

cận lâm sàng của viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu với viêm tụy cấp do nguyên nhân khác. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2018. Tập 22 (2): 328-335.

6. Cho J. H. et al. Comparison of scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis. World J Gastroenterol. 2015. 21(8): 2387-2394.

7. Huỳnh Tấn Đạt. Vai trò của tăng Triglyceride trong viêm tụy cấp. 2006. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GẦN TOÀN BỘ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN cT1,2N0M0 TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*, Hà Hải Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày gần toàn bộ điều trị ung thư dạ dày giai đoạn cT1,2N0M0 tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiền cứu, theo dõi dọc (đánh giá kết quả trước mổ và sau mổ) trên 37 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày gần toàn bộ (cắt dạ dày cực xa) tại khoa Ngoại Bụng 1-Bệnh viện K Tân Triều từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Tổng số có 37 ca được ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày gần toàn bộ, nam/nữ = 2/1, tuổi trung bình 54,1. Thời gian mổ trung bình là 192 phút (ngắn nhất là 135 phút, dài nhất 255 phút). Lượng máu mất trung bình là 44ml. Số lượng hạch vét được trung bình là 23 hạch (ít nhất là 15 và nhiều nhất là 45 hạch). Miệng nối Delta chiếm 64,9%, kiểu Roux-en-Y chiếm 35,1%. Thời gian rút sonde dạ dày và sonde bàng quang trung bình lần lượt là 13 giờ và 40,3 giờ, thời gian trung tiện trung bình là 47,8 giờ, thời gian tập ăn đường miệng là 2,1 ngày. Thời gian rút dẫn lưu và nằm viện trung bình là 6,4 và 7,1 ngày. Chúng tôi không gặp tai biến trong mổ hay biến chứng sau mổ như chảy máu, rò bực mồm tá tràng, rò miệng nối, nhiễm trùng.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày là phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả, áp dụng cho các trường hợp điều trị ung thư dạ dày giai đoạn cT1,2N0M0 tại bệnh viện K.

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

SUMMARY

EARLY RESULT OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY FOR TREATMENT GASTRIC CANCER CT1,2N0M0 AT K HOSPITAL

Objective: Evaluate the early results of cT1,2N0M0 gastric cancer patients who treated with laparoscopic distal gastrectomy at K hospital. **Methods:** prospective study, longitudinal follow-up (pre-operative and postoperative results) on 37

patients with gastric cancer who underwent Laparoscopic Distal Gastrectomy at Abdominal Department 1- K Hospital from December 2019 to December 2020. **Results:** 37 patients were involved in this research, with male/female ratio was 2/1, average age was 54.1. Average surgery time was 192 mins (135-255). The amount of blood loss is 44(10-100)(ml). The average number of dissected nodes was 23(15-45). Billroth I anastomosis (Delta) performed in 64,9%, Roux-en-Y anastomosis performed in 35,1%. Average length of nasal tube removal was 13 hours, urinary catheter removal was 40,3 hours, postoperative gastrointestinal motility was 47,8 hours. Early postoperative oral feeding shortens first time at day 2, drainage tube withdrawal was 6,4 (days) and average length of hospital stay was 7,1 days. None of those patients have intraoperative and postoperative complications, such as haemorrhage, duodenal stump fistula, anastomosis leakage, surgical site infections, etc. **Conclusion:** Laparoscopic distal gastrectomy is a safe and effective surgical approach, applicable to the curative treatment of cT1,2N0M0 gastric cancer in K hospital.

Key Words: Gastric cancer, Laparoscopic surgery, Laparoscopic Distal Gastrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số bệnh ung thư phổ biến trên thế giới. Theo GLOBOCAN năm 2018, UTDD đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới với 1.033.701 ca/năm, đứng thứ 2 về tỷ lệ tử vong do ung thư ở cả 2 giới (782.685 ca/năm) [2],[4]. Bệnh thường gặp ở các nước Đông Á (Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc) [2],[4]. Nam giới gặp gấp 2 lần nữ giới. Tại Việt Nam, ung thư dạ dày đứng thứ 3 sau ung thư phổi, gan [4]. Tỷ lệ mắc khác nhau giữa 2 miền Nam - Bắc [4]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính đối với ung thư dạ dày. Điều trị tốt nhất là cắt rộng tổn thương và vét hạch khu vực tối đa trong điều kiện có thể được. Hoá chất đóng vai trò điều trị hỗ trợ (trước hoặc sau phẫu thuật) [2].

