lee HJ, et al. Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: the protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC cancer*. May 05 2015;15:355. doi:10.1186/s12885-015-1365-z
21. Ji X, Yan Y, Bu ZD, et al. The optimal extent of gastrectomy for middle-third gastric cancer: distal subtotal gastrectomy is superior to total gastrectomy in short-term effect without sacrificing long-term survival. *BMC cancer*. May 19 2017;17(1):345. doi:10.1186/s12885-017-3343-0
22. Liu H, Jin P, Ma FH, et al. Feasibility and nutritional impact of laparoscopic assisted tailored subtotal gastrectomy for middle-third gastric cancer. *World J Gastroenterol*. Nov 21 2020;26(43):6837-6852. doi:10.3748/wjg.v26.i43.6837
23. Nguyễn Vũ Tuấn Anh, Nguyễn Việt Hải, Hồ Lê Minh Quốc, et al. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt gần toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày. *Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*. 2020;Số 3(Tập 10):32 - 39.
24. Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, al e. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. *Gut*. 2011;60(11)

25. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*. Mar 01 2015;136(5):E359-86. doi:10.1002/ijc.29210
26. Association JGC. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. *Gastric Cancer*. 2011;14(2):101-112.
27. Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C. *TNM classification of malignant tumours*. John Wiley & Sons; 2016.
28. Association JGC. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4). *Gastric Cancer*. 2017;20(1):1-19.
29. Association JGC. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (ver. 5). *Gastric Cancer*. 2020:1-21.
30. Lamarca A, Palmer DH, Wasan HS, et al. Second-line FOLFOX chemotherapy versus active symptom control for advanced biliary tract cancer (ABC-06): a phase 3, open-label, randomised, controlled trial. *The Lancet Oncology*. 2021;22(5):690-701. doi:10.1016/S1470-2045(21)00027-9
31. Lee GJ, Kim H, Cho SS, et al. A Randomized Phase III Study of Patients With Advanced Gastric Adenocarcinoma Without Progression After Six Cycles of XELOX (Capecitabine Plus Oxaliplatin) Followed by Capecitabine Maintenance or Clinical Observation. *J Gastric Cancer*. Apr 2023;23(2):315-327. doi:10.5230/jgc.2023.23.e16
32. Eom SS, Choi W, Eom BW, et al. A Comprehensive and Comparative Review of Global Gastric Cancer Treatment Guidelines. *J Gastric Cancer*. Mar 2022;22(1):3-23. doi:10.5230/jgc.2022.22.e10
33. Jeong GA, Cho GS, Shin EJ, et al. Liver function alterations after laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer and its clinical significance. *World J Gastroenterol*. 2011;17(3)
34. Nomura E, Okajima K. Function-preserving gastrectomy for gastric cancer in Japan. *World J Gastroenterol*. Jul 14 2016;22(26):5888-95. doi:10.3748/wjg.v22.i26.5888
35. Maki T, Shiratori T, Hatafuku T, Sugawara K. Pylorus-preserving gastrectomy as an improved operation for gastric ulcer. *Surgery*. Jun 1967;61(6):838-45.
36. Kodama M, Koyama K. Indications for pylorus preserving gastrectomy for early gastric cancer located in the middle third of the stomach. *World journal of surgery*. Sep-Oct 1991;15(5):628-33; discussion 633-4. doi:10.1007/bf01789211
37. Japanese Gastric Cancer A. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer*. 2020/02/14 2020;doi:10.1007/s10120-020-01042-y

