

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY NỘI SOI HỖ TRỢ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

LÊ MẠNH HÀ - Đại học Y Dược Huế

### TÓM TẮT

*Mục đích: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt dạ dày và nạo vét hạch có nội soi hỗ trợ trong điều trị ung thư dạ dày.*

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu dựa trên tất cả bệnh nhân ung thư dạ dày được điều trị phẫu thuật cắt dạ dày nội soi hỗ trợ kèm vét hạch kiểu D1 +  $\alpha$ , D1 +  $\beta$  tại bệnh viện trung ương Huế từ tháng 1/2009 đến tháng 1/2013*

*Kết quả: Gồm 68 bệnh nhân (17 - 82), tỷ lệ nam/nữ 2,3/1 trong đó: Thời gian mổ trung bình là 180 phút (140 – 300 phút). Có 54 trường hợp thực hiện cắt dạ dày nạo vét hạch qua nội soi, 14 trường hợp phải chuyển mổ mở. Chúng tôi chỉ gặp 01 trường hợp tràn khí dưới da sau mổ, 01 trường hợp chảy máu trong mổ do tuột clip, các biến chứng khác hay tử vong sau mổ không gặp. Tất cả bệnh nhân đều ít đau, vận động sớm và thời gian nằm viện ngắn.*

*Kết luận: Phẫu thuật cắt dạ dày nội soi hỗ trợ trong điều trị ung thư dạ dày bước đầu cho kết quả khả quan. Tuy nhiên, cần theo dõi trong thời gian dài để đánh giá kết quả về mặt ung thư học.*

### SUMMARY

*Objective: to evaluate the feasibility and early result of laparoscopic- assisted gastrectomy in treatment of gastric cancer.*

*Materials and method: Retrospectively, all patients have performed laparoscopic- assisted gastrectomy with lymph nodes dissection from 1/2009 to 1/2013 at Hue cen tral Hospital.*

*Results: Total 68 patients, age ranged 17- 82, male/female: 2,3/1.. The mean operative time was 180 mintes (range 120- 300 minutes). Conversion rate was 21%. There was no operative mortality and no major*

*morbidty. All patients were less pain, early walking, faster recovery and had short hospital stay.*

*Conclusion: Laparoscopic- assisted gastrectomy with lymph nodes dissection is a safe and oncologically effective procedure.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh lý thường gặp nhất trong các bệnh ung thư đường tiêu hoá. Phẫu thuật cắt dạ dày và vét hạch vẫn là sự lựa chọn hàng đầu trong điều trị.

1987, Phillip Morret thực hiện thành công trường hợp cắt túi mật nội soi đầu tiên trên thế giới, mở ra một kỷ nguyên về phẫu thuật xâm nhập tối thiểu (4). Từ đó đến nay, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật nói chung và khoa học ứng dụng trong phẫu thuật nội soi nói riêng, lĩnh vực phẫu thuật nội soi có nhiều bước tiến dài và vững chắc trong đó có phẫu thuật nội soi ổ bụng. Mặc dù, phẫu thuật nội soi điều trị các loại bệnh lành tính như viêm ruột thừa, sỏi túi mật, trào ngược dạ dày thực quản,... và đã được chấp nhận trên toàn thế giới. Tuy vậy, việc sử dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư vẫn còn nhiều tranh luận, đặc biệt là đối với ung thư dạ dày, do tính chất của phẫu thuật, đặc điểm của nạo vét hạch, tiên lượng xa.

Sau thành công cắt dạ dày qua nội soi cho bệnh nhân ung thư dạ dày sớm được thực hiện bởi Kitano S năm 1991, loại phẫu thuật này đã nhanh chóng phát triển ở Nhật bản và các nước châu á. Ngày càng có nhiều phẫu thuật viên chọn lựa cắt dạ dày qua nội soi vì tính ưu việt của nó như hồi phục sớm, ít đau, nằm viện ngắn... Tuy nhiên, cắt dạ dày qua nội soi hiện nay vẫn còn nhiều bàn cãi về khả năng vét hạch và vét mô

bụng nhỏ để đem bệnh phẩm ra ngoài và thực hiện miệng nối [6], [8], [9]. Tại Việt nam cũng chỉ có một số trung tâm lớn thực hiện phẫu thuật này. Bài viết này với mục đích: *Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày phối hợp nạo vét hạch có mổ bụng nhỏ hỗ trợ*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 68 bệnh nhân, được chẩn đoán ung thư dạ dày dựa vào lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh và được chỉ định cắt dạ dày, nạo vét hạch qua nội soi tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 01/2009 đến tháng 01/2013. Đánh giá giai đoạn bệnh theo theo phân loại TMN của hiệp hội ung thư Mỹ.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp hồi cứu mô tả, cắt ngang

Số liệu được xử lý theo thống kê thông thường.