Phẫu thuật cắt dạ dày cực xa (Laparoscopic Distal Gastrectomy-LDG) là phương pháp được thực hiện phổ biến nhất. Mặc dù có bằng chứng cho thấy hiệu quả bước đầu của LDG đối với ung

*Trung tâm Rô cốt Bệnh viện K

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 23.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.01.2021

Ngày duyệt bài: 11.2.2021

thư dạ dày trong và sau phẫu thuật, tuy nhiên, vẫn còn tranh cãi về kết quả lâu dài của phẫu thuật này. Ngày nay, các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng của phương pháp phẫu thuật nội soi này đang tiếp tục được tiến hành ở các nước Đông Á [2],[5]. Tỷ lệ xảy ra biến chứng sau mổ ở cả hai nhóm là không có sự khác biệt, trừ biến chứng rò tụy. Thời gian nằm viện ngắn hơn, hồi phục lưu thông tiêu hoá sớm hơn ở nhóm phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, rò đục miệng nổi đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với mổ mở. Đối với giai đoạn II-IV đang chưa có sự thống nhất và cần thêm các nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng với cỡ mẫu lớn hơn [3],[6].

Tại bệnh viện K, phẫu thuật nội soi ứng dụng điều trị các bệnh lý ung thư, đặc biệt là ung thư đường tiêu hoá được tiến hành từ năm 2007. Tuy vậy, đối với phẫu thuật cắt dạ dày thì vẫn chưa tiến hành phẫu thuật cắt dạ dày qua nội soi hoàn toàn mà chỉ cắt dạ dày có nội soi hỗ trợ, thực hiện miệng nối ngoài cơ thể. Từ năm 2017 tới nay, với sự trợ giúp chuyên môn từ phía Nhật Bản, Hàn Quốc chúng tôi bước đầu đã ứng dụng phương pháp phẫu thuật nội soi để điều trị ung thư dạ dày, giai đoạn cT1-2N0M0 tại khoa Ngoại Bụng 1. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *"Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày trong điều trị UTDD giai đoạn cT1-2N0M0 tại Bệnh viện K."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN chẩn đoán UTDD nguyên phát, xác chẩn qua mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, giai đoạn cT1-T2N0M0

- Có chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày gần toàn bộ, vét hạch bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại Bụng 1, bệnh viện K cơ sở Tân Triều.

- Không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi (hô hấp, tim mạch..)

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ theo mẫu bệnh án nghiên cứu, đồng ý tham gia.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có kết quả mô bệnh học là UT biểu mô tuyến DD.

- UTDD giai đoạn cT3, 4N(+)

- Bệnh nhân có tiền sử mổ cũ vùng bụng trên.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu: can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên, tiến cứu

2.2. Cỡ mẫu: Tất cả các BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật tại khoa Ngoại Bụng 1- Bệnh viện K từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020.

2.3 Các biến nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi, giới, tiền sử bệnh lý hô hấp tim mạch, đau thượng vị, buồn nôn, sút cân.

- Tiền sử nghiện rượu, thuốc lá, viêm loét dạ dày mãn tính.

Đặc điểm cận lâm sàng.

*Nội soi thực quản dạ dày: Vị trí, kích thước, hình ảnh.

*Phân loại giai đoạn TNM theo AJCC 2017[1]

T-Tumor (U nguyên phát)

T1: U giới hạn ở lớp niêm mạc (T1a) hoặc dưới niêm mạc (T1b).

T2: U xâm lấn lớp cơ.

T3: U xâm lấn lớp dưới thanh mạc.

T4: U xâm lấn qua thanh mạc (T4a) hoặc tổ chức lân cận (T4b).

N (lymph node-di căn hạch)

N0: không có hạch di căn.

N1: có 1 hoặc 2 hạch di căn

N2: có từ 3 đến 6 hạch di căn

N3: có ≥ 7 hạch di căn.