38. Kim BH, Hong SW, Kim JW, Choi SH, Yoon SO. Oncologic safety of pylorus-preserving gastrectomy in the aspect of micrometastasis in lymph nodes at stations 5 and 6. *Ann Surg Oncol*. Feb 2014;21(2):533-8. doi:10.1245/s10434-013-3252-7
39. Mizuno A, Shinohara H, Haruta S, et al. Lymphadenectomy along the infrapyloric artery may be dispensable when performing pylorus-preserving gastrectomy for early middle-third gastric cancer. *Gastric Cancer*. May 2017;20(3):543-547. doi:10.1007/s10120-016-0632-2
40. Nunobe S, Hiki N, Fukunaga T, et al. Laparoscopy-assisted pylorus-preserving gastrectomy: preservation of vagus nerve and infrapyloric blood flow induces less stasis. *World journal of surgery*. Dec 2007;31(12):2335-40. doi:10.1007/s00268-007-9262-5
41. Kumagai K, Hiki N, Nunobe S, et al. Totally laparoscopic pylorus-preserving gastrectomy for early gastric cancer in the middle stomach: technical report and surgical outcomes. *Gastric Cancer*. Jan 2015;18(1):183-7. doi:10.1007/s10120-014-0337-3
42. Wangenstein OH. Segmental gastric resection for peptic ulcer; method permitting restoration of anatomic continuity. *Journal of the American Medical Association*. May 3 1952;149(1):18-23. doi:10.1001/jama.1952.02930180020005
43. Ohwada S, Nakamura S, Ogawa T, et al. Segmental gastrectomy for early cancer in the mid-stomach. *Hepato-gastroenterology*. Mar-Apr 1999;46(26):1229-33.
44. Ishikawa K, Arita T, Ninomiya S, Bandoh T, Shiraishi N, Kitano S. Outcome of segmental gastrectomy versus distal gastrectomy for early gastric cancer. *World journal of surgery*. Nov 2007;31(11):2204-7. doi:10.1007/s00268-007-9192-2
45. Shinohara T, Ohyama S, Muto T, Kato Y, Yanaga K, Yamaguchi T. Clinical outcome of high segmental gastrectomy for early gastric cancer in the upper third of the stomach. *The British journal of surgery*. Aug 2006;93(8):975-80. doi:10.1002/bjs.5388
46. Lee SW, Bouras G, Nomura E, et al. Intracorporeal stapled anastomosis following laparoscopic segmental gastrectomy for gastric cancer: technical report and surgical outcomes. *Surgical endoscopy*. Jul 2010;24(7):1774-80. doi:10.1007/s00464-009-0803-x
47. Papachristou DN, Fortner JG. Adenocarcinoma of the gastric cardia. The choice of gastrectomy. *Ann Surg*. Jul 1980;192(1):58-64. doi:10.1097/00000658-198007000-00010
48. Ichikawa D, Komatsu S, Kubota T, et al. Long-term outcomes of patients who underwent limited proximal gastrectomy. *Gastric Cancer*. Jan 2014;17(1):141-5. doi:10.1007/s10120-013-0257-7

49. Nunobe S, Ida S. Current status of proximal gastrectomy for gastric and esophagogastric junctional cancer: A review. *Ann Gastroenterol Surg.* 2020;4(5):498-504. doi:10.1002/ags3.12365
50. Korean Gastric Cancer Association Nationwide Survey on Gastric Cancer in 2014. *J Gastric Cancer.* Sep 2016;16(3):131-140. doi:10.5230/jgc.2016.16.3.131
51. Jung DH, Ahn SH, Park DJ, Kim HH. Proximal Gastrectomy for Gastric Cancer. *J Gastric Cancer.* Jun 2015;15(2):77-86. doi:10.5230/jgc.2015.15.2.77
52. Kong SH, Kim JW, Lee HJ, Kim WH, Lee KU, Yang HK. Reverse double-stapling end-to-end esophagogastronomy in proximal gastrectomy. *Digestive surgery.* Aug 2010;27(3):170-4. doi:10.1159/000264658
53. Kitamura K, Yamaguchi T, Nishida S, et al. The operative indications for proximal gastrectomy in patients with gastric cancer in the upper third of the stomach. *Surgery today.* 1997;27(11):993-8. doi:10.1007/bf02385777
54. Pu YW, Gong W, Wu YY, Chen Q, He TF, Xing CG. Proximal gastrectomy versus total gastrectomy for proximal gastric carcinoma. A meta-analysis on postoperative complications, 5-year survival, and recurrence rate. *Saudi medical journal.* Dec 2013;34(12):1223-8.
55. Tokunaga M, Ohyama S, Hiki N, et al. Endoscopic evaluation of reflux esophagitis after proximal gastrectomy: comparison between esophagogastric anastomosis and jejunal interposition. *World journal of surgery.* Jul 2008;32(7):1473-7. doi:10.1007/s00268-007-9459-7
56. Kinoshita T, Gotohda N, Kato Y, Takahashi S, Konishi M, Kinoshita T. Laparoscopic proximal gastrectomy with jejunal interposition for gastric cancer in the proximal third of the stomach: a retrospective comparison with open surgery. *Surgical endoscopy.* 2013/01/01 2013;27(1):146-153. doi:10.1007/s00464-012-2401-6
57. Ahn S-H, Jung DH, Son S-Y, Lee C-M, Park DJ, Kim H-H. Laparoscopic double-tract proximal gastrectomy for proximal early gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2014/07/01 2014;17(3):562-570. doi:10.1007/s10120-013-0303-5
58. Lee CM, Park DW, Jung DH, et al. Single-Port Laparoscopic Proximal Gastrectomy with Double Tract Reconstruction for Early Gastric Cancer: Report of a Case. *J Gastric Cancer.* Sep 2016;16(3):200-206. doi:10.5230/jgc.2016.16.3.200
59. Park JY, Kim YW, Ryu KW, et al. Assessment of laparoscopic stomach preserving surgery with sentinel basin dissection versus standard gastrectomy with lymphadenectomy in early gastric cancer-A multicenter randomized phase III clinical trial (SENORITA trial) protocol. *BMC cancer.* May 31 2016;16:340. doi:10.1186/s12885-016-2336-8

