

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH DII ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

ĐÀO QUANG MINH và CS

## TÓM TẮT

Từ tháng 7/2010 đến tháng 6/2012 khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Thanh Nhân đã điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày cho 40 bệnh nhân ung thư dạ dày.

**Bệnh nhân và phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả, các chỉ tiêu nghiên cứu tuân theo bệnh án mẫu nghiên cứu. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi sinh thiết, xét nghiệm mô bệnh học trước mổ, kết quả siêu âm, chụp cắt lớp, tumor maker, kết quả đánh giá sau mổ. Chẩn đoán đại thể, mô bệnh học, phân loại giai đoạn theo JGCA [12]. Bao gồm các chỉ tiêu nghiên cứu trước mổ, chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, đánh giá kết quả sau mổ.

**Kết quả:** Chỉ định cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 đối với ung thư dạ dày 1/3 trên và 1/3 giữa với thể loét, u sùi là 85%, UTBM tuyến 77.5%. Thực hiện nạo hạch D2 67.5%, nạo hạch D2 mở rộng 32.5%. Các tạng cắt bỏ phối hợp: cắt lách (17.5%), cắt túi mật (7.5%), cắt nhân di căn gan (5%), cắt u buồng trứng (2.5%). Với các biến chứng viêm phổi, tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ. Kết quả tốt 82.5%, trung bình 17.5%, không có tử vong.

**Từ khóa:** ung thư dạ dày.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD là bệnh lý thường gặp đứng thứ 3 trong ung thư đường tiêu hóa, đứng hàng thứ 2 về nguyên nhân tử vong do ung thư [3,13]. Chẩn đoán sớm thường khó khăn do các dấu hiệu lâm sàng không đặc hiệu, đa số bệnh nhân đến bệnh viện ở giai đoạn muộn. Chẩn đoán xác định bởi nội soi ống mềm có sinh thiết. Điều trị phẫu thuật có hiệu quả với ung thư dạ dày còn khả năng cắt bỏ. Cắt dạ dày nạo vét hạch D2 cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sau mổ và giảm tỷ lệ tử vong. Ở Việt Nam, một số trung tâm phẫu thuật lớn đã triển khai cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày cho kết quả tốt. Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt dạ dày nạo vét hạch D2. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị UTDD tại bệnh viện Thanh Nhân.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm 40 bệnh nhân được mổ cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 từ tháng 07/2010 đến tháng 06/2012 tại bệnh viện Thanh Nhân. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án: dữ liệu chẩn đoán, xét nghiệm giải phẫu bệnh, theo dõi và đánh giá kết quả sau mổ. Loại trừ các bệnh nhân không đủ các dữ liệu trên.

**Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu mô tả, các chỉ tiêu nghiên cứu tuân theo bệnh án mẫu nghiên cứu. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi sinh thiết, xét nghiệm mô bệnh học trước mổ, kết quả siêu âm, chụp cắt lớp, tumor maker, kết quả đánh giá sau mổ. Chẩn đoán đại thể, mô bệnh học, phân loại giai đoạn theo JGCA [12].

Bao gồm các chỉ tiêu nghiên cứu trước mổ, chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, đánh giá kết quả sau mổ.

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 16.0

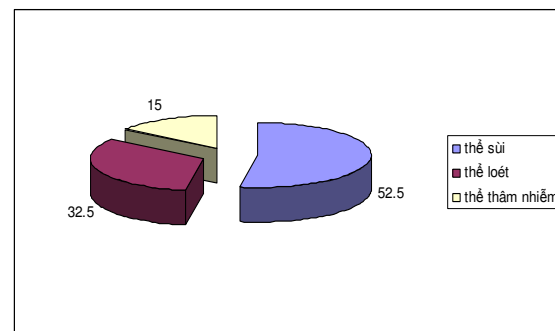
## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Các đặc điểm tuổi, giới: thực hiện phẫu thuật 40 bệnh nhân, tỷ lệ nam 1.5/1, tuổi trung bình 64.72 (nhỏ nhất 51, lớn nhất 82), trên 60 tuổi chiếm 66.67%.