M (Metastasis-di căn xa)

M0: không có di căn xa

M1: Có di căn xa

*Quy trình phẫu thuật:

+ Đặt 05 trocar: 2 trocar 10mm: lỗ rốn (Camera) + cạnh rốn (P). 02 Trocar 5mm dưới sườn (T) và (P), 1 Trocar 12mm cạnh rốn (T). Giải vòng mạch BCL, thắt các cuống mạch vị (P) và vị mạc nối (P). Nạo hạch nhóm 4sa, 4sb, 4d, 5,6.

+ Giải phóng bờ cong nhỏ dạ dày, cắt dây chằng gan-tá tràng, gan vị, nạo hạch nhóm 1,3,8a, 8p, 12a, 14v, cắt mạch vị trái, vét hạch 7, 9, 11p.

+ Cắt móm tá tràng dưới môn vị 2cm, cắt đoạn dạ dày tại 2 điểm cắt nối giữa ranh giới nhóm 4sa và 4sb (ở BCL) và điểm giao thoa của nhánh lên ĐM vị trái với BCN bằng máy Echelon 60mm

+ Nối phần còn lại dạ dày với tá tràng (kiểu Billroth 1) hoặc kiểu Roux-en-Y bằng máy Echelon 60mm.

Đặc điểm phẫu thuật và các tai biến, biến chứng trong, sau mổ.

+ Thời gian mổ (phút), lượng máu mất (ml), chuyển mổ mở, phương pháp nối,

+ Số hạch nạo trung bình vét được.

+ Thời gian hậu phẫu (ngày), thời gian có nhu động ruột trở lại.

+ Thời gian lưu sonde tiểu và sonde dạ dày, thời gian rút dẫn lưu ổ bụng

- + Giai đoạn bệnh trước, sau mổ theo AJCC 2017
- + Tỷ lệ tử vong (trong 30 ngày sau mổ hoặc trong thời gian nằm viện)
- + Phẫu thuật lại, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, áp se tồn dư sau mổ
- + Bục mòm tá tràng, rò miệng nối, rò tụy, viêm phổi

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý với phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Các đặc điểm lâm sàng

	N	
	Số lượng	%
Tuổi trung bình	54,1 ± 13,7	
Nam/nữ	25/12	100
Đau thượng vị	25	67,6
Nôn máu hoặc ỉa phân đen	2	5,4
Không triệu chứng	10	27

Nhận xét: Tỷ lệ mắc UTDD ở nam cao hơn nữ, triệu chứng hay gặp nhất là đau thượng vị (67,6%)

Bảng 2: Hình ảnh đại thể trên nội soi.

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vị trí khối u		
Hang vị	26	70,3
Môn vị	5	13,5
Bờ cong nhỏ	4	10,8
Bờ cong lớn	2	5,4
Tổng số	37	100,0
Hình thái đại thể (theo Borrmann 1962)		
Týp 1 (Sùi)	4	10,8
Týp 2 (Loét)	32	86,5
Týp 3 (Loét thâm nhiễm)	1	2,7
Týp 4 (Thâm nhiễm)	0	0
Tổng số	37	100,0

Nhận xét: Qua nội soi, tổn thương tại hang vị và dạng loét chiếm đa số với 70,3% và 86,5%.

Bảng 3: Phân loại giai đoạn TNM trước mổ

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mức độ u xâm lấn (T)		
T1	9	24,3
T2	28	75,7
T3-4	0	0
Mức độ di căn hạch (N)		
N0	37	100
N(+)	0	0
Tổng số	37	100

Nhận xét: Tỷ lệ T2 cao nhất chiếm 75,7%, T1 là 24,3%; 100% bệnh nhân được đánh giá không có di căn hạch trước mổ.

Bảng 4: Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn pTNM

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mức độ u xâm lấn (T)		
T1a	8	21,7
T1b	14	37,8
T2	11	29,7
T3	2	5,4
T4	2	5,4
Mức độ di căn hạch (N)		
N0	25	67,6
N1	7	18,9
N2	3	8,1
N3	2	5,4
Tổng số	37	100

Nhận xét: Sau phẫu thuật tỷ lệ u T1 và T2 cao nhất, chiếm lần lượt 59,5% và 29,7%. Tỷ lệ u T3 và T4 cùng là 5,4%.

