

quan trọng để phát hiện và định khu chính xác tổn thương cũng như là biến chứng viêm phúc mạc.

- Các bệnh lý bụng cấp ở trẻ nhỏ, người già có sa sút trí tuệ mà bệnh sử không rõ ràng, dị vật đường tiêu hóa nên được đưa vào trong danh sách chẩn đoán phân biệt.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arif Hussain Sarmast et al. Gastrointestinal tract perforations due to ingested foreign bodies; A review of 21 cases (2012). BJMP 2012; 5(3): a529.
2. Lim SB, Choi DH, Lee MS, Kim JH, Cho SW, Sim CS. A vase report of spontaneously passed long esophageal stent without any symptom. Kor J Gastrointestinal 1990; 22: 404.
3. Yonghoon Choi, Gyuwon Kim, Chansup Shim, Dongkeun Kim, Dongju Kim. Peritonitis with small

bowel perforation caused by a fish bone in a healthy patient (2014). doi:10.3748/wjg.v20.i6.1626

4. Gabriel Cleve Nicolodi et al, Intestinal perforation by an ingested foreign body (2016). <http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0127>
5. Tantan Ma et al. Small bowel perforation secondary to foreign body ingestion mimicking acute appendicitis (2019). Medicine (2019) 98:30 (e16489).
6. Junichi Izumi et al. Small Bowel Obstruction Caused by the Ingestion of a Wooden Toothpick: The CT findings and a Literature Review (2016). DOI: 10.2169/internalmedicine.56.7463
7. Zifeng Yang et al. Gastrointestinal perforation secondary to accidental ingestion of toothpicks A series case report (2017). <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000009066>.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỐNG THÊM SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY BẰNG HÓA CHẤT TRƯỚC PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY VẾT HẠCH D2 TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ THEO YÊU CẦU BỆNH VIỆN K

Chữ Quốc Hoàn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hà<sup>1</sup>, Dương Chí Thành<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sống thêm và tỉ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật cắt dạ dày vết hạch D2 đối với ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng được điều trị hóa chất tiền phẫu. **Đối tượng:** bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn lan rộng tại chỗ tại vùng được hóa chất trước phẫu thuật cắt dạ dày vết hạch D2 tại khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện K. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình  $58,1 \pm 9,1$  tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1,8. Vị trí u hang môn vị chiếm 69,0%, thân vị chiếm 16,7%, tâm phình vị chiếm 14,3%. Tỉ lệ T3 chiếm 11,9%, T4 chiếm 88,1%. Tỉ lệ di căn hạch chiếm 66,7%. Đại thể u: thể loét chiếm 59,5%, thể sùi 4,8%, thể loét thâm nhiễm hoặc thâm nhiễm 35,7%. Mô bệnh học: thể kém biệt hóa hoặc tế bào nhẵn chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,9%, thể biệt hóa vừa chiếm 38,1%, thể biệt hóa cao chiếm 19,0%. Kết quả điều trị: Đánh giá đáp ứng sau 4 đợt hóa trị trước phẫu thuật dựa trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đạt 61,9%, dựa trên đánh giá tổn thương trong mổ đạt 83,3%. Không có bệnh nhân nào đạt được đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học là 4,8%. Không có bệnh nhân nào tiến triển phải chuyển phác đồ điều trị, tuy nhiên đánh giá trong mổ có 16,7% bệnh nhân không đáp ứng. Tỉ lệ tai biến biến chứng chung tương đối thấp, không có bệnh nhân tử vong hoặc mổ lại trong 30 ngày đầu,

không có trường hợp nào xuất hiện các biến chứng chảy máu sau mổ, rò bực miệng nối sau mổ, tắc ruột sau mổ, hẹp miệng nối. Không phát hiện trường hợp nào xuất hiện suy gan, thận sau mổ. Gặp 2 trường hợp xuất hiện viêm phổi sau mổ chiếm 4,8% và 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ. Thời gian theo dõi trung bình là 28,6 tháng. Tỉ lệ sống thêm không bệnh tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 50% và sống thêm toàn bộ là 66,7%.