**Bảng 1: Phân bố các triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng LS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau thượng vị	40	100
Sụt cân, ăn kém	37	92.5
Ợ hơi, ợ chua	35	87.5
Nôn máu, ỉa phân đen	17	42.5
Sờ thấy khối u	5	12.5



**Biểu 1: Thương tổn trên soi dạ dày**

**Bảng 2: Vị trí thương tổn**

Vị trí thương tổn	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tâm vị, phình vị	05	12.5
Thân hang vị, BCN	33	82.5
Miệng nối	02	5
Tổng số	40	100

**Bảng 3: Thương tổn vi thể**

Phân loại theo JGCA		Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
UTBM tuyến	UTBM tuyến	31	77.5
	UTBM tế bào nhẫn	05	12.5
Ung thư không biểu mô	GIST	03	7.5
	Lyphoma	01	2.5

Tổng số	40	100
---------	----	-----

## 2. Chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo hạch D2.

Bảng 4: Chỉ định phẫu thuật

Chỉ định	Cắt TBDD + vét hạch	Tỷ lệ %
Ung thư tâm phình vị, miệng nối	Nhóm 1 + 5,6,7,8,9,10,11	17.5
Ung thư hang vị, BCN	Nhóm 1 + 7,8,9,11,2,10	82.5

Trong đó mổ cấp cứu: 6 BN (15%), mổ kế hoạch 28 BN (85%)

Bảng 5: Kỹ thuật nạo vét hạch

Kỹ thuật nạo hạch	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nạo hạch D2	27	67.5
Nạo hạch D2 mở rộng	13	32.5
Tổng số	40	100

Bảng 6: Thương tổn phối hợp

Thương tổn phối hợp	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Di căn gan	02	5
Thâm nhiễm cuống gan, túi mật	03	7.5
U buồng trứng	01	2.5

Bảng 7: Phẫu thuật phối hợp

Phẫu thuật phối hợp	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cắt TBDD + cắt lách, thân đuôi tụy	07	17.5
Cắt TBDD + cắt túi mật	03	7.5
Cắt TBDD + cắt nhân di căn gan	02	5
Cắt TBDD + cắt u buồng trứng	01	2.5

## 3. Kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày.

Bảng 8: Kết quả trong và sau mổ

Kết quả trong và sau mổ	Đơn vị
Thời gian PTTB	162 phút (120-240)
Lượng máu mất trung bình trong mổ	461.11 ml (300-800)
Lượng máu truyền TB trong mổ	2.22 đơn vị (1-4)
Thời gian nằm đơn nguyên HSTC	2.5 ngày (1-5)
Thời gian trung tiện	3.83 ngày (2-5)
Thời gian cho ăn đường miệng	8.5 ngày (6-12)
Thời gian nằm viện trung bình	13.28 ngày (7-20)

Bảng 9: Biến chứng trong và sau mổ

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu trong mổ	0	0
Chảy máu sau mổ	0	0
Rò tiêu hóa	0	0
Viêm phổi	02	5
Nhiễm trùng vết mổ	03	7.5
Abcess ổ bụng	0	0
Tràn dịch màng phổi	02	5

Bảng 10: Giai đoạn TNM

Giai đoạn	Bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn IA-IB	03	7.5
Giai đoạn II	18	45
Giai đoạn IIIA-IIIB	17	37.5
Giai đoạn IV	02	5

Tổng số	40	100
---------	----	-----

Bảng 11: Đánh giá kết quả

Kết quả	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	33	82.5
Trung bình	7	17.5
Xấu	0	0
Tổng số	40	100

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung về tuổi, giới.

Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam 60%, nữ 40%, tuổi trung bình 64.72 tuổi (51-82). Tỷ lệ nam/nữ thấp hơn so với tác giả H.V.Dũng là 4.8/1, tuổi trung bình là 69.4 tuổi (40-86) [1]. Có sự khác nhau do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu chưa đủ lớn.