- Mức độ di căn hạch: Có 12 bệnh nhân có di căn hạch, chiếm 32,4%

Bảng 5: Quá trình phẫu thuật

Đặc điểm	Trung bình	Min-Max
Thời gian phẫu thuật(phút)	192	135-255
Số lượng máu mất (ml)	44	10-100
Số hạch vét được	23	15-45
Kích thước u trong mổ(cm)	1,8	0,6-3,0

Nhận xét:

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 192 phút. Ca phẫu thuật ngắn nhất là 135 phút và dài nhất là 255 phút. Số lượng máu mất trung bình là 44ml.

- Số lượng hạch vét được trung bình là 23 hạch, trong đó số hạch vét được ít nhất là 15 và nhiều nhất là 45 hạch.

- Kích thước u trung bình trong mổ là 1,8cm, kích thước lớn nhất là 3cm.

- Miệng nối Delta chiếm 64,9%, kiểu Roux-en-Y chiếm 35,1%

Bảng 6: Diễn biến sau mổ

Đặc điểm	Trung bình	Min-Max
Thời gian rút sonde dạ dày (giờ)	13,0	2-24
Thời gian rút sonde bang quang (giờ)	40,3	24-48
Thời gian trung tiện (giờ)	47,8	12-72
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	6,4	6-7
Thời gian nằm viện(ngày)	7,1	7-9
Thời gian cho ăn (ngày)	2,1	1-4

Nhận xét:

- Thời gian rút sonde dạ dày và sonde bang quang trung bình lần lượt là 13 giờ và 40,3 giờ, thời gian trung tiện trung bình là 47,8giờ

- Thời gian rút dẫn lưu và nằm viện trung bình là 6,4 và 7,1 ngày.

Chuyển mổ mở, các tai biến trong phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật: chúng tôi không có ca bệnh nào phải chuyển mổ mở hay xảy ra tai biến trong mổ cũng như các biến chứng sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Năm 1994, Kitano và các đồng nghiệp đã báo cáo lần đầu tiên về ca phẫu thuật nội soi Billroth I được hỗ trợ bởi phẫu thuật nội soi [6]. Số liệu nghiên cứu quốc gia lần thứ mười ba của Nhật chỉ ra rằng, trong số 31.264 bệnh nhân đã được phẫu thuật điều trị UTDD vào năm 2015, có 30,3% đã được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và thực hiện miệng nối trong cơ thể [6]. Phẫu thuật cắt dạ dày cực xa (LDG) là phương pháp được thực hiện phổ biến nhất, được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Trong 1 nghiên cứu của Yoshida và cs năm 2017, sử dụng dữ liệu thống kê lâm sàng quốc gia của Nhật Bản (Japanese National Clinical Database) với 70.346 bệnh nhân được thu thập từ 2 nhóm bệnh nhân: mổ mở và phẫu thuật LDG, tỷ lệ xảy ra biến chứng sau mổ ở cả hai nhóm là không có sự khác biệt, trừ biến chứng rò tụy xảy ra với nhóm phẫu thuật nội soi ở giai đoạn I có xu hướng cao hơn so với mổ mở ($p=0,01$), tuy nhiên với giai đoạn II-IV thì không có sự khác biệt ở hai nhóm [7]. Thời gian nằm viện ngắn hơn, hồi phục lưu thông tiêu hoá sớm hơn ở nhóm phẫu thuật nội soi [7]. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, rò bực miệng nối đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với mổ mở ($p<0,01$). Tỷ lệ tử vong sau mổ ở cả 2 nhóm là không có sự khác biệt [6],[7]. Nghiên cứu này kết luận nội soi là phương pháp hiệu quả điều trị phẫu thuật cắt dạ dày cực xa, sau đó, các nghiên cứu tiếp theo như JCOG 0703 và JCOG 0912 đã đưa đến kết luận ứng dụng phẫu thuật nội soi trong cắt dạ dày cực xa là tiêu chuẩn vàng điều trị ung thư dạ dày giai đoạn IA (T1N0M0) và IB (T1N1M0, T2N0M0) [7].