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày bằng nội soi sinh thiết, được phẫu thuật cắt dạ dày nội soi kèm nạo vét hạch D1+ $\alpha$  (D1 và nhóm số 7), hoặc D1+ $\beta$  (D1+ nhóm số 7, 8, 9).

### Đánh giá các đặc điểm trong và sau mổ:

Tỷ lệ mổ nội soi thành công, nguyên nhân chuyển mổ mở

Thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, các biến chứng sớm sau mổ,

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Tuổi của bệnh nhân:

Tuổi nhỏ nhất là 17 tuổi, tuổi lớn nhất là 82 tuổi, tuổi trung bình là 51,0,8 ± 14,4

### 2. Đánh giá trong và sau mổ

Bảng 1. Bảng tỷ lệ mổ nội soi thành công

Phương pháp	N	%
Mổ nội soi	54	79
Chuyển mổ mở	14	21
Tổng	68	100

79% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi thành công. 21% chuyển mổ mở.

### Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật và nạo vét hạch

Phương pháp phẫu thuật	Cắt dạ dày RR và vét hạch D1+ $\alpha$		Cắt dạ dày RR và vét hạch D1+ $\beta$		Cắt dạ dày làm sạch		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mổ nội soi	16	27	38	73	0	0	54	100
Chuyển mổ mở	0	0	8	57	6	43	14	100

Trong 54 trường hợp cắt dạ dày nội soi có 16 trường hợp (ung giai đoạn I) được thực hiện cắt dạ dày rộng rãi kèm nạo vét hạch chặng D1+ $\alpha$ , có 38 trường hợp được cắt dạ dày rộng rãi kèm D1+ $\beta$ .

Trong 14 trường hợp chuyển mổ mở có 8 trường hợp thực hiện cắt dạ dày rộng rãi kèm vét hạch D1+ $\beta$ , 6 trường hợp phẫu thuật cắt dạ dày làm sạch.

### Bảng 3. Đặc điểm kỹ thuật mổ nội soi

Kỹ thuật	Dài nhất	Ngắn nhất	Trung bình
Thời gian mổ (phút)	300	150	240
Lượng máu mất(ml)	120	70	91,51
Kích thước đường mổ bụng (cm)	10	5	7,21

Kích thước của đường mổ bụng hỗ trợ đưa dạ dày ra ngoài để thực hiện tái lập lưu thông vị tràng theo kiểu Polya trung bình 6cm. Riêng trường hợp cắt cực trên dạ dày kích thước đường mổ là 10 cm để nối dạ dày thực quản.

Bảng 4. Bảng phân loại giai đoạn ung thư

Giai đoạn	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV
N (=27)	4	12	6	14	2	16
%	7,4	22,2	11	26	3,7	29,7

Giai đoạn IA: T1N0M0 4 ca; giai đoạn IB: T2N0M0 12 ca; giai đoạn II: T2N1M0: 2 ca, T3N0M0: 4 ca; giai đoạn IIIA: T2N2M0: 4 ca, T3N1M0:10 ca; giai đoạn IIIB: T3N1M0: 2 ca; giai đoạn IV: T4N1M0:14 ca, T4N2M0:2 ca

Bảng 5. Các tai biến trong và sau phẫu thuật

Tai biến, biến chứng	N	%
Chảy máu (do tuột clip)	1	1,85
Tràn khí dưới da	1	1,85
Nhiễm trùng vết mổ	3	4,55
Áp xe tồn dư	1	1,85
Tử vong	0	0

Tỷ lệ tai biến: 10,1%:

Bảng 6. Theo dõi sau mổ

Các dấu hiệu	Lâu nhất	Nhanh nhất	Trung bình (ngày)
Trung tiện	5	2	3,80
Vận động đi lại	6	3	4,1
Thời gian nằm viện	16	7	9,45

Theo dõi sau mổ cho thấy thời gian trung tiện trung bình là 3,80 ± 0,69 ngày, bệnh nhân đi lại được sau 4,10 ± 0,34 ngày. Toàn bộ bệnh nhân phục hồi sớm và ra viện trung bình sau 9,45 ± 3,89 ngày (07- 16 ngày).

