

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TIẾN TRIỂN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Cao Thượng Trí *, Phạm Văn Năng

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

* Email: caothuongtri@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư dạ dày là loại ung thư phổ biến trên thế giới. Ở Việt Nam ung thư dạ dày đứng hàng thứ tư trong các loại ung thư ở cả hai giới và đa số bệnh nhân đến điều trị ở giai đoạn tiến triển và di căn xa. Nguyên tắc điều trị ung thư dạ dày là đa mô thức, trong đó phẫu thuật nội soi cắt dạ dày là một trong những phương pháp điều trị triệt để ung thư dạ dày. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị của phẫu thuật cắt dạ dày nội soi điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển, chưa có di căn xa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 37 trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển, không có di căn xa được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2021, tất cả bệnh nhân đều được theo dõi sau mổ đến hết thời gian nghiên cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là 58,4 và tỷ lệ nam/nữ là 4/1. Có 31 trường hợp cắt bán phần dưới dạ dày nội soi, 6 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày nội soi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 286,8 phút, lượng máu mất trung bình là 54,5 mL. Số hạch nạo vét trung bình là 11,8 hạch. Mật cắt trên u trung bình là 6,4 cm. 100% trường hợp mật cắt trên và dưới không còn tế bào ung thư. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 8,4 ngày. Có hai trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Kết quả phẫu thuật sau 3 tháng: tốt 75,7%, trung bình là 16,2%, xấu là 8,1%. Tỷ lệ sống thêm sau 6

tháng, 12 tháng lần lượt là 97,1% và 90,6%. Thời gian theo dõi trung bình là 15,8 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dạ dày nội soi điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển là phương pháp điều trị an toàn.

Từ khóa: ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT

SHORT-TERM OUTCOMES FOLLOWING LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY FOR ADVANCED GASTRIC CANCER AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Cao Thuong Tri *, Pham Van Nang

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Gastric cancer is one of the most common cancers in the world. In Viet Nam, gastric cancer is the fourth most common cancer in both genders, with almost all patients hospitalized and diagnosed at advanced and metastatic stages. Laparoscopic gastrectomy is currently considered to be one of the radical treatments. **Objectives:** To evaluate the outcomes following laparoscopic gastrectomy for advanced gastric cancer and without distant metastasis. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 37 cases of advanced gastric cancer patients without distant metastases who underwent laparoscopic gastrectomy at Can Tho Central General Hospital and Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2019 to May 2021. These patients were followed up after surgery until the end of the study. **Results:** The average age was 58.4, and the male/female ratio was 4/1. Thirty-one patients underwent laparoscopic distal gastrectomy, and six patients underwent totally laparoscopic gastrectomy. The mean operation time was 286.8 min, with a mean blood loss of 54.5 mL. The mean number of retrieved lymph nodes was 11.8 nodes. The mean proximal resection margins were 6.4 cm. The average length of post-operative was 8.4 days. There were two wound infections. After three months of surgery, the result: Good 75.7%, Moderate 16.2%, and Bad 8.1%. At six months and 12 months after surgery, survival rates were 97.1% and 90.6%, respectively. The median follow-up period was 15.8 months. **Conclusion:** Laparoscopic gastrectomy for advanced gastric cancer is a safe procedure.

Keywords: Gastric cancer, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư phổ biến xếp hàng thứ năm trên thế giới chiếm tỷ lệ 5,6% các loại ung thư, với số người chết hơn 750.000 người mỗi năm. Phân loại ung thư theo giới, UTDD đứng hàng thứ 3 ở nam và xếp thứ 6 đối với nữ [12]. Hơn một nửa số ca mắc mới xảy ra ở các nước đang phát triển. Nó đặc biệt phổ biến ở Đông Á, Đông Âu, Trung và Nam Mỹ. Các nước có vĩ độ địa lý cao hơn có nguy cơ mắc bệnh UTDD cao hơn. Trong số các nước phát triển, Nhật Bản và Hàn Quốc có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất [9]. Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2020 ghi nhận UTDD đứng hàng thứ tư sau ung thư gan, ung thư phổi và ung thư vú. Số ca mắc mới năm 2020 là 17.906 người, chiếm 9,8% trong các loại ung thư [12]. Phần lớn người bệnh UTDD tại Việt Nam được phát hiện ở giai đoạn tiến triển và di căn xa. Theo Võ Duy Long hầu hết các trường hợp ung thư là giai đoạn II, III. Chỉ có 6,3% ung thư ở giai đoạn I [2]. Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo hạch mở rộng là phương pháp có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trong điều trị UTDD tiến triển, có được ưu điểm của phẫu thuật nội soi mà vẫn bảo đảm nguyên tắc an toàn về ung thư học. Có thể thực hiện phẫu thuật này ở những cơ sở có trang thiết bị tốt, phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi [1]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành

nghiên cứu đề tài: “Kết quả điều trị ung thư dạ dày tiến triển bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2019 - 2021” với mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị của phẫu thuật cắt dạ dày nội soi điều trị ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển và chưa có di căn xa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân UTDD được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Những bệnh nhân được chẩn đoán là UTDD được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi. Ung thư ở giai đoạn $T \leq T4a$. Chẩn đoán chính xác ung thư dựa vào kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi sau mổ đến hết thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chống chỉ định mổ nội soi do bệnh lý nội khoa nền tảng hoặc được mổ mở ngay từ đầu. UTDD tái phát. Bệnh nhân UTDD có di căn xa. Bệnh nhân có thang điểm ASA > 3.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: $n = 37$ bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính và triệu chứng lâm sàng.

Kết quả điều trị: Kết quả phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, phương pháp phẫu thuật, số hạch nạo được, diện cắt trên u). Theo dõi hậu phẫu (thời gian trung tiện lần đầu sau phẫu thuật, thời điểm rút thông dạ dày, thời gian cho ăn lại, thời gian hậu phẫu), kết quả giải phẫu bệnh, giai đoạn ung thư, biến chứng sớm sau phẫu thuật. Kết quả theo dõi (kết quả phẫu thuật sau 3, 6 và 12 tháng, kết quả theo dõi, thời gian sống thêm sau mổ, đánh giá thời gian sống thêm sau mổ và các yếu tố liên quan theo Kaplan – Meier).

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Có tổng số 37 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị UTDD tiến triển và chưa có di căn xa, các đặc điểm chung và triệu chứng lâm sàng được thể hiện ở bảng 1.

Bảng 1. Các đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	58,4 ± 12,4	
Giới		
Nam	30	81,1%
Nữ	7	18,9%
Triệu chứng lâm sàng		
Đau thượng vị	35	94,6%
Sụt cân	26	70,3%
Triệu chứng hẹp môn vị	12	32,4%

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sờ thấy khối u	9	24,3%
Da xanh, niêm nhợt	9	24,3%

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $58,4 \pm 12,4$ tuổi. Gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ là 4/1. Triệu chứng lâm sàng thường không điển hình, triệu chứng thường gặp là đau thượng vị 94,6% , sụt cân 70,3%, các triệu chứng sờ thấy khối u, triệu chứng hẹp môn vị ít gặp hơn.

3.2. Kết quả điều trị

Kết quả phẫu thuật và theo dõi hậu phẫu

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật và theo dõi hậu phẫu

Đặc điểm	Toàn bộ (n = 37)	Cắt bán dưới dạ dày (n=31)	Cắt toàn bộ dạ dày (n=6)	P
Thời gian phẫu thuật (phút)	$286,7 \pm 46,9$	$285,9 \pm 46,5$	$290,8 \pm 53,1$	0,820
Lượng máu mất (mL)	$54,5 \pm 25,4$	$50,9 \pm 23,2$	$70,0 \pm 32,2$	0,094
Diện cắt trên u (cm)	$6,4 \pm 1,8$	$6,8 \pm 1,5$	$4,1 \pm 1,3$	0,001
Số hạch nạo được	$11,8 \pm 4,1$	$11,8 \pm 4,3$	$11,6 \pm 2,4$	0,940
Trung tiện lần đầu (ngày)	$1,6 \pm 0,6$	$1,6 \pm 0,6$	$1,5 \pm 0,5$	0,679
Rút thông dạ dày (ngày)	$3,2 \pm 0,9$	$3,1 \pm 0,7$	$4,0 \pm 1,5$	0,038
Thời gian cho ăn lại (ngày)	$3,4 \pm 0,9$	$3,2 \pm 0,9$	$3,8 \pm 0,7$	0,191
Thời gian hậu phẫu (ngày)	$8,4 \pm 1,0$	$8,2 \pm 0,9$	$9,0 \pm 1,1$	0,110