**Từ khóa:** Ung thư dạ dày, hóa chất tiền phẫu, vết hạch D2, tỉ lệ tai biến, biến chứng, tỉ lệ sống thêm.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT SURVIVAL RESULTS OF TREATMENT GASTRIC CANCER BY PERIOPERATIVE CHEMOTHERAPY FOLLOW BY GASTRECTOMY AND D2 LYMPHADENECTOMY AT THE OPTIONAL DEPARTMENT K HOSPITAL

**Purpose:** Evaluation survival outcomes and rates of complications of perioperative chemotherapy follow by gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer. **Subjects:** Patient was diagnosed with locally advanced stage gastric carcinoma receiving perioperative chemotherapy follow by gastrectomy with D2 lymphadenectomy at Optional department K Hospital. **Result:** Mean age was  $58.1 \pm 9.1$  years old, male/female ratio was 1.8. Tumor location: pyloric accounted for 69.0%, body accounted for 16.7%, cardia and fundus accounted for 14.3%. The rate of T3 accounted for 11.9%, T4 accounted for 88.1%. The rate of lymph node metastasis accounted for 66.7%. Macroscopic tumor classification: ulcer 59.5%, polypoid 4.8%, diffuse or diffuse ulceration 35.7%. Histopathology: poorly

\*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Chữ Quốc Hoàn

Email: quochoan201087@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2022

Ngày duyệt bài: 1.11.2022

differentiated or ring cells carcinoma accounted for the highest rate with 42.9%, moderately differentiated carcinoma accounted for 38.1%, highly differentiated carcinoma accounts for 19.0%. Treatment results: Assessment of response after 4 cycle FLOT preoperative chemotherapy based on imaging and endoscopic reached 61.9%, based on assessment of intraoperative lesions reached 83.3%. No patient achieved a clinical complete response, the histopathological complete response rate was 4.8%. No patient progressed to change treatment regimen, however, in intraoperative assessment, 16.7% of patients did not respond. The overall complication rate was relatively low, no patient died or re-operated in the first 30 days, there were no cases of postoperative bleeding complications, postoperative anastomosis leak, postoperative intestinal obstruction, narrow anastomosis. There were no cases of liver or kidney failure after surgery. There were 2 cases of postoperative pneumonia, accounting for 4.8%, and 2 cases of postoperative wound infection. The mean follow-up time was 28.6 months. The disease-free survival rate at the end of the study was 50% and overall survival was 66.7%

**Keyword:** Gastric cancer, preoperative chemotherapy, D2 lymphadenectomy, rate of complications, survival.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan Nghiên cứu ung thư Quốc tế IARC (Globocan 2018) ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5 trong các ca ung thư mắc mới và hàng thứ 3 trong các ca tử vong do ung thư ở cả 2 giới [1], gần 50% bệnh nhân được chẩn đoán ở thời điểm tiến triển, tiên lượng xấu, 70-80% bệnh nhân có di căn hạch vùng. Mặc dù phẫu thuật triệt căn vẫn là phương thức chính điều trị ung thư dạ dày nhưng việc chẩn đoán giai đoạn trước mổ với ung thư dạ dày là tương đối khó khăn. Thử nghiệm MAGIC, FLOT 4 cho thấy lợi ích về OS, PFS, tỉ lệ sống 5 năm của hóa trị trước và sau phẫu thuật [2,3]. Hóa trị hỗ trợ trước và sau phẫu thuật đã được nghiên cứu giúp giảm giai đoạn, cải thiện đáng kể khả năng phẫu thuật đạt R0 và tiêu diệt những tổn thương vi di căn sớm (đặc biệt ở nhóm bệnh nhân u T3/T4, hạch quanh dạ dày kích thước lớn trên chẩn đoán hình ảnh, hoặc thể thâm nhiễm lan tỏa), tăng khả năng dung nạp với hóa trị cũng như là cho biết được tình trạng đáp ứng với hóa trị hoặc không. Tuy nhiên nhược điểm của việc hóa trị tiền phẫu làm tăng tỉ lệ biến chứng hậu phẫu của phẫu thuật, do đó tại châu Âu, châu Mỹ thường sử dụng vét hạch D1 hoặc D1+, chỉ vét hạch D2 với nhóm bệnh nhân nguy cơ tái biến chứng thấp. Tại Việt Nam, cũng như Nhật Bản tỉ lệ tái biến, biến chứng của vét hạch