### 2. Chẩn đoán thư dạ dày.

Các bệnh nhân đến bệnh viện chủ yếu đau bụng vùng thượng vị (100%), 22 bệnh nhân có triệu chứng thực thể trong đó: 17 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa, 5 bệnh nhân tự sờ thấy khối u vùng bụng. Các bệnh nhân trước đó đều được chẩn đoán là viêm dạ dày hoặc điều trị thuốc theo hướng viêm dạ dày mà không được nội soi ngay. Trong nghiên cứu của Đức, đau thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất (> 50%), đau kèm theo chán ăn, chảy máu đường tiêu hóa (9.5%) [6]. Chẩn đoán sớm ung thư dạ dày thường khó khăn do các triệu chứng mơ hồ, bệnh nhân có tâm lý ngại soi, thày thuốc chẩn đoán viêm loét dạ dày nhưng không cho soi kiểm tra. Chẩn đoán bệnh dựa vào nội soi ống mềm có sinh thiết tế bào. Các tác giả Nhật Bản khuyến cáo với các trường hợp có biểu hiện đầy bụng, khó tiêu, chán ăn cần phải được nội soi dạ dày ngay [1]. Tại Việt Nam, báo cáo của Hà Văn Quyết và cộng sự tỷ lệ chẩn đoán sớm qua nội soi chiếm tỷ lệ rất nhỏ 3.6% [4], trong khi đó tỷ lệ này ở Nhật Bản gần 50%.

Tất cả các bệnh nhân đều được nội soi chẩn đoán trước phẫu thuật, sinh thiết làm xét nghiệm tế bào. Tổn thương trên nội soi: thể u sùi (52.5%), thể loét (32.5%), thể thâm nhiễm (15%). Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy: ung thư biểu mô tuyến chiếm 77.5%, phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả trong nước và quốc tế [3,13,15]. Chụp cắt lớp vi tính với các trường hợp trên siêu âm có nghi ngờ hoặc có thương tổn phối hợp dịch ascite, di căn hạch, di căn gan giúp tiên lượng và dự kiến phương pháp phẫu thuật. Vị trí thương tổn gặp chủ yếu ở vùng hang vị, bờ cong nhỏ nhiều nhất 82.5%, còn lại là vùng tâm phình vị và miệng nối. Phù hợp với nghiên cứu của Pháp trong 20 năm về ung thư dạ dày: ung thư dạ dày thường hay gặp ở vùng hang vị và 1/3 giữa, sau đó là vị trí 1/3 dưới; 18.5% ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển ở vị trí 1/3 giữa, 30.7% ở 1/3 trên, 33.4% ở 1/3 dưới của dạ dày [7].

### 3. Chỉ định cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2.

Chỉ định mổ đối với những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày với những dữ liệu chẩn đoán trên các dấu hiệu lâm sàng, soi dạ dày và sinh thiết. Với ung thư tâm phình vị và miệng nối dạ dày (17.5%), chúng tôi chỉ định cắt toàn bộ dạ dày

theo nguyên tắc, nạo vét hạch chặng 1 (1,2,3,4) và chặng 2 (5,6,7,8,9,10,11). Với ung thư vùng hang vị, bờ cong nhỏ (82.5%), chúng tôi chỉ định cắt toàn bộ dạ dày, nạo vét hạch chặng 1 (3,4,5,6,1) và chặng 2 (7,8,9,11,2,10) tuân thủ theo nguyên tắc nạo vét hạch của Hiệp hội nghiên cứu ung thư Nhật Bản [3,12]. Sáu bệnh nhân (15%) chỉ định mổ cấp cứu do xuất huyết tiêu hóa nặng, còn lại bệnh nhân được xếp lịch mổ kế hoạch. Nghiên cứu của H.V.Dũng, chỉ định mổ phiên 72 trường hợp (94.97%), mổ cấp cứu 4 trường hợp (5.3%) Mổ cấp cứu các trường hợp chảy máu, hẹp môn vị gây tắc nghẽn, thủng. Các trường hợp phẫu thuật cấp cứu thường không triệt căn những tổn thương đó gây ra do ung thư tiến triển [1].