60. Symeonidis D, Koukoulis G, Tepetes K. Sentinel node navigation surgery in gastric cancer: Current status. *World journal of gastrointestinal surgery*. Jun 27 2014;6(6):88-93. doi:10.4240/wjgs.v6.i6.88
61. Arigami T, Uenosono Y, Yanagita S, et al. Clinical application and outcomes of sentinel node navigation surgery in patients with early gastric cancer. *Oncotarget*. Sep 26 2017;8(43):75607-75616. doi:10.18632/oncotarget.17584
62. Park JY, Ryu KW, Eom BW, et al. Proposal of the surgical options for primary tumor control during sentinel node navigation surgery based on the discrepancy between preoperative and postoperative early gastric cancer diagnoses. *Annals of surgical oncology*. Apr 2014;21(4):1123-9. doi:10.1245/s10434-013-3427-2
63. Kitagawa Y, Takeuchi H, Takagi Y, et al. Sentinel node mapping for gastric cancer: a prospective multicenter trial in Japan. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. Oct 10 2013;31(29):3704-10. doi:10.1200/jco.2013.50.3789
64. Miyashiro I, Hiratsuka M, Sasako M, et al. High false-negative proportion of intraoperative histological examination as a serious problem for clinical application of sentinel node biopsy for early gastric cancer: final results of the Japan Clinical Oncology Group multicenter trial JCOG0302. *Gastric Cancer*. Apr 2014;17(2):316-23. doi:10.1007/s10120-013-0285-3
65. Fujimura T, Fushida S, Tsukada T, et al. A new stage of sentinel node navigation surgery in early gastric cancer. *Gastric Cancer*. Apr 2015;18(2):210-7. doi:10.1007/s10120-014-0446-z
66. Ko WJ, Song GW, Kim WH, Hong SP, Cho JY. Endoscopic resection of early gastric cancer: current status and new approaches. *Translational gastroenterology and hepatology*. 2016;1:24. doi:10.21037/tgh.2016.03.22
67. Facciorusso A, Antonino M, Di Maso M, Muscatiello N. Endoscopic submucosal dissection vs endoscopic mucosal resection for early gastric cancer: A meta-analysis. *World journal of gastrointestinal endoscopy*. Nov 16 2014;6(11):555-63. doi:10.4253/wjge.v6.i11.555
68. Hahn KY, Park CH, Lee YK, et al. Comparative study between endoscopic submucosal dissection and surgery in patients with early gastric cancer. *Surgical endoscopy*. Jan 2018;32(1):73-86. doi:10.1007/s00464-017-5640-8
69. Goto O, Takeuchi H, Kitagawa Y, Yahagi N. Hybrid surgery for early gastric cancer. *Translational gastroenterology and hepatology*. 2016;1:26. doi:10.21037/tgh.2016.03.23
70. Abe N, Mori T, Takeuchi H, et al. Successful treatment of early stage gastric cancer by laparoscopy-assisted endoscopic full-thickness resection with lymphadenectomy. *Gastrointestinal endoscopy*. Dec 2008;68(6):1220-4. doi:10.1016/j.gie.2008.02.077

71. Kawakatsu S, Ohashi M, Hiki N, Nunobe S, Nagino M, Sano T. Use of endoscopy to determine the resection margin during laparoscopic gastrectomy for cancer. *The British journal of surgery*. Dec 2017;104(13):1829-1836. doi:10.1002/bjs.10618
72. Kamiya S, Ohashi M, Ida S, et al. Laparoscopic subtotal gastrectomy with a new marking technique, endoscopic cautery marking: preservation of the stomach in patients with upper early gastric cancer. *Surgical endoscopy*. Nov 2018;32(11):4681-4687. doi:10.1007/s00464-018-6272-3
73. Kim HS, Kim BS, Lee IS, Lee S, Yook JH, Kim BS. Intracorporeal laparoscopic Roux-en-Y gastrojejunostomy after 95% gastrectomy for early gastric cancer in the upper third of the stomach: a report on 21 cases. *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques Part A*. Mar 2013;23(3):250-7. doi:10.1089/lap.2012.0371
74. Kano Y, Ohashi M, Ida S, et al. Oncological feasibility of laparoscopic subtotal gastrectomy compared with laparoscopic proximal or total gastrectomy for cT1N0M0 gastric cancer in the upper gastric body. *Gastric Cancer*. Sep 2019;22(5):1060-1068. doi:10.1007/s10120-019-00947-7
75. Triệu Triệu Dương. Nghiên cứu kỹ thuật cắt dạ dày, vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2008;12(4)
76. Lê Mạnh Hà. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt dạ dày hỗ trợ trong điều trị ung thư dạ dày. *Y học thực hành*. 2013;869(5)
77. Trịnh Hồng Sơn. *Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày*. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội; 2000.
78. Kubo M, Sasako M, Gotoda T, et al. Endoscopic evaluation of the remnant stomach after gastrectomy: proposal for a new classification. *Gastric Cancer*. 2002;5(2):83-9. doi:10.1007/s101200200014
79. Nguyễn Minh Hải. *Lựa chọn phương pháp phẫu thuật dựa trên thương tổn xâm lấn thành dạ dày và di căn hạch trong ung thư biểu mô tuyến dạ dày*. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TPHCM; 2003.
80. Nguyễn Xuân Kiên. *Nghiên cứu một số yếu tố giải phẫu bệnh liên quan đến thời gian sống thêm sau phẫu thuật ung thư dạ dày*. Luận án tiến sĩ y học, Học Viện Quân Y; 2005.
81. Võ Duy Long. *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III*. Luận án tiến sĩ y học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2017.
82. Phạm Văn Nam. *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày*. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội; 2019.