## BÀN LUẬN

Sau thành công cắt dạ dày qua nội soi cho bệnh nhân ung thư dạ dày sớm được thực hiện bởi Kitano S năm 1991, loại phẫu thuật này đã nhanh chóng phát triển ở Nhật bản và các nước châu Á. Ngày càng có nhiều phẫu thuật viên chọn lựa cắt dạ dày qua nội soi vì tính ưu việt của của nó như hồi phục sớm, ít đau, nằm viện ngắn.... Tuy nhiên, cắt dạ dày qua nội soi hiện nay vẫn còn nhiều bàn cãi, trước hết là về chỉ định. Đối với cắt dạ dày nội soi theo các chỉ định trong các y văn gần đây, khối u nên có kích thước <3cm vì các khối u lớn thường kèm theo dính sẽ dẫn tới thao tác khó khăn kéo dài thời gian phẫu thuật, hơn nữa khối u với kích thước lớn quá sẽ ảnh hưởng tới kích thước đường mổ bụng để lấy bệnh phẩm phù hợp với nguyên tắc ung thư [10]. Chúng tôi cho rằng ngoài kích thước của khối u, vị trí của khối u và tình trạng thâm nhiễm hạch cũng đóng vai trò rất quan trọng. Kết quả nghiên cứu (bảng 2) cho thấy khi u lớn và dính vào tạng lân cận hay khi cần vét hạch đến D1+ $\beta$  thì tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn hẳn.

Một số đặc điểm về kỹ thuật cũng được bàn cãi. Trong nghiên cứu, chúng tôi chọn kỹ thuật cắt dạ dày vét hạch D1 +  $\alpha$  đối với những bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm, phân loại TNM xếp giai đoạn I. Hầu hết các tác giả Nhật bản đều khuyến khích vét hạch D2, D3 và

vết hạch D2 trở thành tiêu chuẩn trong cắt ung thư dạ dày ở Nhật bản. Tuy vậy, theo các nghiên cứu của các tác giả phương Tây, thử nghiệm ngẫu nhiên khi so sánh D1 và D2, tỷ lệ tử vong cho nạo vết hạch D1 là 4-6%, và cho D2 là 13% thậm chí 10% so với 3%. Nghiên cứu của H. Danielson, Cuschieri A. trên 200 bệnh nhân các biến chứng của D2 cho thấy có liên quan tới phẫu tích khối tá tụy, cắt lách khi phẫu tích lấy các nhóm hạch 9, 10, 11. Đồng thời những nghiên cứu khác cắt dạ dày kèm vết hạch D1+ $\alpha$  có kết quả theo dõi lâu dài tương đương với D2 [3]. Theo Kim M.C trong nghiên cứu của ông với 114 bệnh nhân cắt dạ dày nội soi vết hạch D1+ $\alpha$ , D1+ $\beta$  cho thấy kết quả sống sau 5 năm tương tự như trong mổ mở kinh điển. Kết quả sớm của Nguyễn Minh Hải - bệnh viện Chợ Rẫy cắt dạ dày vết hạch D1+ $\beta$  với 14 bệnh nhân, Triệu Triệu Dương bệnh viện 108 với 75 bệnh nhân mổ cắt dạ dày nội soi vết hạch D2 cũng cho kết quả khả quan [1], [2], [7].

Kết quả sớm của chúng tôi cho thấy thời gian mổ trung bình là 240 phút, lượng máu mất trung bình dưới 100ml và tỷ lệ chuyển mổ mở là 21%. Trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm phẫu thuật các trường hợp bệnh nhân ở giai đoạn III, IV mà trong các trường hợp này thường khối u rất lớn và đôi khi dính vào các tạng xung quanh, và chỉ có một ít số bệnh nhân có khả năng mua dụng cụ để thực hiện miệng nối tiêu hóa, phần lớn các trường hợp các miệng nối tiêu hóa đều thực hiện bằng tay... chính những điều này đã làm kéo dài thời gian phẫu thuật thêm. Hơn nữa chúng tôi cho rằng, khi phẫu thuật viên đã có kinh nghiệm thì thời gian phẫu thuật sẽ còn rút ngắn được hơn nữa.

Một số nghiên cứu đã cho thấy cắt dạ dày nội soi thể hiện nhiều ưu điểm so với mổ hở: vết mổ ngắn, mất máu ít, thời gian lưu lại hồi sức thấp hơn, sớm tái lập nhu động ruột, thời gian nằm viện ngắn hơn... Mặc dù thời gian thực hiện phẫu thuật nội soi kéo dài hơn so với mổ hở, nhưng ở tất cả các tác giả đều ghi nhận trong phẫu thuật nội soi lượng máu mất là ít hơn, thời gian tái lập nhu động ruột nhanh hơn, vận động sau mổ, thời gian nằm viện đều ngắn hơn so với mổ hở [6], [8], [9].