Kỹ thuật mổ cắt toàn bộ dạ dày: Phineas S. Connor (1883) tại Cincinnati thực hiện cắt toàn bộ dạ dày lần đầu tiên, bệnh nhân chết trên bàn mổ. Schlatter (1897) tiến hành lần đầu tiên có kết quả tại Zurich, bệnh nhân sống sau mổ 418 ngày. Nhờ tiến bộ của kỹ thuật mổ và gây mê hồi sức, ngày nay cắt toàn bộ dạ dày đã được áp dụng tại nhiều trung tâm phẫu thuật trên thế giới với tỷ lệ tử vong giảm từ 37% xuống 2% [3].

Bệnh viện Thanh Nhàn thực hiện phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày từ tháng 07/2009 đến nay, tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng máy cắt nối tự động TA, EEA (Mỹ) để đóng mồm tá tràng và phục hồi lưu thông tâm vị thực quản □ ruột. Sử dụng máy cắt nối có ưu điểm nhanh, thuận lợi, an toàn, rút ngắn thời gian phẫu thuật (bảng 10,11). Choong Bai Kim (Korea) với 100 bệnh nhân cắt dạ dày toàn bộ sử dụng máy cắt nối tự động TA, EEA cho kết quả tốt với 92 trường hợp. Hai trường hợp do lỗi nhà sản xuất thiết bị, 6 trường hợp do thiếu mô để nối. Thời gian mổ trung bình 3 giờ, lượng máu mất trung bình trong mổ 400ml, thời gian nằm viện sau mổ 14 ngày [8].

Các phẫu thuật phối hợp được thực hiện: 2 trường hợp cắt nhân di căn gan (5%), 3 trường hợp cắt túi mật do u thâm nhiễm (7.5%), 7 trường hợp cắt lách kèm thân đuôi tụy (17.5%) nạo hạch 10, 11. Một trường hợp (2.5%) cắt khối u buồng trứng kèm theo (u Krukenberg). Các tạng được cắt bỏ cùng trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch cũng được nêu ra trong các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Sano T. và cộng sự (1996) nhận xét: các cơ quan lân cận như lách, tụy, đại tràng ngang, gan trái... nên được cắt bỏ với toàn bộ dạ dày và nạo vét hạch, khi những cơ quan này bị ung thư xâm lấn, di căn hoặc khi có nhu cầu nạo vét hạch rộng rãi để đảm bảo tính triệt để của phẫu thuật. Nghiên cứu của Nguyễn Cường Thịnh, lách là tạng cắt bỏ cùng toàn bộ dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất (5.6%), sau đó là tụy (4.6%), gan (2%), đại tràng (1.5%) [5]. Chúng tôi cho rằng việc cắt bỏ các tạng lân cận không những phụ thuộc vào mức độ xâm lấn vào các tạng mà còn phụ thuộc vào tình trạng chung của bệnh nhân, trình độ kỹ thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, gây mê hồi sức.

Đối với cắt toàn bộ dạ dày, tái lập lưu thông Roux-en-Y là phương pháp lựa chọn. Trong nghiên cứu có 18

