

PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VÉT HẠCH D2, NỐI THỰC QUẢN HỒNG TRÀNG TẬN - TẬN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Đinh Văn Chiến^{1✉}, Nguyễn Văn Hương¹, Đặng Quốc Ái²

¹Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

²Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá tính khả thi, an toàn của kỹ thuật và kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu 70 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày, từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2020, tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Kết quả: Tuổi trung bình $62,47 \pm 11,6$ tuổi. Nam chiếm 71,4%, nữ 28,6%, tỷ lệ nam/nữ 2,5/1. Ung thư ở giai đoạn I, II, III là 21,4%, 45,7%, 32,8%. 80,0% ung thư biểu mô tuyến ống, 15,7% tế bào nhẵn. Số hạch nạo vét được trung bình là $23,2 \pm 6,7$ hạch, số hạch di căn trung bình là $2,77 \pm 3,8$ hạch. Lượng máu mất trung bình $32,29 \pm 10,09$ ml. Thời gian phẫu thuật trung bình là $202,2 \pm 28,9$ phút. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 4,2%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 4,2%. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước là 100%. Thời gian nằm viện trung bình là $7,3 \pm 1,9$ ngày và thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ trung bình là $40,14 \pm 1,73$ tháng, tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm, 3 năm là 98,6%, 92,1%, 75,9%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước là kỹ thuật khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn, ung thư biểu mô dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày.

ABSTRACT

TOTALLY LAPAROSCOPIC TOTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPH NODE DISSECTION AND FUNCTIONAL END TO END ESOPHAGOJEJUNOSTOMY IN THE TREATMENT OF GASTRIC ADENOCARCINOMA

Đinh Văn Chiến^{1✉}, Nguyễn Văn Hương¹, Đặng Quốc Ái¹

Introduction: Evaluating the feasibility and safety of the technique and the results totally laparoscopic total gastrectomy (TLTG) with D2 lymph node dissection and functional end - to - end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of esophagus and jejunum in the treatment of gastric adenocarcinoma.

Materials and Methods: A prospective descriptive study, 70 patients with gastric adenocarcinoma between July 2017 and November 2020 at the Nghean Friendship General Hospital.

Ngày nhận bài:

10/03/2022

Ngày chỉnh sửa:

1/4/2022

Chấp thuận đăng:

13/04/2022

Tác giả liên hệ:

Đinh Văn Chiến

Email: chienbvna@gmail.com

SĐT: 0963311668

Results: The average age of 62.47 ± 11.6 years. The male/female ratio was 2.5/1. The percent of patients with tumors at stages I, II, III were 21,4%, 45,7%, 32,8%. 80.0% of patients had papillary adenocarcinoma and tubular adenocarcinoma, 15.7% of patients had ring cell carcinoma. The average number of harvested lymph nodes was $23,2 \pm 6,7$. The average number of metastatic lymph nodes was 2.77 ± 3.8 . The average blood loss was 32.29 ± 10.09 ml. The average operation time $202,2 \pm 28,9$ minutes. The total percent of incidents during the surgery was 4.2% and the total percent of postoperative complications was 4.2%. The success rate of the technique of TLTG with D2 lymph node dissection and functional end-to-end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of esophagus and jejunum was 100%. The hospital stays was 7.3 ± 1.9 days and the survival time after surgery was $40,14 \pm 1,73$ months. The survival rates of one year, two years, three years were 98.6%, 92.1%, 75.9%.

Conclusions: TLTG with D2 lymphadenectomy and functional end - to - end esophagojejunostomy without previous resection of esophagus and jejunum was feasibility, safety and effective in the treatment of gastric adenocarcinoma.