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là $286,7 \pm 46,9$ phút (220 – 400 phút), lượng máu mất trung bình là $54,5 \pm 25,4$ mL (20 – 100 mL). Lượng máu mất của nhóm phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày có nhiều hơn nhóm cắt bán phần dưới dạ dày, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,094$). Diện cắt trên u trung bình $6,4 \pm 1,8$ cm. Diện cắt trên u của nhóm cắt bán phần dưới dạ dày trung bình là $6,8 \pm 1,5$ cm và nhóm cắt toàn bộ dạ dày là $4,1 \pm 1,3$ cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Thời gian trung tiện lần đầu, cho ăn lại và thời gian hậu phẫu trung bình lần lượt là $1,6 \pm 0,6$ ngày, $3,4 \pm 0,9$ ngày và $8,4 \pm 1,0$ ngày. Thời gian rút thông dạ dày của nhóm cắt bán phần dưới dạ dày trung bình là $3,1 \pm 0,7$ ngày và của nhóm cắt toàn bộ dạ dày trung bình là $4,0 \pm 1,5$ ngày. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,038$).

Biến chứng sớm sau phẫu thuật: Nhóm nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp có nhiễm trùng vết mổ chiếm 5,4%, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng tắc ruột sớm, xì miệng nổi, tụ dịch hay chảy máu sau mổ.

Giai đoạn UTDD sau phẫu thuật

Bảng 3. Giai đoạn UTDD sau phẫu thuật

Giai đoạn UTDD	Số BN	Tỷ lệ
Giai đoạn I	16	43,3%
Giai đoạn II	9	24,3%
Giai đoạn III	12	32,4%

Kết quả giải phẫu bệnh

Tất cả trường hợp đều có diện cắt âm tính sau phẫu thuật, có 54,1% trường hợp không có di căn hạch, 45,9% trường hợp có di căn hạch. Mức độ biệt hóa tế bào: Tốt 2,7%, trung bình 27%, kém 70,3%.

Kết quả sau phẫu thuật

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật sau 3 tháng

Kết quả phẫu thuật sau 3 tháng	Số BN	Tỷ lệ
Tốt	28	75,7%
Trung bình	6	16,2%
Xấu	3	8,1%

Nhật xét: Sau 3 tháng theo dõi sau phẫu thuật. Đa số các trường hợp đạt kết quả tốt chiếm 75,7%, các trường hợp đạt kết quả xấu chiếm rất ít là 8,1%.

Kết quả theo dõi bệnh nhân

Bảng 5. Kết quả theo dõi bệnh nhân

Kết quả theo dõi	Số trường hợp	Tỷ lệ
Số bệnh nhân có tin còn sống	32	86,5%
Số bệnh nhân có tin đã mất	3	8,1%
Số bệnh nhân mất dấu, bỏ theo dõi	2	5,4%

Kết thúc nghiên cứu chúng tôi theo dõi được 35 bệnh nhân, 2 bệnh nhân mất dấu, bỏ theo dõi ở tháng thứ 18 và tháng thứ 23. Tỷ lệ theo dõi đạt 94,6%. Có 3 trường hợp tử vong: Một trường hợp tử vong ở tháng thứ 5 do phát hiện di căn phúc mạc, bệnh nhân xơ gan cổ chướng, tiền sử nghiện bia rượu. Hai trường hợp tử vong ở tháng thứ 9 và thứ 10 do suy kiệt, ăn uống kém.

Thời gian theo dõi

Bảng 6. Thời gian theo dõi

Thời gian theo dõi	Số BN theo dõi	Số BN còn sống	Số BN đã mất
< 6 tháng	37	36	1
Từ 6 đến 12 tháng	33	31	2
Từ 12 đến 24 tháng	26	26	0
> 24 tháng	5	5	0

Vì tất cả bệnh nhân được theo dõi khác nhau, thời gian theo dõi dài nhất là 31 tháng, ngắn nhất là 3 tháng. Nên thực tế tỷ lệ sống chung cho các giai đoạn có số lượng bệnh nhân khác nhau. Thời gian theo dõi trung bình là $15,8 \pm 7,5$ tháng. Có 26 trường hợp chúng tôi theo dõi ≥ 12 tháng, 5 trường hợp theo dõi > 24 tháng.

Thời gian sống thêm sau phẫu thuật theo Kaplan – Meier

Thời gian sống thêm trung bình là $28,8 \pm 1,1$ tháng. Sau 6 tháng theo dõi, xác suất sống sót tích lũy là 97,1%, sau 12 tháng theo dõi xác suất sống sót tích lũy là 90,6%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn: giai đoạn I là 100%, giai đoạn II là 88,9%, giai đoạn III là 83,3%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo giai đoạn có khác nhau nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Kiểm định Log Rank ($p = 0,285$). Có thể do cỡ mẫu chúng tôi nhỏ ($n = 35$) và thời gian theo dõi chưa đủ lâu (tối đa 31 tháng).