trường hợp (45%) nối kiểu Roux-en-Y, 22 trường hợp (55%) lập lại lưu thông miệng nối thực quản ruột theo phương pháp Hunt tạo hình quai ruột kiểu túi. Chúng tôi không mở thông hồng tràng mà đưa sonde dạ dày xuống qua miệng nối để cho bệnh nhân nuôi dưỡng sớm. Với phương pháp tạo hình này, bệnh nhân tránh được các hội chứng Dumping, hội chứng ứ đọng thức ăn □ Theo Zonca P, Nguyễn Đình Hối, lập lại lưu thông tiêu hóa trong cắt dạ dày toàn bộ đã được thực hiện từ năm 1897 tại Zurich (Schlatter) [2,7]. Từ đó đến nay đã phát triển hơn 70 kỹ thuật khác nhau. Lập lại lưu thông tiêu hóa được đặt ra nhằm 2 mục tiêu: tạo một túi thay dạ dày vừa bị cắt bỏ, hy vọng bệnh nhân sẽ ăn được nhiều hơn; thức ăn đi theo con đường sinh lý tự nhiên, qua tá tràng xuống ruột non để trong giai đoạn tiêu hóa dịch mật và dịch tụy tiết nhiều. Nghiên cứu của Roder cho thấy nhóm bệnh nhân được tạo hình dạ dày ít biến chứng hơn so với nhóm không tạo hình. Bozetti (1996) qua nghiên cứu ngẫu nhiên nhóm nối kiểu Roux-en-Y với nhóm kiểu Hunt không thấy sự khác biệt. Tuy nhiên có nhấn mạnh rằng những triệu chứng sau bữa ăn xảy ra thường xuyên hơn với nhóm nối kiểu Roux-en-Y [6].

Kỹ thuật nạo vét hạch: Nạo vét hạch D2 trở thành tiêu chuẩn trong phẫu thuật ung thư dạ dày ở Nhật Bản, thậm chí là ung thư dạ dày sớm. Các nghiên cứu tại Nhật cho thấy nạo vét D2 cải thiện thời gian sống sau mổ ở các trường hợp ung thư giai đoạn II, III với tỷ lệ tử vong dưới 2% và thời gian sống 5 năm sau mổ trên 60%. Các thử nghiệm ở Châu Âu và Mỹ nhận thấy nạo vét hạch D2 không cải thiện thời gian sống trung bình sau mổ, hơn nữa thời gian mổ, lượng máu truyền, thời gian nằm viện tăng, nhưng giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ trên các bệnh nhân giai đoạn II, III [1]. Tuy nhiên nghiên cứu của H.V.Dũng, T.H.Son chỉ ra rằng nạo vét hạch D2, D3 không làm tăng thêm biến chứng trong và sau mổ, thời gian sống sau mổ kéo dài hơn, thời gian sống trung bình 17.5 tháng so với nạo vét D1 là 11.2 tháng [1]. Cũng tương tự trong nghiên cứu của Cuschieri A [9]. Trong 40 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày, do không có điều kiện sinh thiết tức thì nên chúng tôi thực hiện nạo vét hạch D2 theo nguyên tắc triệt để lấy bỏ hết các hạch bạch huyết chặng 1 và các hạch chặng 2 tùy theo vị trí tổn thương 1/3 trên, 1/3 giữa. Cắt toàn bộ mạc nối lớn lấy hạch nhóm 4, thắt động mạch vị mạc nối lớn tận gốc để lấy nhóm hạch 6. Thắt động mạch vị phải, nạo hạch số 5, lấy toàn bộ mạc nối nhỏ nạo nhóm hạch 1,2,3. Thắt động mạch vị trái, nạo hạch 7,9. Nạo hạch 12 nằm sâu và sát ngay tĩnh mạch cửa, nạo hạch nhóm 8 bờ trên động mạch gan chung, trên tụy. Việc nạo hạch nhóm 10,11 chỉ thực hiện khi có thâm nhiễm rốn lách, phải cắt lách, bảo tồn tụy. Chúng tôi tiến hành nạo vét hạch D2 cho 27 trường hợp (67.5%), 7 bệnh nhân có thâm nhiễm vào thân đuôi tụy và cuống lách, chúng tôi tiến hành cắt thân đuôi tụy, cắt lách (nạo thêm nhóm hạch 10,11 và 13) mà không có biến chứng nào trong và sau mổ như rò tụy, chảy máu... Theo nghiên cứu của châu Âu, việc nạo hạch nhóm 10,11 bao gồm cắt thân đuôi tụy, cắt

lách sẽ làm tăng biến chứng, tử vong cho bệnh nhân nhưng chúng tôi không gặp trường hợp nào. H.V.Dũng trong 67 bệnh nhân thực hiện nạo vét hạch cho 60 trường hợp (89.95%), 28 bệnh nhân nạo hạch D2, 19 bệnh nhân nạo hạch D3, 16 bệnh nhân nạo hạch D1 [1].