83. Kitano S, Shiraishi N, Uyama I, et al. A Multicenter Study on Oncologic Outcome of Laparoscopic Gastrectomy for Early Cancer in Japan. *Ann Surg.* 2007;245(1)
84. Honda M, Wong SL, Healy MA, et al. Long-term Trends in Primary Sites of Gastric Adenocarcinoma in Japan and the United States. *Journal of Cancer.* 2017;8(11):1935-1942. doi:10.7150/jca.19174
85. Kim HH, Han SU, Kim MC, et al. Long-Term Results of Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer: A Large-Scale Case-Control and Case-Matched Korean Multicenter Study. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* 2014;32(7)
86. Desai AM, Pareek M, Nightingale PG, et al. Improving outcomes in gastric cancer over 20 years. *Gastric Cancer.* 2004;7
87. Heemskerk VH, Lentze F, Hulsewes KW, et al. Gastric carcinoma: review of the results of treatment in a community teaching hospital. *World J Surg Oncol.* 2007;5
88. Kharbutli B, Velanovich V. Gastrointestinal symptomatic outcomes of laparoscopic and open gastrectomy. *World J Gastrointest Surg.* 2009;1(1)
89. Strong VE, Devaud N, Allen PJ, Gonen M, Brennan MF, Coit D. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for adenocarcinoma: a case-control study. *Ann Surg Oncol.* Jun 2009;16(6):1507-13. doi:10.1245/s10434-009-0386-8
90. Kawamura Y, Satoh S, Suda K, Ishida Y, Kanaya S, Uyama I. Critical factors that influence the early outcome of laparoscopic total gastrectomy. *Gastric Cancer.* Jul 2015;18(3):662-8. doi:10.1007/s10120-014-0392-9
91. Tsekrekos A, Lovece A, Chrysikos D, et al. Impact of obesity on the outcomes after gastrectomy for gastric cancer: A meta-analysis. *Asian journal of surgery.* 2022/01/01/ 2022;45(1):15-26. doi:<https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2021.04.033>
92. Oki E, Sakaguchi Y, Ohgaki K, et al. The impact of obesity on the use of a totally laparoscopic distal gastrectomy in patients with gastric cancer. *J Gastric Cancer.* Jun 2012;12(2):108-12. doi:10.5230/jgc.2012.12.2.108
93. Lee JH, Lee CM, Son SY, et al. Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: Long-term oncologic results. *Surgery.* 2014;155
94. Matsuhashi N, Osada S, Yamaguchi K, et al. Oncologic outcomes of laparoscopic gastrectomy: a single-center safety and feasibility study. *Surg Endosc.* 2013;27
95. Jung JH, Ryu SY, Jung MR, Park YK, Jeong O. Laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer in morbidly obese patients in South Korea. *J Gastric Cancer.* Sep 2014;14(3):187-95. doi:10.5230/jgc.2014.14.3.187
96. Kim MG, Kim KC, Kim BS, et al. A totally laparoscopic distal gastrectomy can be an effective way of performing laparoscopic gastrectomy in obese patients (body

mass index \geq 30). *World J Surg.* Jun 2011;35(6):1327-32. doi:10.1007/s00268-011-1034-6

97. Lee SE, Ryu KW, Nam BH, et al. Technical feasibility and safety of laparoscopy-assisted total gastrectomy in gastric cancer: a comparative study with laparoscopy-assisted distal gastrectomy. *Journal of surgical oncology.* Oct 01 2009;100(5):392-5. doi:10.1002/jso.21345

98. Matsushashi N, Osada S, Yamaguchi K, et al. Oncologic outcomes of laparoscopic gastrectomy: a single-center safety and feasibility study. *Surg Endosc.* Jun 2013;27(6):1973-9. doi:10.1007/s00464-012-2696-3

99. Moon JS, Park MS, Kim JH, et al. Lessons Learned from a Comparative Analysis of Surgical Outcomes of and Learning Curves for Laparoscopy-Assisted Distal Gastrectomy. *J Gastric Cancer.* 2015;15(1)

100. Đỗ Văn Tráng. *Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị.* Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội; 2012.