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung**

Tuổi trung bình của nhóm tham gia nghiên cứu là $58,64 \pm 12,4$ tuổi. Tuổi thấp nhất là 36, lớn nhất là 83. Tỷ lệ nam/nữ là 4/1. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước về UTDD là nam nhiều hơn nữ, độ tuổi thường gặp là 50 đến 60 [2], [3], [5]. Triệu chứng của UTDD thường nghèo nàn, không điển hình. Các triệu chứng thường gặp là đau

bụng vùng thượng vị, chán ăn, buồn nôn và nôn ói, ăn uống kém, sụt cân, xuất huyết tiêu hóa [4], [6], [9]. Đa số trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi có đau bụng vùng thượng vị chiếm 94,6%, có 70,3% các trường hợp có sụt cân. Một số triệu chứng khác ít gặp hơn như sờ thấy khối u, xuất huyết tiêu hóa. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong nước khác [2], [3], [5].

4.2. Kết quả điều trị

Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm nghiên cứu là $286,7 \pm 46,9$ phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm cắt toàn bộ dạ dày là 290 phút, của nhóm cắt bán phần dưới dạ dày là 285 phút. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So với các nghiên cứu trong nước thì thời gian phẫu thuật của chúng tôi lâu hơn, thời gian phẫu thuật của tác giả Hồ Chí Thanh trung bình là 186,1 phút, Phạm Văn Nam là 174,3 phút, Võ Duy Long là 195,7 phút [2], [3], [5]. Thời gian phẫu thuật trung bình của các tác giả khác trên thế giới là: tác giả Ke Chen [8] là $231,1 \pm 48,1$ phút, Mohamed Aly Abdelhamed [7] là 240 phút, Lee [11] là $227,1 \pm 68,5$ phút. Do nhóm nghiên cứu bước đầu thực hiện nội soi cắt dạ dày, nên thời gian phẫu thuật có thể lâu hơn. Thời gian phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo hạch trong điều trị UTDD phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: khả năng thực hiện của phẫu thuật viên, khả năng nạo hạch trong UTDD qua mổ mở trước đó, khả năng phối hợp với các phẫu thuật viên khác trong cuộc mổ, BMI của bệnh nhân, tình trạng thương tổn và hạch, phương pháp mổ cắt toàn bộ hay bán phần và cả trang thiết bị phẫu thuật [2].

Lượng máu mất trung bình trong nhóm nghiên cứu là $54,5 \pm 25,4$ mL. Lượng máu mất của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Võ Duy Long [2] lượng máu mất trung bình là $32,9 \pm 21,2$ mL, nhưng thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Minh Hùng [1] lượng máu mất trung bình là 83 ± 16 mL. So với các trung tâm phẫu thuật tiên tiến như Hàn Quốc, Nhật Bản [2], [8], [11] thì lượng máu mất của chúng tôi cao hơn, so với Ai Cập lượng máu mất của chúng tôi thấp hơn, nghiên cứu của Mohamed Aly Abdelhamed [7] thì lượng mất máu trung bình là 250 ml. Lượng máu mất trong mổ cũng là một yếu tố để đánh giá tính an toàn của phẫu thuật. Các nghiên cứu so sánh giữa phẫu thuật nội soi và mổ mở, cho thấy lượng máu mất trong phẫu thuật nội soi ít hơn có ý nghĩa thống kê [8], [11].