#### **4. Kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2.**

Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình 162.78 phút (120-240 phút), lượng máu mất trung bình trong mổ 461.11ml (300-800 ml). Lượng máu truyền trong mổ trung bình 2.22 đơn vị (1-4 đơn vị). Thời gian nằm đơn nguyên hồi sức trung bình 2.5 ngày (1-5 ngày). Thời gian trung tiện 3.83 ngày (2-5 ngày). Thời gian cho ăn qua đường miệng 8.5 ngày (6-12 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 13.28 ngày (7-20 ngày). McCullough JA, thời gian phẫu thuật trung bình 3.5 giờ (2-6h), lượng máu mất trung bình trong mổ 400ml (200-1200ml), lượng máu truyền trong mổ 1 đơn vị (0-3 đơn vị), thời gian nằm hồi sức tích cực 2 ngày (0-6 ngày), thời gian nằm viện sau mổ trung bình 17 ngày (10-27 ngày). Như vậy thời gian mổ trung bình của chúng tôi ngắn hơn có thể do áp dụng phương tiện kỹ thuật trong mổ. Bệnh nhân ít biến chứng sau mổ nên ra viện sớm.

Các biến chứng sau mổ có thể gặp là chảy máu (thường ở miệng nối), rò tiêu hóa (mỏm tá tràng, miệng nối), tổn thương đường mật, viêm tụy, abscess tồn dư (trong nạo vét hạch mở rộng), viêm phổi ở những bệnh nhân cao tuổi, có tiền sử hút thuốc lá, bệnh phổi mạn tính, tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào rò tiêu hóa, 2 trường hợp viêm phổi (5%) trên bệnh nhân cao tuổi, được dùng thêm kháng sinh thế hệ III, khí dung hỗ trợ sau ổn định. Hai trường hợp (5%) tràn dịch màng phổi ở suy dinh dưỡng và rối loạn kém hấp thu, bệnh nhân sốt về chiều, sốt nhẹ, siêu âm phát hiện tràn dịch màng phổi trái đã được chọc hút ngày thứ 4, ra khoảng 350ml dịch. Xét nghiệm phản ứng Rivalta âm tính. Xét nghiệm Protid máu giảm (45.5), Albumin máu giảm (27.8). Các bệnh nhân này được dùng kháng sinh Gram (-), truyền đạm, huyết tương tươi đông lạnh, Albumin, sau ổn định. Nhiễm trùng vết mổ gặp ở 3 trường hợp (7.5%). Các biến chứng khác không gặp trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 9). Theo H.V.Dũng, T.H.Sơn, gặp 1 trường hợp rò tá tràng, 1 trường hợp tắc ruột sau mổ, 2 bệnh nhân viêm phổi, 2 bệnh nhân chảy máu sau mổ, 1 trường hợp chảy máu miệng nối phải khâu cầm máu, 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ [1]. Franco R. qua 11 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày, 2 bệnh nhân rò miệng nối, 2 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ. McCullough JA. cũng gặp các biến chứng trên với 43 trường hợp nạo hạch D2 (abscess trong ổ bụng 1, viêm phổi 3, nhiễm trùng vết mổ 1, chảy máu miệng nối 1, tim mạch 3, hô hấp 2, rò tụy 1). Nghiên cứu của chúng tôi không gặp những biến chứng phải mổ lại, các biến chứng khác được phát hiện và xử trí kịp thời phù hợp với các tác giả khác [1].