Tại bệnh viện K, phẫu thuật nội soi ứng dụng điều trị ung thư đường tiêu hoá được tiến hành từ năm 2007. Tuy vậy, các phẫu thuật viên vẫn chưa tiến hành phẫu thuật cắt dạ dày qua nội soi hoàn toàn mà mới chỉ cắt dạ dày có nội soi hỗ trợ, do chi phí cho 1 ca cắt dạ dày hoàn toàn bằng nội soi còn ở mức rất cao do bảo hiểm chưa đồng ý chi trả dụng cụ tiêu hao cho loại phẫu thuật này. Từ năm 2018 tới nay, với sự trợ giúp chuyên môn từ phía Nhật Bản, Hàn Quốc, cùng với việc các danh mục dụng cụ tiêu hao trong gói bảo hiểm phẫu thuật được mở rộng, chúng tôi bước đầu đã ứng dụng phương pháp

phẫu thuật nội soi để điều trị ung thư dạ dày, giai đoạn cT1-2N0M0 tại bệnh viện K.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 192 phút. Ca phẫu thuật ngắn nhất là 135 phút và dài nhất là 255 phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi tương đương các tác giả khác. Nghiên cứu của các tác giả Tamimura S., Zhen- Hong Zu, Hoon Hur,... đều kết luận thời gian mổ nội soi dài hơn mổ mở [2],[5]. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương với thời gian phẫu thuật mở cắt dạ dày giai đoạn I trong nghiên cứu gộp được thực hiện tại Nhật Bản của tác giả Yoshida và cộng sự, với 70.346 bệnh nhân, thời gian trung bình thực hiện ca phẫu thuật mở cắt dạ dày là 209 phút, với ca ngắn nhất là 139 phút và ca dài nhất là 330 phút [7]. Tuy nhiên khi so sánh với thời gian phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, nghiên cứu của chúng tôi có thời gian thực hiện ngắn hơn. Theo Yoshida, thời gian phẫu thuật nội soi cắt dạ dày trung bình là 287 phút, ca ngắn nhất là 194 phút và ca dài nhất là 406 phút [7]. Điều này có thể được giải thích do các tác giả Nhật Bản thực hiện nghiên cứu cả với những bệnh nhân giai đoạn T3,4 và vét hạch kỹ lưỡng và tỷ mỉ hơn chạng hạch D2 (D2+, D3).

Số lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 44ml. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nhật Bản Yoshida với lượng máu mất trung bình là 50ml [7]. Lượng máu mất này cao hơn nhiều lần lượng máu mất trong phẫu thuật mở với trung bình 185ml [7].

Số lượng hạch vét được trung bình là 23 hạch, trong đó số hạch vét được ít nhất là 15 và nhiều nhất là 45 hạch. Theo NCCN, cần nạo vét được ít nhất 15 hạch để việc phân loại giai đoạn N được chính xác nhất. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả khác thực hiện nghiên cứu trên cả nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lẫn phẫu thuật mở [2],[6],[7]. Kích thước u trung bình trong mổ là 1,8cm, trong đó u có kích thước lớn nhất là 3cm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 64,9% bệnh nhân được nối theo kiểu Delta và 35,1% bệnh nhân được nối theo kiểu Rouxen Y. Kiểu nối Delta có ưu điểm là có 1 miệng nối nên thời gian phẫu thuật nhanh hơn, trung bình 169 ± 18 phút. Kiểu nối Rouxen Y có 2 miệng nối nên thời gian phẫu thuật kéo dài hơn với trung bình 225 ± 25 phút. Việc lựa chọn kiểu nối Delta hay kiểu nối Rouxen Y chủ yếu phụ thuộc vào vị trí u và phần dạ dày còn lại sau khi cắt. Nếu phần dạ dày còn

lại ngắn không thể thực hiện miệng nối Delta.

Những bệnh nhân phẫu thuật nội soi thường có thời gian hồi phục sớm sau mổ. Thời gian rút sonde dạ dày và sonde bàng quang trung bình lần lượt là 13 giờ và 40,3 giờ. Thời gian trung tiện trung bình là 47,8 giờ. Thời gian rút dẫn lưu và nằm viện trung bình là 6,4 và 7,1 ngày. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương các tác giả khác khi khẳng định ưu điểm lớn nhất của bệnh nhân được phẫu thuật nội soi là giúp bệnh nhân đỡ đau và hồi phục sớm sau mổ [2],[6],[7].