Trong 37 bệnh nhân được phẫu thuật có 31 bệnh nhân cắt bán phần dưới dạ dày chiếm tỷ lệ 83,8%, có 6 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày chiếm tỷ lệ 16,2%. Diện cắt trên u trung bình là $6,4 \pm 1,8$ cm. Diện cắt trên u ở nhóm cắt bán phần dưới dạ dày trung bình là $6,8 \pm 1,5$ cm, nhóm cắt toàn bộ dạ dày là $4,1 \pm 1,3$ cm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Tất cả các bờ mặt cắt đều không còn tế bào ác tính. So với nghiên cứu của Võ Duy Long diện cắt trung bình là $5,8 \pm 1,0$ cm, của Ke Chen diện cắt trung bình là $4,9 \pm 1,5$ cm, của Lee diện cắt trung bình là 4,8 cm [2], [8], [11]. Theo Hiệp hội UTDD Nhật Bản 2018, cắt ít nhất 3 cm đối với UTDD giai đoạn T1, T2, ít nhất là 5 cm đối với ung thư giai đoạn T3, T4. Để xác định chính xác giai đoạn T trong mổ thì cần phải sinh thiết tức thì, do đó tác giả khuyến cáo diện cắt trên khối u ít nhất 5 cm đối với các giai đoạn T để đảm bảo diện cắt âm tính R0 [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng hạch lympho nạo vét được trung bình là $11,78 \pm 4,1$ hạch. Số hạch nạo nhiều nhất là 20 hạch, ít nhất là 5 hạch. 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 tôi bỏ đi. Nghiên cứu của Phạm Văn Nam số hạch nạo được là $22,54 \pm 2,13$ hạch, Võ Duy Long là $25,1 \pm 7,2$ hạch, Ke Chen là $30,4 \pm 8,6$ hạch, Lee là $46,6 \pm 17,9$ hạch [2], [3], [8], [11]. 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. Tuy nhiên, theo Hiệp hội UTDD của Nhật Bản 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. Về nguyên tắc, cắt bỏ hạch D2 được chỉ định cho cN+ hoặc các khối u $\geq$ cT2, và nạo hạch D1 hoặc D1+ cho các khối u cT1N0. Vì vậy chẩn đoán trước và trong phẫu thuật liên quan đến độ xâm lấn của khối u và sự liên quan của hạch vẫn không đáng tin cậy nên phẫu thuật cắt bỏ hạch D2 nên được thực hiện bất cứ khi nào [10].

Thời gian trung tiện lần đầu trung bình là 1,6 ngày, thời gian cho ăn lại trung bình là 3,4 ngày, thời gian hậu phẫu trung bình là 8,4 ngày. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu trong nước khác [1], [2]. Những yếu tố này cũng là yếu tố đánh giá sự thành công của cuộc mổ. Việc cho ăn sớm giúp thúc đẩy phục hồi chức năng ruột, cải thiện tình trạng dinh dưỡng sau phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật và chi phí nằm viện và không làm tăng tỷ lệ biến chứng liên quan. Về chế độ cho ăn sớm sau phẫu thuật, các hướng dẫn không mô tả rõ ràng thời điểm bắt đầu uống đối với các loại cắt dạ dày. Cho nên việc cho ăn sớm nên được cá thể hóa theo từng cá nhân [13]. Các nghiên cứu cũng cho thấy rằng thời gian trung tiện lần đầu, thời gian hậu phẫu của phẫu thuật nội soi ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với mổ mở [11].

Nhóm nghiên cứu ghi nhận 2 trường hợp có nhiễm trùng vết mổ chiếm 5,4%, tác giả Phạm Văn Nam [3] là 1,35%, tác giả Đỗ Minh Hùng là 4,3%. Nghiên cứu của chúng tôi và Phạm Văn Nam, Đỗ Minh Hùng đều không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng tắc ruột sớm, xì miệng nối, tụ dịch, chảy máu hay viêm phổi sau mổ. Tác giả Lee [11] so sánh giữa mổ mở và phẫu thuật nội soi cho thấy tỷ lệ tụ dịch, chảy máu, viêm phổi sau mổ của phẫu thuật nội soi ít hơn có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nhằm quan sát thời gian sống cụ thể của từng bệnh nhân. Các bệnh nhân sau phẫu thuật được hẹn tái khám và đánh giá kết quả: chia làm các giai đoạn sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng sau khi được phẫu thuật nội soi điều trị UTDD: xác định có các hội chứng sau cắt dạ dày mà bệnh nhân mắc phải để lựa chọn kế hoạch điều trị phù hợp. Bằng cách khám bệnh: ăn uống, cân nặng, đau bụng, buồn nôn, nôn ói, tiêu chảy, không trung đại tiện được, công thức máu, siêu âm bụng tổng quát, nội soi dạ dày tá tràng, X-quang tim phổi. Dựa vào phép quan sát này chúng tôi đánh giá tình trạng sau mổ theo các giá trị tốt, trung bình, xấu. Thì sau 3 tháng theo dõi cả 37 bệnh nhân thì số bệnh nhân đáp ứng tốt với phẫu thuật nội soi chiếm 75,7%, đáp ứng trung bình là 16,2%. Trong 37 bệnh nhân được theo dõi trong đó có 2 bệnh nhân mất dấu. Tỷ lệ theo dõi đạt 94,6%. Trong quá trình theo dõi chúng tôi ghi nhận một trường hợp tử vong ở tháng thứ 5 do UTDD di căn phúc mạc, xơ gan cổ chướng, và có tiền sử nghiện rượu, hai trường hợp tử vong ở tháng thứ 9 và 10 do suy kiệt, ăn uống kém. Thời gian theo dõi cụ thể được thể hiện ở (Bảng 6).