D2 là khá thấp do đó việc vét hạch D2 thường quy với bệnh nhân ung thư giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng đã hóa trị tiền phẫu[4]. Khoa Điều trị theo yêu cầu Bệnh viện K triển khai điều trị ung thư dạ dày bằng hóa trị trước và sau phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 trong những năm gần đây, chủ yếu áp dụng cho những trường hợp ung thư giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng nhưng chưa có tổng kết về kết quả phẫu thuật cũng như tỉ lệ sống thêm sau điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị về phẫu thuật và tỉ lệ sống thêm trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn lan rộng tại chỗ tại vùng bằng hóa chất tiền phẫu và phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng chưa có di căn xa được điều trị hóa chất tiền phẫu phác đồ FLOT 4 đợt trước phẫu thuật sau đó phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 và tiếp tục hóa trị đến khi hoàn thành liệu trình.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày có một trong số các tiêu chuẩn: giai đoạn lan rộng tại chỗ T4; hạch nghi ngờ vỡ vỏ dính mạch máu lớn, hạch >3cm cạnh dạ dày, hạch sau phúc mạc >1,5cm, ung thư thể thâm nhiễm gần cực trên hoặc cực dưới hoặc thâm nhiễm lan rộng. Chưa điều trị hóa chất trước đó, chỉ số toàn trạng từ 0-1, có chức năng tủy xương, gan thận và tim mạch trong giới hạn bình thường và được theo dõi sau điều trị định kỳ sau điều trị.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc các bệnh lí cấp tính đe dọa tính mạng, mắc ung thư thứ 2 (không bao gồm các bệnh ung thư tại chỗ, tiên lượng khỏi bệnh), đang mang thai hoặc cho con bú. Bệnh nhân nguy cơ cao xảy ra các biến chứng cấp tính như thủng, chảy máu, hẹp môn vị...

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**2.1 Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được điều trị tối đa 4 chu kì FLOT sau đó được phẫu thuật cắt dạ dày toàn bộ hoặc gần toàn bộ đảm bảo diện cắt an toàn và vét hạch D2 chuẩn, bệnh phẩm sau phẫu thuật được đánh giá mô bệnh học. Sau đó được hóa trị tiếp tục đến khi hoàn thiện liệu trình. Tùy theo tình trạng bệnh nhân và đáp ứng sau mổ có thể duy trì tiếp bằng 4 đợt FLOT.

**2.2 Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn

bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 1/2018 đến tháng 5/2022 được đưa vào nghiên cứu.

**2.3 Phác đồ điều trị:** Phác đồ FLOT: Docetaxel 50mg/m<sup>2</sup> da truyền tĩnh mạch 1h, Oxaliplatin 85mg/m<sup>2</sup> da truyền tĩnh mạch 2h, 5FU 2600mg/m<sup>2</sup> da truyền tĩnh mạch 24h, Calcium folinate 200mg/m<sup>2</sup> da truyền tĩnh mạch 2h, tất cả các hóa chất được truyền trong ngày 1, chu kì 14 ngày.

**Đánh giá đáp ứng điều trị:** Chúng tôi tiến hành đánh giá đáp ứng trên lâm sàng sau 4 đợt hóa trị và trước mổ dựa trên hình ảnh nội soi, chẩn đoán hình ảnh.

Đánh giá đáp ứng điều trị trong mổ dựa vào vùng tổn thương xơ hóa sau điều trị hóa chất, đánh giá thể tích u còn lại so với vùng tổn thương xơ hóa ban đầu.

Đánh giá đáp ứng trên vi thể dựa vào vùng tổn thương còn tế bào ung thư so với vùng tổn thương xơ, thoái hóa sau hóa trị trên mô bệnh học.

**Đánh giá tỉ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật:** Ghi nhận trên hồ sơ bệnh án và theo dõi, khám bệnh nhân trực tiếp. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được trực tiếp chúng tôi phẫu thuật và theo dõi sau điều trị.

Đánh giá tỉ lệ sống thêm bằng theo dõi, khám bệnh nhân trực tiếp sau điều trị. Thời gian sống thêm không bệnh được tính là thời gian sau phẫu thuật đến khi xuất hiện tái phát. Thời gian sống thêm toàn bộ được tính là từ sau khi phẫu thuật đến khi tử vong do ung thư. Chẩn đoán tái phát dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, chỉ điểm khối u và theo dõi tiến triển trong quá trình điều trị các tổn thương ghi nhận trên chẩn đoán hình ảnh.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình trong nghiên cứu 58,1±9,1 tuổi