Theo nghiên cứu của Steven N. Hochwald, trên 158 bệnh nhân ung thư dạ dày đến sớm từ 1985 đến 1998, kích thước khối u trung bình ở các bệnh nhân đã giảm đáng kể trong 50 bệnh nhân đầu tiên 3,5 cm trong những năm 80 xuống 2,4 cm cho 108 bệnh nhân tiếp theo. Ở Nhật Bản cho thấy tỷ lệ phần trăm ung thư dạ dày sớm được phát hiện là 40% trong những năm 1985 và tỷ lệ này không ngừng tăng lên trong những năm sau này. Tương tự ở Phương Tây, với kinh nghiệm của người Nhật trong việc sàng lọc theo dõi phát hiện ung thư dạ dày sớm, tỷ lệ ung thư dạ dày sớm được phát hiện ngày càng tăng [5]. Ở nước ta, hiện nay khi người dân đã có điều kiện tốt hơn về nhận thức cũng như điều kiện để chăm sóc sức khỏe thì chắc chắn các trường hợp ung thư dạ dày sớm sẽ được phát hiện nhiều hơn, và cắt dạ dày nội soi với nhiều lợi ích cho bệnh nhân như ít đau, bệnh nhân có thể tự vận động đi

lại sớm mà không cần sự hỗ trợ của người khác, thời gian nằm viện ngắn nên đây sẽ là một phương pháp điều trị có giá trị.

Biến chứng sau cắt dạ dày nội soi của một số tác giả Châu Á cũng như Châu Âu: như dò mổ tá tràng, dò tụy, chảy máu sau mổ, áp xe ổ bụng... chiếm từ 6,2% - 35, 2%. Dulucq. JL và cộng sự trong nghiên cứu so sánh của mình cũng nhận thấy tỷ lệ biến chứng trong mổ nội soi có thể so sánh được với mổ mở [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả ban đầu cho thấy không có trường hợp nào là tử vong và chỉ ghi nhận 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ sau mổ, bệnh nhân sau khi được thay đổi kháng sinh phù hợp với kháng sinh đồ vết thương liền tốt; 1 trường hợp áp xe tồn dư sau mổ cũng được điều trị tốt. Các biến chứng khác chúng tôi chưa ghi nhận.

### KẾT LUẬN

Cắt dạ dày nội soi hỗ trợ trong điều trị ung thư dạ dày bước đầu cho kết quả khả quan nhưng cần tiếp tục theo dõi thời gian dài để đánh giá về phương diện ung thư học.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hải (2006), *Đánh giá ban đầu về phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch qua nội soi hỗ trợ*. Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề phẫu thuật nội soi, phụ bản của tập 10 số 4: 109-113.
2. Triệu Triệu Dương (2008), *Nghiên cứu kỹ thuật cắt dạ dày, vết hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện 108*, Y Học TP. Hồ Chí Minh, 12, tr. 204-208
3. Danielson H., Kokkola A., Kiviluoto T., Sirén J. et al (2007), *Clinical outcome after D1 vs D2-3 gastrectomy for treatment of gastric cancer*, Scandinavian Journal of Surgery, 96, pp. 35-40
4. Dulucq J.L, Wintringer P, Stabilini C (2005). *Laparoscopic and open gastric resections for malignant lesions*. Surg Endosc 19: 933-938.
5. Hochwald S. N., Brennan M. F. et al (1999), *Is Lymphadenectomy Necessary for Early Gastric Cancer?*, *Annals of Surgical Oncology*, 6(7), pp. 664-670.
6. Ibáñez F. J., J. S. Azagra, M. Goergen, J. M. Bordas, M. L. Almendral, J. M. Erro (2005). *Laparoscopic surgery of gastric cancer*. An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (Supl. 3): 21-31
7. Kim Min-Chan, Jung.GJ, Kim HH (2007). *Morbidity and Mortality of Laparoscopic- Assisted Gastrectomy with Extraperigastric Lymph Node Dissection for Gastric Cancer*. Dig Dis Sci 52: 543-548.
8. Kitano Seigo, Shiraishi Norio (2005). *Minimally invasive surgery for gastric tumors*. Surg Clin N Am 85: 151-164.
9. Tanimura S, M. Higashino, Y. Fukunaga, M. Takemura, Y. Tanaka, Y. Fujiwara, H. Osugi (2008). *Laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: experience with more than 600 cases*. Surg Endosc 22:1161-1164
10. Mutter D., Marescaux J. (2001), *Gastrectomies pour cancer: principes généraux, anatomie vasculaire, anatomie lymphatique, curages*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 40(330A), pp. 1-8.