101. Nguyễn Quang Thái, Nguyễn Văn Hiếu. Nhận xét kết quả sớm điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày tại khoa phẫu thuật tổng hợp bệnh viện K năm 2010. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2010;1

102. Phạm Như Hiệp, Phan Hải Thanh, Hồ Hữu Thiện, cs. Phẫu thuật cắt dạ dày nội soi tại bệnh viện trung ương Huế. *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam.* 2008;3(12)

103. Seevaratnam R, Bocicariu A, Cardoso R, et al. How many lymph nodes should be assessed in patients with gastric cancer? A systematic review. *Gastric Cancer.* 2012/09/01 2012;15(1):70-88. doi:10.1007/s10120-012-0169-y

104. Đỗ Trường Sơn. Đánh giá kết quả xa sau mổ của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại khoa phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2014;88(3)

105. Treitl D, Hochwald SN, Bao PQ, Unger JM, Ben-David K. Laparoscopic Total Gastrectomy with D2 Lymphadenectomy and Side-to-Side Stapled Esophagojejunostomy. *Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract.* Aug 2016;20(8):1523-9. doi:10.1007/s11605-016-3162-7

106. Allieta R, Nardi M, Brachet-Contul R, et al. Laparoscopic gastrectomy for treatment of advanced gastric cancer: preliminary experience on 38 cases. *Minerva Chir.* 2009;64

107. Song KY, Kim SN, Park CH. Laparoscopy-assisted distal gastrectomy with D2 lymph node dissection for gastric cancer: technical and oncologic aspects. *Surg Endosc.* 2008;22doi:10.1007/s00464-007-9431-5

108. Huscher CG, Mingoli A, Sgarzini G, et al. Laparoscopic versus open subtotal gastrectomy for distal gastric cancer: five-year results of a randomized prospective trial. *Ann Surg*. Feb 2005;241(2):232-7. doi:10.1097/01.sla.0000151892.35922.f2
109. Lin J-X, Huang C-M, Zheng C-H, et al. Evaluation of laparoscopic total gastrectomy for advanced gastric cancer: results of a comparison with laparoscopic distal gastrectomy. journal article. *Surgical Endoscopy*. 2016;30(5):1988-1998. doi:10.1007/s00464-015-4429-x
110. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. Aug 2004;240(2):205-13. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae
111. Lin JX, Huang CM, Zheng CH, et al. Surgical Outcomes of 2041 Consecutive Laparoscopic Gastrectomy Procedures for Gastric Cancer: A Large-Scale Case Control Study. *PloS one*. 2015;10(2)
112. Cai Z, Zhou Y, Wang C, et al. Optimal reconstruction methods after distal gastrectomy for gastric cancer: A systematic review and network meta-analysis. *Medicine*. 2018;97(20):e10823. doi:10.1097/md.00000000000010823
113. Lee SE, Kim YW, Lee JH, et al. Developing an Institutional Protocol Guideline for Laparoscopy-Assisted Distal Gastrectomy. *Ann Surg Oncol*. 2009;16
114. Lee S.R, Kim H.O, Son B.H, et al. Laparoscopic-assisted Total Gastrectomy Versus Open Total Gastrectomy for Upper and Middle Gastric Cancer in Short-term and Long-term Outcomes. *Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques*. 2014;24(3):277-282.
115. Lu J, Wei ZQ, Huang CM, et al. Small-volume chylous ascites after laparoscopic radical gastrectomy for gastric cancer: Results from a large population-based sample. *World J Gastroenterol*. 2015;21(8)
116. Kaas R, Rustman L, Zoetmulder F. Chylous ascites after oncological abdominal surgery: incidence and treatment. 2001;27(2):187-189.
117. Huang CM, Tu RH, Lin JX, et al. A Scoring System to Predict the Risk of Postoperative Complications After Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer Based on a Large-Scale Retrospective Study. *Medicine*. 2015;94(17)
118. Haverkamp L, Weijs TJ, van der Sluis PC, van der Tweel I, Ruurda JP, van Hillegersberg R. Laparoscopic total gastrectomy versus open total gastrectomy for cancer: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. May 2013;27(5):1509-20. doi:10.1007/s00464-012-2661-1
119. Chen XZ, Wen L, Rui YY, et al. Long-term survival outcomes of laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2015;94(4)