**Bảng 1: Đặc điểm giới tính**

	n	%
<b>Giới:</b> Nam	27	64,3
Nữ	15	35,7

**Nhận xét:** Tỉ lệ nam/nữ = 1,8

**Bảng 2: Đặc điểm của u nguyên phát và hạch**

	n	%
<b>Vị trí u</b>		
Hang môn vị (1/3 dưới)	29	69,0
Thân vị (1/3 giữa)	7	16,7
Tâm phình vị (1/3 trên)	6	14,3
<b>Giai đoạn U</b>		
T3	5	11,9

T4	37	88,1
<b>Giai đoạn hạch</b>		
N0	14	33,3
N (+)	28	66,7

**Nhận xét:** Ung thư vùng hang môn vị thường gặp nhất với tỉ lệ 69,0%. Nhóm u T4 chiếm tỉ lệ cao nhất 88,1% và 66,7% bệnh nhân còn tổn thương di căn hạch trên vi thể sau mổ.

**Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh**

	n	%
<b>Đại thể</b>		
Thể loét	25	59,5
Thể sùi	2	4,8
Thể loét thâm nhiễm hoặc thâm nhiễm	15	35,7
<b>Vi thể - Độ biệt hóa</b>		
Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao	8	19,0
Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa	16	38,1
Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa kém hoặc tế bào nhân	18	42,9

**Nhận xét:** Thể loét thường gặp nhất chiếm 59,5% sau đó là thể loét thâm nhiễm hoặc thâm nhiễm chiếm 35,7%. Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa hoặc tế bào nhân chiếm tỉ lệ 42,9% sau đó là thể biệt hóa vừa chiếm 38,1%.

### 2. Đáp ứng với điều trị và 1 số yếu tố liên quan

#### 2.1. Đánh giá đáp ứng

**Bảng 4: Đáp ứng điều trị**

Đánh giá đáp ứng sau 4 đợt hóa trị trước phẫu thuật bằng Nội soi và Chẩn đoán hình ảnh

	n	%
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng 1 phần	26	61,9
Bệnh ổn định	16	38,1
Bệnh tiến triển	0	0

#### Đáp ứng trên đại thể đánh giá trong mổ

Đáp ứng một phần	34	83,3
Không đáp ứng	8	16,7

#### Đáp ứng trên mô bệnh học

Đáp ứng hoàn toàn	2	4,8
Còn tổn thương u trên mô bệnh học	40	95,2

**Nhận xét:** Tỉ lệ có đáp ứng trên chẩn đoán hình ảnh trước mổ, sau hóa trị đạt 61,9%, đánh giá trong mổ đạt 83,3%. Trên mô bệnh học chỉ có 4,8% đáp ứng hoàn toàn trên vi thể.

**Kết quả phẫu thuật:** Thời gian nằm viện trung bình 7,5 ± 0,7 ngày, thời gian nằm viện ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 10 ngày.

**2.2. Tai biến trong mổ.** 100% bệnh nhân không có tai biến trong mổ như chảy máu, tổn

thương các tạng trong ổ bụng hay tử vong trong mổ.

### 2.3. Biến chứng sớm sau mổ

**Bảng 5. Biến chứng sớm sau mổ**

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu miệng nổi	0	0
Chảy máu sau mổ	0	0
Tắc ruột sau mổ	0	0
Rò miệng nổi	0	0
Hẹp miệng nổi	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	4,8
Viêm phổi	2	4,8

**Nhận xét:** Sau mổ ghi nhận 01 trường hợp viêm phổi, 01 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp đồng thời xuất hiện cả viêm phổi và nhiễm trùng vết mổ. tỉ lệ biến chứng chung là 7,1% đều là biến chứng nhẹ.

#### **Kết quả theo dõi sau điều trị:**

- Thời gian theo dõi trung bình là  $28,6 \pm 12,9$  tháng
- Tỷ lệ sống thêm không bệnh tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 50,0%
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ là 66,7%

### IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số nghiên cứu khác tại Việt Nam. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 58,1 tuổi, thấp nhất là 30 và cao nhất là 79 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,8. Vị trí u hang môn vị chiếm 69,0%, thân vị chiếm 16,7%, tâm vị chiếm 14,3%. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu khi cho thấy tỷ lệ ung thư dạ dày chủ yếu ở vùng hang, môn vị 1/3 dưới[4]. Thực tế giai đoạn bệnh trước hóa trị có thể muộn hơn nhiều so với giai đoạn bệnh đánh giá trong mổ sau hóa trị. Do đó trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá giai đoạn chủ yếu là giai đoạn bệnh sau mổ có kết hợp với đánh giá đại thể đáp ứng hóa trị. Tỷ lệ T3 chiếm 11,9%, T4 chiếm 88,1%. Tỷ lệ di căn hạch trên bệnh phẩm sau mổ đã được hóa trị là 66,7%. Qua đây nhận thấy giai đoạn bệnh trong nghiên cứu là khá muộn, mặc dù đã được hóa trị có đáp ứng tốt nhưng tỷ lệ giai đoạn muộn và có di căn hạch vẫn còn khá cao. Về đặc điểm giải phẫu bệnh ghi nhận đại thể u thể loét chiếm 59,5%, thể sùi 4,8%, thể loét thâm nhiễm hoặc thâm nhiễm 35,7%. Mô bệnh học thể kém biệt hóa hoặc tế bào nhân chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,9%, thể biệt hóa vừa chiếm 38,1%. Thể biệt hóa cao chiếm 19,0%. Qua đây nhận thấy bệnh nhân trong nghiên cứu có tỷ lệ ung thư thể thâm nhiễm và vi thể kém biệt hóa, tiên lượng xấu khá

cao. Một phần vì tiêu chí lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu là nhóm tiến triển tại chỗ, tại vùng, nhóm thể thâm nhiễm, kém biệt hóa ở gần 2 cực, một phần vì tỷ lệ u vùng thân vị, tâm vị cao hơn. Việc chỉ định lựa chọn hóa chất tiền phẫu với vùng thân và tâm vị cũng được chỉ định rộng rãi hơn.

Về kết quả điều trị: Đánh giá đáp ứng sau 4 đợt hóa trị trước phẫu thuật dựa trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đạt 61,9%, dựa trên đánh giá tổn thương trong mổ đạt 83,3%. Không có bệnh nhân nào đạt được đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học là 4,8%. Không có bệnh nhân nào tiến triển phải chuyển phác đồ điều trị, tuy nhiên đánh giá trong mổ có 16,7% bệnh nhân không đáp ứng. Đáp ứng và sự thoái triển mô bệnh học sau hóa trị tân bổ trợ đã được nghiên cứu cải thiện có ý nghĩa thời gian sống thêm [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trường hợp không gặp các tai biến trong mổ như chảy máu, tổn thương các tạng trong ổ bụng hoặc tử vong trong mổ. Về biến chứng sớm sau mổ, chỉ có 2 bệnh nhân (4,8%) gặp biến chứng sớm sau mổ là nhiễm trùng vết mổ, và 2 bệnh nhân chiếm 4,8% gặp biến chứng viêm phổi sau mổ. Các bệnh nhân này đều được điều trị khỏi bằng thay đổi kháng sinh cũng như chăm sóc vết mổ tích cực. Các bệnh nhân này đều là những trường hợp có bệnh phụ kèm theo như đái tháo đường, tuổi cao, giảm đề kháng sau hóa trị. 100% bệnh nhân không gặp các biến chứng như chảy máu, rò hẹp miệng nổi, tắc ruột sau mổ. So với các nghiên cứu của châu Âu, châu Mỹ tỷ lệ tai biến, biến chứng của chúng tôi được ghi nhận khá thấp và tương đồng với một số nghiên cứu của Nhật Bản, Hàn Quốc[6,7].

Thời gian theo dõi trung bình là 28,6 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 50% và sống thêm toàn bộ là 66,7%. Kết quả này của chúng tôi bước đầu cho thấy thấp hơn một chút so với các tác giả Nhật Bản tuy nhiên sự khi ghi nhận tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 60,6% đến 71% tùy theo các phác đồ hóa trị bổ trợ và kết quả này cao hơn so với các tác giả châu Âu tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê do số lượng bệnh nhân còn thấp[8]. Điểm khác biệt này có thể lý giải bởi giai đoạn của chúng tôi được đánh giá là giai đoạn sau hóa trị so sánh với cùng giai đoạn trước hóa trị của các tác giả Nhật Bản, nên giai đoạn bệnh của chúng tôi có thể muộn hơn. Các tác giả Nhật Bản có thể thực hiện chọn lọc vét hạch D3 so với nghiên cứu của chúng tôi chỉ