Nhóm nghiên cứu ghi nhận UTDD ở giai đoạn II chiếm 24,3%, giai đoạn III chiếm 32,4%. Khi phân tích ước lượng sống còn theo Kaplan – Meier đối với từng giai đoạn chúng tôi thấy tỷ lệ sống chung toàn bộ của giai đoạn II là 88,9%, có lớn hơn giai đoạn III là 83,3%, nhưng không có ý nghĩa thống kê (Test Log Rank $p = 0,285$). Các nghiên cứu khác cho thấy thời gian sống còn ước lượng ở giai đoạn II dài hơn giai đoạn III có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [2], [8], [11]. Có thể nói rằng UTDD ở giai đoạn càng sớm thì có tỷ lệ sống còn càng cao.

Thời gian sống thêm trung bình của nhóm nghiên cứu là $28,8 \pm 1,1$ tháng. Sau 6 tháng theo dõi, xác suất sống sót tích lũy là 97,1% sau 12 tháng theo dõi xác suất sống sót tích lũy là 90,6%. Nghiên cứu của Võ Duy Long [2] thời gian sống thêm trung bình là $58,9 \pm$

2,5 tháng, thời gian sống tích lũy sau 12 tháng là 94,6 %. Nghiên cứu của Phạm Văn Nam [3] thời gian sống thêm trung bình $41,5 \pm 2,1$ tháng, thời gian sống tích lũy sau 6 tháng là 98,5%. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chúng tôi chưa đủ lớn ($n = 37$) và thời gian theo dõi chưa đủ 5 năm (tối đa 31 tháng). Thời gian sống sau mổ là yếu tố đánh giá sự thành công của cuộc mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư dạ dày tiến triển là phương pháp hiệu quả, an toàn và đảm bảo về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Minh Hùng, Dương Bá Lập, (2012), "Cắt dạ dày bán phần nạo hạch với phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị ung thư dạ dày tiến triển", *Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 16 (Số 1) tr. 129-136.
2. Võ Duy Long, (2017), *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I,II,III*, Luận án Tiến sĩ, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, tr. 53-76.
3. Phạm Văn Nam, (2019), *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, Đại Học Y Hà Nội, pp. 66-90.
4. Phạm Văn Năng, Phạm Văn Linh, (2014), *Bệnh Học Ngoại Khoa Tiêu Hóa- Gan Mật*, Nhà xuất bản Y học, tr. 41-49.
5. Hồ Chí Thanh, (2016), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103*, Luận Án Tiến Sĩ, Học viện Quân Y, tr. 33- 65.
6. Phan Minh Trí, Đỗ Đình Công, (2021), *Bệnh học Ngoại Khoa Tiêu Hóa*, Nhà Xuất Bản Y Học, tr. 177-193.
7. Abdelhamed M A, Abdellatif A, Touny A, Mahmoud A M, et al, (2020), "Laparoscopic gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: initial Egyptian experience at the National Cancer Institute", *J Egypt Natl Canc Inst*, 32 (1), pp. 10.
8. Chen K, Mou Y P, Xu X W, Cai J Q, et al, (2014), "Short-term surgical and long-term survival outcomes after laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer", *BMC Gastroenterol*, 14 pp. 41.
9. Courtney M. Townsend, (2021), *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice*, Elsevier Health Sciences, pp. 1196-1239.
10. Japanese Gastric Cancer Association, (2021), "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition)", *Gastric Cancer*, 24 (1), pp. 1-21.
11. Lee H J, Hyung W J, Yang H K, Han S U, et al, (2019), "Short-term Outcomes of a Multicenter Randomized Controlled Trial Comparing Laparoscopic Distal Gastrectomy With D2 Lymphadenectomy to Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer (KLASS-02-RCT)", *Ann Surg*, 270 (6), pp. 983-991.
12. Organization W H, (2020), *World cancer report 2020*, International Agency for Research on Cancer, pp. 1-5.
13. Yamagata Y, Yoshikawa T, (2019), "Current status of the "enhanced recovery after surgery" program in gastric cancer surgery", 3 (3), pp. 231-238.

(Ngày nhận bài 26/7/2021 ngày duyệt đăng 24/9/2021)