120. Bozzetti F, Marubini E, Bonfanti G, et al. Subtotal Versus Total Gastrectomy for Gastric Cancer : Five-Year Survival Rates in a Multicenter Randomized Italian Trial. *Ann Surg.* 1999;230(2)
121. Nakamura K, Suda K, Suzuki A, et al. Intracorporeal Isosceles Right Triangle-shaped Anastomosis in Totally Laparoscopic Distal Gastrectomy. *Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques.* Jun 2018;28(3):193-201. doi:10.1097/sle.0000000000000535
122. Chen K, Pan Y, Cai JQ, Xu XW, Wu D, Mou YP. Totally laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis of outcomes compared with open surgery. *World J Gastroenterol.* Nov 14 2014;20(42):15867-78. doi:10.3748/wjg.v20.i42.15867
123. Lee M.S., Lee J.H., Park D.J. Comparison of short- and long-term outcomes of laparoscopic-assisted total gastrectomy and open total gastrectomy in gastric cancer patients. *Surg Endosc.* 2013;27:2598–2605.
124. Nguyễn Cường Thịnh, Diêm Đăng Bình. Nhận xét qua 208 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam.* 2010;1
125. Chen K, Mou YP, Xu XW, et al. Short-term surgical and long-term survival outcomes after laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer. *BMC Gastroenterol.* 2014;14
126. Kim SJ, Choi CW. Common Locations of Gastric Cancer: Review of Research from the Endoscopic Submucosal Dissection Era. *Journal of Korean medical science.* Sep 9 2019;34(35):e231. doi:10.3346/jkms.2019.34.e231
127. Pernot S, Voron T, Perkins G, Lagorce-Pages C, Berger A, Taieb J. Signet-ring cell carcinoma of the stomach: Impact on prognosis and specific therapeutic challenge. *World J Gastroenterol.* Oct 28 2015;21(40):11428-38. doi:10.3748/wjg.v21.i40.11428
128. Shim JH, Song KY, Kim HH, et al. Signet ring cell histology is not an independent predictor of poor prognosis after curative resection for gastric cancer: a propensity analysis by the KLASS Group. *Medicine.* Dec 2014;93(27):e136. doi:10.1097/md.0000000000000136
129. Taghavi S, Jayarajan SN, Davey A, Willis AI. Prognostic significance of signet ring gastric cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* Oct 1 2012;30(28):3493-8. doi:10.1200/jco.2012.42.6635
130. Lee IS, Kim TH, Yook JH, Kim HS, Kim BS, Kim BS. A triangle method: simple suture retraction for the left lobe of the liver during laparoscopic gastric surgery. *Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques Part A.* Dec 2012;22(10):989-91. doi:10.1089/lap.2012.0314

131. Shinohara H, Kurahashi Y, Haruta S, Ishida Y, Sasako M. Universalization of the operative strategy by systematic mesogastric excision for stomach cancer with that for total mesorectal excision and complete mesocolic excision colorectal counterparts. *Annals of gastroenterological surgery*. Jan 2018;2(1):28-36. doi:10.1002/ags3.12048
132. Shinohara H, Kurahashi Y, Ishida Y. Gastric equivalent of the 'Holy Plane' to standardize the surgical concept of stomach cancer to mesogastric excision: updating Jamieson and Dobson's historic schema. *Gastric Cancer*. Mar 2021;24(2):273-282. doi:10.1007/s10120-020-01142-9
133. Kanaya S, Haruta S, Kawamura Y, et al. Video: laparoscopy distinctive technique for suprapancreatic lymph node dissection: medial approach for laparoscopic gastric cancer surgery. *Surg Endosc*. Dec 2011;25(12):3928-9. doi:10.1007/s00464-011-1792-0
134. Shinohara T, Hanyu N, Kawano S, et al. Clinical significance of medial approach for suprapancreatic lymph node dissection during laparoscopic gastric cancer surgery. *Surg Endosc*. May 2014;28(5):1678-85. doi:10.1007/s00464-013-3370-0

Phụ lục 1

BẢN THÔNG TIN DÀNH CHO ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU VÀ CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

**Tên nghiên cứu: KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GẦN TOÀN BỘ
DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY**

Nghiên cứu viên chính: Bác sĩ NGUYỄN VŨ TUẤN ANH

Đơn vị chủ trì: Bộ môn Ngoại tổng quát – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

I. THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Mục đích, cách tiến hành, nguy cơ của nghiên cứu

Mục đích của nghiên cứu:

Phẫu thuật trong ung thư dạ dày phải đảm bảo lấy được toàn bộ khối u kèm với nạo vét hạch hệ thống. Trong khi đó, sự an toàn trong mổ và sau mổ cũng như chất lượng cuộc sống sau mổ cần được xem xét cẩn thận trước khi phẫu thuật viên quyết định kế hoạch điều trị. Mức độ cắt dạ dày được quyết định theo giai đoạn khối u, vị trí, kích thước, loại tế bào học, và một số đặc điểm lâm sàng khác. Cắt dạ dày đủ rộng được định nghĩa là cắt hoàn toàn khối u nguyên phát với bờ cắt không có tế bào ung thư. Phẫu thuật cắt dạ dày được thực hiện khi đảm bảo bờ cắt gần không còn tế bào ung thư. Do vậy, với khối u dạ dày ở 1/3 dưới, phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày là thích hợp. Với khối u dạ dày ở 1/3 trên, phẫu thuật thích hợp là cắt bán phần trên dạ dày hoặc cắt toàn bộ dạ dày, tùy vào mức độ xâm lấn của khối u. Tuy nhiên, với khối u dạ dày ở 1/3 giữa, phương pháp cắt dạ dày vẫn còn nhiều tranh cãi. Một số nghiên cứu đề nghị phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày là phẫu thuật tiêu chuẩn nhằm cải thiện tỉ lệ sống còn sau mổ. Khi xem xét tính an toàn trong mổ và sau mổ cũng như chất lượng cuộc sống sau mổ, nhiều tác giả đề nghị phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày là một phương án thay thế để điều trị ung thư dạ dày 1/3 giữa.

Hơn nữa, PTNS cắt toàn bộ dạ dày làm mất đi chức năng của cơ vòng thực quản dưới, vốn đóng vai trò quan trọng trong cơ chế chống trào ngược dạ dày thực quản. Từ đó gây nên nhiều triệu chứng khác nhau sau mổ cắt dạ dày làm ảnh hưởng

đến chất lượng cuộc sống sau mổ như ợ nóng, mau đầy bụng, nuốt khó. Một số phương pháp phẫu thuật giúp bảo tồn chức năng nhằm làm giảm các triệu chứng này, nhưng tính hiệu quả về lâu dài còn nhiều tranh luận. Đối với ung thư 1/3 giữa dạ dày, vốn thường được chỉ định cắt toàn bộ dạ dày, hiện nay nhờ áp dụng tiêu chuẩn bờ cắt an toàn trên u 5 cm, nhiều tác giả đề nghị kỹ thuật phẫu thuật cắt gần toàn bộ dạ dày, vừa đảm bảo yêu cầu về mặt ung thư học, vừa giảm được các nguy cơ biến chứng của miệng nối thực quản – hồng tràng, vừa giúp bảo tồn chức năng phần dạ dày còn lại. Tại Nhật Bản, hàn quốc, một số nước ở châu Âu đã thực hiện kỹ thuật cắt gần toàn bộ dạ dày từ lâu, tuy nhiên, tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến kỹ thuật mổ cắt gần toàn bộ dạ dày.

Phương thức tiến hành:

Quý Ông/Bà tham gia nghiên cứu đều được hướng dẫn, giải thích cụ thể mục đích và các bước thực hiện nghiên cứu.

Nếu quý Ông/Bà đồng ý ký vào phiếu đồng thuận thì chúng tôi sẽ tiến hành hỏi các thông tin về tiền sử, bệnh sử và ghi nhận các thông tin từ bệnh án liên quan đến bệnh của quý Ông/Bà

Các nguy cơ và bất lợi:

Việc tham gia nghiên cứu không ảnh hưởng đến quy trình điều trị cho quý Ông/Bà tại bệnh viện. Các nguy cơ và biến chứng tương tự như các kỹ thuật mổ cắt dạ dày đã thực hiện trước đây.

Bồi thường/điều trị khi có tổn thương liên quan đến nghiên cứu:

Quá trình nghiên cứu không ảnh hưởng đến việc chăm sóc, theo dõi và điều trị cho quý Ông/Bà

Người liên hệ: Bác sĩ Nguyễn Vũ Tuấn Anh

Số điện thoại: 0989807713

Email: anh.nvt@ump.edu.vn

2. Ông/Bà có bắt buộc phải tham gia vào nghiên cứu không

Không, quý Ông/Bà không bắt buộc tham gia vào nghiên cứu. Sau khi đã cân nhắc cẩn thận, nếu quý Ông/Bà quyết định tham gia vào nghiên cứu, quý Ông/Bà sẽ ký tên vào phiếu đồng ý tham gia vào nghiên cứu và đưa lại cho tôi. Ngay cả khi quý Ông/Bà quyết định tham gia vào nghiên cứu và đã ký phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu, quý Ông/Bà vẫn có quyền rút ra khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào và không cần phải đưa ra lý do. Xin hãy tin tưởng rằng quyết định không tham gia vào nghiên cứu hay quyết định rút khỏi nghiên cứu bất kỳ thời điểm nào của nghiên cứu sẽ không ảnh hưởng đến sự chăm sóc mà quý Ông/Bà nhận được từ những người chăm sóc sức khoẻ.