Nhóm bệnh nhân có kết quả tốt, không có biến chứng, hậu phẫu diễn biến thuận lợi 82.5%, nhóm bệnh nhân có kết quả trung bình, có các biến chứng (viêm phổi, tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ) 17.5%, được phát hiện và xử trí kịp thời. Kết quả xấu: không gặp trường hợp nào tử vong. Theo H.V.Dũng, T.H.Sơn số bệnh nhân đạt kết quả tốt 89.5% (là những bệnh nhân trong và sau mổ diễn biến thuận lợi, không có biến chứng, sức khỏe phục hồi tốt ra viện ổn định), trung bình 10.5% (tình trạng toàn thân phục hồi chậm, có các biến chứng) [1].

Theo bảng 10, bệnh nhân đến ở giai đoạn sớm 7.5%, ở giai đoạn muộn III-IV (42.5%). Nghiên cứu của Sakuramoto (2007) kết quả thử nghiệm trên 1000 bệnh nhân cắt dạ dày vét hạch D2 giai đoạn II, III tại Nhật Bản giữa một bên dùng 5-FU, gimeracil, oteracil đường uống sau mổ và một bên không, tỷ lệ sống 3 năm tương ứng là 80.1%, 70.1% [1].

Thời gian theo dõi sau mổ 3-36 tháng: không có 12 bệnh nhân tử vong, 7 di căn gan, đại tràng. Tuy nhiên chúng tôi ghi nhận một số trường hợp có biểu hiện rối loạn tiêu hóa, hội chứng dạ dày nhỏ, gầy sút sau mổ.

#### **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: chỉ định cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 đối với ung thư dạ dày 1/3 trên và 1/3 giữa với thể loét, u sùi là 85%, UTBM tuyến 77.5%. Thực hiện nạo hạch D2 67.5%, nạo hạch D2 mở rộng 32.5%. Các tạng cắt bỏ phổi hợp: cắt lách (17.5%), cắt túi mật (7.5%), cắt nhân di căn gan (5%), cắt u buồng trứng (2.5%). Với các biến chứng viêm phổi, tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ. Kết quả tốt 82.5%, trung bình 17.5%, không có tử vong. Kỹ thuật cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch DII cho kết quả tốt, triển khai được ở các cơ sở ngoại khoa của thành phố Hà Nội.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hoàng Việt Dũng, Trịnh Hồng Sơn (2010). Chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện Hữu Nghị. Y học thực hành 714(4): 39-44
2. Nguyễn Đình Hối, Bùi Văn Vinh, Nguyễn Hoàng Bắc (2004). Lập lại lưu thông sau cắt dạ dày toàn bộ. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 8(3): 125-127
3. Phạm Gia Khánh (2002). Ung thư dạ dày. Bệnh học ngoại khoa, giáo trình giảng dạy sau đại học Học viện Quân Y, tập 2: 195-209
4. Hà Văn Quyết, Lê Minh Sơn (2009). Chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày sớm. Ngoại khoa, số 1: 6-14
5. Nguyễn Cường Thịnh, Diêm Đăng Bình (2009). Cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 13(6): 538-542
6. Bozzetti F, Marubini E, Bonfanti G et al (1999). Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer. Ann Surg, 230(2): 170-178
7. Chin CA., Espat NJ (2003). Total gastrectomy: options for restoration of gastrointestinal continuity. The Lancet. Oncology, 4: 271-276
8. Choong Bai Kim, Kwang Wook Suh, Jang Il Moon, Jin Sik Min (1993). Roux-en-Y end-to-side

esophagojejunostomy with stapler after total gastrectomy. Yonsei Medical Journal, vol 34(4): 334-339

9. Cuschieri A, Weeden S, Fielding J, et al (1999). Patient survival after D1 and D2 resections for gastric

cancer: long-term results of the MRC randomized surgical trial. British Journal of Cancer, 79 (9/10): 1522 -1530

10. De Manzoni G., Verlato G., Roviello F., et al (2003). Subtotal versus total gastrectomy for T3 adenocarcinoma of the antrum. Gastric Cancer, 6: 237-242