vết hạch D2 tiêu chuẩn. So với các tác giả châu Âu, nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn được lý giải bởi chúng tôi vét hạch D2 hệ thống cao hơn các tác giả châu Âu, vét hạch D2 chọn lọc.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy với bệnh nhân ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ, điều trị hóa chất tiền phẫu kết hợp phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 tương đối an toàn, mang lại hiệu quả cao về sống thêm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I, et al. (2018).** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(6), 394–424.
2. **Cunningham D, Allum WH et al.** Perioperative Chemotherapy versus Surgery Alone for Resectable Gastroesophageal Cancer. N Engl J Med. 2006;355(1):11-20.
3. **Al-Batran SE, Homann N, Schmalenberg H et al.** Perioperative chemotherapy with docetaxel,

oxaliplatin, and fluorouracil/leucovorin (FLOT) versus epirubicin, cisplatin, and fluorouracil or capecitabine (ECF/ECX) for resectable gastric or gastroesophageal junction (GEJ) adenocarcinoma (FLOT4-AIO): a multicenter, randomized phase 3 trial. Proc Am Soc Clin Oncol. 2017; 35:4004.

4. **Japanese gastric cancer association.** Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition), English edition. Gastric cancer. 2021; Jan;24(1):1-21.
5. **Karen Becker, James D. Mueller, Christoph Schulmacher et al.** Histomorphology and grading of regression in gastric carcinoma treated with neoadjuvant chemotherapy. Cancer. 2003; 98:1521-30
6. **Sun M-M, Fan Y-Y, Dang S-C(2018).** Comparison between uncut Roux-en-Y and Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer: A meta-analysis. World journal of gastroenterology;24(24):2628-2639.
7. **Li FX, Zhang Rp Fau - Zhao J-z, et al (2011).** Use of uncut Roux-en-Y reconstruction after distal gastrectomy for gastric cancer. (1671-0274)
8. **Mitsuru Sasako, Park JY, Kim JY.** Progress in the treatment of gastric cancer in Japan over the last 50 years. Ann Gastroenterol Surg. 2020 Jan; 4(1): 21–29.

## ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT CẮT GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÔN THẤT TÙNG KẾT HỢP TAKASAKI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO GAN

Nguyễn Huy Toàn<sup>1</sup>, Hà Văn Quyết<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Hương<sup>1</sup>, Lê Anh Xuân<sup>1</sup>, Phạm Văn Thương<sup>2</sup>, Đặng Quốc Ái<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nghiên cứu đặc điểm kỹ thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị ung thư tế bào gan (UTTBTG). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 83 bệnh nhân được cắt gan bằng kỹ thuật cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị UTTBTG tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 2/2017 đến tháng 7/2021. **Kết quả:** Đường mổ dưới sườn và đường chữ J 39,8%; 37,3%. Giải phóng gan phải và trái toàn bộ: 21,7% và 8,4%. Kiểm soát cuống Glisson ngoài gan theo phương pháp Takasaki 100%; tai biến chung khi phẫu tích cuống gan 4,8%; nạo vét hạch cuống gan 43,2%. Tất cả đều cắt nhu mô trước khi cắt cuống Glisson. Cắt nhu mô gan bằng Kelly kết hợp dao siêu âm và dao điện 74,7%. Kiểm tra rò mật bằng

bơm chỉ thị màu 37,3%; Che phủ diện cắt bằng surgical chiếm 85,6%; sinh thiết tức thì diện cắt 95,2 %, dẫn lưu ổ bụng 100%. **Kết luận:** Cắt gan bằng phương pháp Tôn Thất Tùng kết hợp kiểm soát cuống Glisson theo Takasaki trong cắt gan điều trị UTTBTG là phương pháp an toàn, dễ thực hiện nếu nắm vững giải phẫu gan và kỹ thuật kiểm soát cuống gan.

**Từ khóa:** cắt gan, phương pháp Tôn Thất Tùng, kỹ thuật Takasaki.

### SUMMARY

#### TECHNICAL CHARACTERISTICS OF HEPATECTOMY BY TON THAT TUNG'S METHOD COMBINED WITH TAKASAKI APPROACH IN THE MANAGEMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

**Introduction:** To study the technical characteristics of hepatectomy by Ton That Tung's method combined with Glissonian pedicle approach by Takasaki method in hepatic resection for hepatocellular carcinoma. **Patients and methods:** This is a prospective study of 83 patients undergoing hepatic resection by Ton That Tung's method combined with Glissonian pedicle approach by Takasaki method for hepatocellular cancer at Nghe An Friendship General Hospital from February 2017 to July 2021. **Results:** The incision below the ribs and the J-line were used in 39.8% and 37.3% of patients,

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Toàn

Email: Drhuytoan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2022

Ngày duyệt bài: 31.10.2022