3. Lợi ích có thể khi tham gia vào nghiên cứu

Sự tham gia của quý Ông/Bà sẽ giúp nghiên cứu đi đến thành công, cung cấp dữ liệu để có những hành động và thay đổi thiết thực trong tương lai nhằm cải thiện chất lượng điều trị cho các bệnh nhân khác, cũng như áp dụng đại trà cho các bệnh viện địa phương.

4. Việc quý Ông/Bà đồng ý tham gia vào nghiên cứu sẽ được giữ bí mật

Mọi thông tin thu thập có liên quan đến quý Ông/Bà trong suốt quá trình nghiên cứu sẽ được giữ bí mật một cách tuyệt đối, chỉ có người thực hiện nghiên cứu mới có thể truy cập các thông tin này.

Mọi thông tin liên quan đến cá nhân như tên và địa chỉ sẽ được xoá khỏi các thông tin khác để đảm bảo người khác không biết được quý Ông/Bà là ai, tất cả thông tin đó không nhằm mục đích xác định danh tính của quý Ông/Bà, và chỉ được dùng cho mục đích nghiên cứu.

5. Cách thức sử dụng kết quả nghiên cứu

Khi hoàn thành quá trình thu thập số liệu, chúng tôi sẽ bắt đầu phân tích số liệu và viết báo cáo chi tiết. Nếu quý Ông/Bà muốn có một bản sao kết quả tóm tắt của nghiên cứu, chúng tôi sẽ gửi tài liệu đến quý Ông/Bà. Một lần nữa, nhóm nghiên cứu đảm bảo với những người tham gia nghiên cứu rằng trong báo cáo cũng như ấn phẩm xuất bản khác sẽ không tiết lộ danh tính người tham gia.

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi đã đọc và hiểu thông tin trên đây, đã có cơ hội xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan đến nội dung trong nghiên cứu này. Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thoả đáng tất cả các câu hỏi. Tôi nhận một bản sao của Bản Thông tin cho đối tượng nghiên cứu và chấp thuận tham gia nghiên cứu này. Tôi tự nguyện đồng ý tham gia.

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên:

Chữ ký:

Ngày, tháng, năm:

Chữ ký của người làm chứng hoặc của người đại diện hợp pháp (nếu áp dụng):

Họ tên:

Chữ ký:

Ngày, tháng, năm:

Chữ ký của nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận:

Tôi, người ký tên dưới đây, xác nhận rằng bệnh nhân/người tình nguyện tham gia nghiên cứu ký bản chấp thuận đã đọc toàn bộ bản thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho Ông/Bà và Ông/Bà đã hiểu rõ bản chất, các nguy cơ và lợi ích của việc Ông/Bà tham gia vào nghiên cứu này.

Họ tên:

Chữ ký:

Ngày, tháng, năm:

V. Phẫu thuật:

Ngày mổ: / / 20

PTV:

Vị trí U: mặt trước

mặt sau bờ cong nhỏ bờ cong lớn toàn bộ chu vi

nội soi dạ dày xác định vị trí u trong mổ

Độ xâm lấn xác định trong mổ:

chưa xâm nhiễm thanh mạc

xâm nhiễm thanh mạc

xâm nhiễm mạc treo ĐT ngang

Vị trí hạch đại thể:

Chẩn đoán giai đoạn trong mổ: T: N: M:

Tai biến trong mổ:

Lượng máu mất:

Số hạch nạo vét được:

Thời gian mổ: phút

Cắt lạnh tức thì: có không

Chuyển mổ mở: có không

Đường rạch da: cm

Nội vị tràng theo: Billroth II Roux-En-Y

Truyền máu sau mổ: không có lượng máu truyền: ml

VI. Sau phẫu thuật:

- Thời gian trung tiện sau mổ: ngày

- Biến chứng sau mổ: chảy máu xì miệng nổi liệt ruột
- tắc ruột sớm nhiễm trùng vết mổ
- tụ dịch ổ bụng áp xe tồn lưu rò tụy viêm phổi
- tim mạch
- khác:

Điều trị biến chứng sau mổ:

- Số ngày nằm viện:

- Giải phẫu bệnh sau mổ:

Khoảng cách bờ mặt cắt đến u: mặt cắt trên cm, dưới cm

Bờ mặt cắt: còn mô ung thư hết mô ung thư

Di căn hạch: có không

số hạch di căn:

Độ biệt hóa: tốt vừa kém tế bào nhân khác:

Độ xâm nhập trên vi thể: xâm nhập mạch máu xâm nhập thần kinh

Độ xâm lấn thành dạ dày: T

Her 2: có không

VII. Theo dõi:

Thời gian theo dõi: tháng năm

Nội soi sau mổ 1 năm: GERD:

G:

R:

B:

Hóa trị sau mổ: có không số đợt:

Thời gian tái phát sau mổ

Loại tái phát:

Loại di căn:

Điều trị:

Biến chứng xa sau phẫu thuật:

Thời gian sống còn sau: tháng năm

Phụ lục 3