Nghiên cứu của Yoshida không thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ tử vong trong 30 ngày hoặc tại bệnh viện của những bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày mở và nội soi cùng là 0,2% với $p=0,90$. Ngoài ra, không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ phẫu thuật lại và tái phát sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện sau mổ của bệnh nhân mổ mở cao hơn đáng kể với bệnh nhân được mổ nội soi với lần lượt là 15 ngày và 12 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ [7].

Nghiên cứu của chúng tôi không gặp ca nào xảy ra tai biến hay biến chứng trong và sau mổ như chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, rò mỏm tá tràng, rò miệng nối, tắc ruột hay phải nhập viện trở lại trong 30 ngày. Đây là kết quả rất khả quan với một kỹ thuật mới được áp dụng tại Bệnh viện K. Dù vậy, kết quả này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, vì vậy cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi trong thời gian lâu hơn để có những đánh giá kỹ lưỡng hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày cực xa điều trị UTDD giai đoạn cT1,2N0M0 là kỹ thuật ngoại khoa hiện đại, có thể được áp dụng một cách an toàn, bước đầu mang lại lợi ích sống còn và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân UTDD giai đoạn sớm tại bệnh viện K.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Joint Committee on Cancer** (2018). Gastric Cancer. AJCC Cancer Staging Manual, 8th ed: Springer, 103-16.
2. **Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al.** (2012). Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Lyon, France.: International Agency for Research on Cancer.
3. **Japanese Gastric Cancer Association.** (2017). Japanese gastric cancer treatment guidelines. Gastric Cancer, 20(6), 1–19.
4. **International Agency for Research on Cancer. Globocan.** 2018. In: Cancer Fact Sheets-Digestive Organs: Stomach (C16) [Internet].
5. **Kenneth Leung, Zhifei Sun, et al.** (2020). Minimally invasive gastrectomy for gastric cancer: A national perspective on oncologic outcomes and overall survival. Surg Oncology, 26(1), 324-330.
6. **Katai H, Mizusawa J, et al.** (2019). Short-term surgical outcomes from a phase III study of laparoscopy-assisted versus open distal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage IA/IB gastric cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0912. Gastric Cancer, 20(8), 699–708.
7. **Yoshida K, Honda M, et al.** (2018). Surgical outcomes of laparoscopic distal gastrectomy compared to open distal gastrectomy: A retrospective cohort study based on a nationwide registry database in Japan. Ann of Gastroenterological Surg, 7(6), 325–9.

XÁC ĐỊNH ĐỘT BIẾN GEN CYP21A2 TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG SẢN THƯỢNG THẬN BẨM SINH THIẾU 21-HYDROXYLASE THỂ NAM HÓA ĐƠN THUẦN

Trần Văn Khánh*, Vũ Chí Dũng*, **, Trần Huy Thịnh*

TÓM TẮT

Tăng sản thượng thận bẩm sinh do thiếu hụt enzym 21-hydroxylase là bệnh di truyền lặn nhiễm sắc thể thường gây nên do đột biến gen CYP21A2. Bệnh được chia thành 3 thể bệnh lâm sàng chính là thể mất muối, thể nam hóa đơn thuần và thể không cổ điển.

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Thịnh

Email: tranhuythinh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 25.01.2021

Ngày duyệt bài: 10.2.2021

Thể nam hóa đơn thuần (hoạt tính enzyme 21-Hydroxylase còn 1-2%) có biểu hiện lâm sàng bao gồm mơ hồ giới tính, dậy thì sớm và tăng phát triển chiều cao, tuổi xương. Việc xác định đột biến có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, đặc biệt trong trường hợp biểu hiện lâm sàng không điển hình để phân biệt thể bệnh. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: xác định đột biến trên bệnh nhân tăng sản thượng thận bẩm sinh thể bệnh nam hóa đơn thuần. 20 bệnh nhân TSTTBBS thể nam hóa đơn thuần được lựa chọn vào nghiên cứu. Nghiên cứu phát hiện được 6 kiểu gen, trong đó kiểu gen có tỉ lệ cao nhất là Del/p.I172N (35%), đứng thứ hai là p.I172N/ p.I172N (25%), tiếp đó là các kiểu gen I2g/p.I172N (20%), p.I172N/p.R356W (10%), p.I172N/p.Q318X và