Key words: Totally laparoscopic gastrectomy, gastric adenocarcinoma, total gastrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô dạ dày (UTBMDD) là bệnh phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới, chiếm 95% trong ung thư dạ dày. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào nội soi dạ dày sinh thiết xét nghiệm tế bào và chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán giai đoạn bệnh. Điều trị ung thư dạ dày là kết hợp điều trị đa mô thức nhưng phẫu thuật cắt dạ dày nạo vét hạch triệt căn vẫn là phương thức điều trị hiệu quả nhất hiện nay [1]. Umayama và Azaga là hai tác giả báo cáo về phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt toàn bộ dạ dày (TBDD) đầu tiên trên thế giới vào năm 1999 [2,3]. Carl B. Schlatter, là tác giả đầu tiên thực hiện thành công cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày trên thế giới vào năm 1897 [3]. Steichen là tác giả đầu tiên báo cáo kỹ thuật nối ống tiêu hóa kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng vào năm 1968 [4]. Okabe H là tác giả đầu tiên PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2, nối thực quản hồng tràng theo kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng vào năm 2006 [5]. Tới nay, kỹ thuật này đã được áp dụng điều trị ung thư biểu mô dạ dày ở nhiều nước trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam và đã có nhiều tiến bộ trong phẫu thuật cũng như trong điều trị và chăm sóc cho người bệnh ung thư dạ dày. PTNS hoàn toàn cắt TBDD đã góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho người bệnh ung thư dạ dày, phục hồi chức năng tiêu hóa và chức năng vận động sớm, phục hồi sức khỏe sớm, giảm stress sau mổ, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, giảm thời gian nằm viện sau mổ cho người bệnh [6,7].

Để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, an toàn của kỹ thuật và kết quả phẫu thuật nội soi hoàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 70 bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô dạ dày được PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2020 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thực hiện nghiên cứu mô tả tiến cứu ở bệnh nhân UTBMDD 1/3 trên, 1/3 giữa hoặc tổn thương có bờ trên cách tâm vị < 6cm, chưa xâm lấn thực quản, tổn thương ở phía bờ cong lớn, di căn hạch nhóm 4sa, 4sb, giai đoạn bệnh $\leq$ III và PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân UTDD mổ mở, PTNS cắt TBDD không phải vét hạch D2 (D1, D1+...). BN có ung thư khác kèm theo, rối loạn nhận thức.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi, giới, BMI, ASA, đau bụng, chán ăn, sụt cân, khám sờ thấy u, vị trí tổn thương, tít mô bệnh học, mức độ biệt hóa, giai đoạn bệnh.

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2...

- Kết quả trong mổ: Kỹ thuật cắt dạ dày, nạo vét hạch, kỹ thuật nối lưu thông tiêu hóa, số hạch vét được, số hạch di căn, tai biến trong mổ, lượng máu mất và thời gian phẫu thuật.

- Kết quả sau mổ: Biến chứng sau mổ, thời gian đặt thông mũi hồng tràng, thời gian trung tiện, rút dẫn lưu, cho ăn và thời gian nằm viện sau mổ, thời gian sống thêm sau mổ.

Quy trình phẫu thuật:

BN nằm ngửa dạng hai chân, phẫu thuật viên đứng bên trái, sử dụng 5 trocar: 1 trocar 10mm ngay

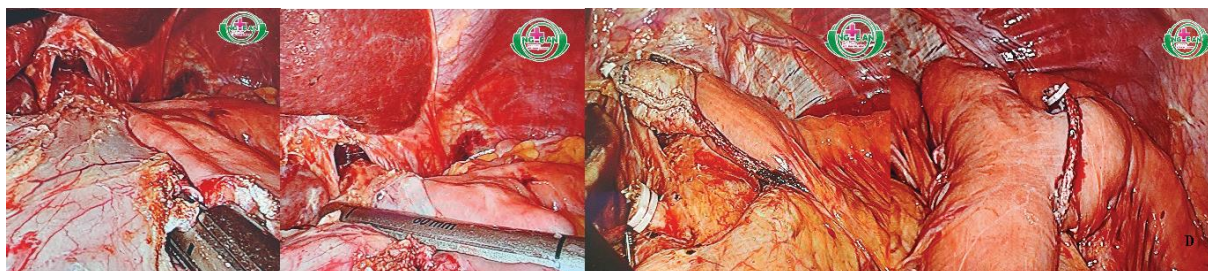
dưới rốn; 1 trocar 12mm ở mạn sườn trái ngang rốn; 3 trocar 5mm ở mạn sườn phải ngang rốn và 2 hạ sườn 2 bên, tiến hành phẫu thuật theo các bước sau:

Bước 1: Đánh giá tổn thương và khả năng cắt dạ dày. **Bước 2:** Cắt mạc nối lớn, vét hạch nhóm 4, 11d, 10 và 2. **Bước 3:** Nạo vét hạch nhóm 6, phẫu tích bó mạch vị mạc nối phải. **Bước 4:** Nạo vét hạch nhóm 3, 5, 8a, 12a, thắt động mạch vị phải (**hình 1**). **Bước 5:** Nạo vét hạch nhóm 7, 9, 11p, thắt bó mạch vị trái (**hình 1**). **Bước 6:** Vét hạch nhóm 1, phẫu tích tâm vị thực quản.



Hình 1: Nạo vét hạch D2 trong PTNS cắt toàn bộ dạ dày.

Bước 7: Nối thực quản hồng tràng: mở lỗ nhỏ ở bên trái thực quản và bờ tự do hồng tràng, dùng stapler thứ nhất nối hồng tràng vào thực quản. Stapler thứ 2 vừa cắt ngang thực quản hồng tràng vừa đóng kín miệng nối theo hình chữ T (**hình 2**). Nối hồng hồng tràng tận - bên cách miệng nối trên 40 - 60cm bằng 2 stapler (**hình 2**). **Bước 8:** Cắt, đóng mồm tá tràng dưới môn vị 1 - 1,5cm. **Bước 9:** Bơm rửa sạch ổ bụng, đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách. **Bước 10:** Lấy bệnh phẩm (cho bệnh phẩm vào túi đựng rồi mở rộng thêm lỗ đặt trocar 12mm khoảng 4 - 6cm để đưa ra ngoài) và đóng lại các lỗ trocar.



Hình 2: Nối thực quản hồng tràng tận tận không cắt thực quản và hồng tràng trước, nối hồng hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng hoàn toàn trong ổ bụng sau cắt toàn bộ dạ dày.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		n = 70	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình		62,47 ± 11,6 (29 - 88) tuổi	
Gới tính	Nam	50	71,4
	Nữ	20	28,6
BMI trung bình		20,53 ± 2,04 (14,7 - 25,0) kg/m ²	

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		n = 70	Tỷ lệ %
ASA	ASA1	33	47,1
	ASA2	30	42,9
	ASA3	7	10
Đau bụng vùng thượng vị		70	100
Chán ăn		66	94,3
Sụt cân		67	95,7
Sờ thấy u khi thăm khám		5	7,1

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		n = 70	Tỷ lệ %
Vị trí tổn thương	1/3 trên	8	11,4
	1/3 giữa	58	82,9
	1/3 dưới	3	4,3
	Tổn thương toàn bộ	1	1,4
Type UTBM	Tuyến ống, nhú	56	80,0
	Tuyến nhầy	3	4,3
	Tế bào nhẵn	11	15,7
Giai đoạn bệnh	I	15	21,4
	II	32	45,7
	III	23	32,8

Nghiên cứu chúng tôi có tuổi thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, BMI thấp nhất là 14,7 kg/m² và cao nhất là 25 kg/m². Tỷ lệ nam/nữ 2,5/1. Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA1 và ASA2. Có 3 trường hợp vị trí tổn thương ở hang vị nhưng tổn thương lan lên quá góc BCN và cách tâm vị dưới 6 cm.

Bảng 2: Kết quả trong mổ

Kết quả trong mổ		n = 70	Tỷ lệ %
Tai biến	Tổn thương gan	1	1,4
	Tổn thương lách	1	1,4
	Tổn thương ruột non	1	1,4
Số hạch nạo vét được trung bình		23,2 ± 6,7 (15 - 44) hạch	
Số hạch di căn trung bình		2,77 ± 3,8 (0 - 14) hạch	
Lượng máu mất trung bình trong mổ		32,29 ± 10,09 (20 - 50) ml	
Thời gian phẫu thuật trung bình		202,2 ± 28,9 (145 - 270) phút	

100% PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2 theo quy trình 10 bước và nối thực quản hồng tràng tận - tận kiểu fonctionnal không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler) với vị trí phẫu viên bên trái, sử dụng 5 trocar. Có 07 BN (10%) có khó khăn trong các bước

của quy trình gồm 01BN do dính sau mổ củ, 01 BN mổ ổ bụng nhiều, 02 BN u to trên 6cm, 01 BN u cao sát tâm vị và 02 BN ổ bụng hẹp do thể trạng nhỏ, gầy. Tai biến trong mổ có 03 BN đó là: 01 BN tổn thương bao gan trái, 01 BN tổn thương lách gây chảy máu trong mổ và 01 BN rách thanh cơ ruột non khi khâu nối.

Bảng 3: Kết quả điều trị sau mổ

Kết quả điều trị sau mổ		n = 70	Tỷ lệ %
Biến chứng sau mổ	Viêm phổi	1	1,4
	Áp xe tồn dư	1	1,4
	Nhiễm trùng vết mổ	1	1,4
	Rò tiêu hóa	0	0,0
	Tử vong sau mổ	0	0,0
Thời gian rút thông mũi hồng tràng sau mổ		22,4 ± 26,8 (0 - 96) giờ	
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng sau mổ		3,1 ± 1,2 (2 - 6) ngày	
Thời gian trung tiện sau mổ		48,6 ± 13,1 (24 - 72) giờ	
Thời gian cho ăn đường miệng sau mổ		3,7 ± 1,4 (2 - 6) ngày	
Thời gian nằm viện trung bình sau mổ		7,3 ± 1,9 (5 - 13) ngày	
Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ		40,14 ± 1,73 (36,75 - 43,54) tháng	
Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau mổ		1 năm	98,6
		2 năm	92,1
		3 năm	75,9

4,2% có biến chứng sau mổ, tất cả các bệnh nhân đều điều trị nội khoa ổn định ra viện, không có trường hợp nào phải mổ lại hoặc tử vong trong vòng 1 tháng sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 62,47 ± 11,6 tuổi, thấp nhất là 29 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, điều này chứng tỏ UTBMDD có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng có xu hướng gặp nhiều hơn ở người cao tuổi và PTNS hoàn toàn áp dụng được để điều trị UTBMDD cho người cao tuổi. Đây là một ưu điểm nổi bật của PTNS hoàn toàn. Theo nghiên cứu của các tác giả ở Nhật Bản tuổi mắc UTDD là 62,7 -

64,8 tuổi và Châu Âu và Mỹ là 63,6 - 73 tuổi [2,3]. 71,4% là nam giới và 28,6% là nữ giới, tỷ lệ nam/nữ 2,5/1. Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA1 chiếm 47,1% và ASA2 chiếm 42,9%. BMI trung bình trước mổ là $20,53 \pm 2,04 \text{ kg/m}^2$, thấp nhất là $14,7 \text{ kg/m}^2$ cao nhất là 25 kg/m^2 . Về đặc điểm lâm sàng của UTBMDD thường không điển hình ngay cả khi người bệnh đến muộn. Theo các nghiên cứu thì các triệu chứng thường gặp là đau bụng, chán ăn và sụt cân [2,4]. Kết quả của chúng tôi có các triệu chứng đau bụng, chán ăn, sụt cân với các tỷ lệ lần lượt là 100%, 94,3%, 95,7%. Có 5 BN sờ thấy u khi thăm khám chiếm 7,1%, các nghiên cứu trong nước có tỷ lệ sờ thấy u khi thăm khám dao động từ 6% đến 23%. Kết quả nghiên cứu có 11,4% ung thư 1/3 trên dạ dày và 82,9% là 1/3 giữa, 4,3% là 1/3 dưới và 1,4% là thể loét thâm nhiễm tổn thương toàn bộ dạ dày. Có 03 trường hợp vị trí tổn thương ở hang vị nhưng tổn thương ung thư lan lên quá góc BCN, cách tâm vị dưới 6 cm và 01 trường hợp u cao, cách đường Z khoảng 1cm về phía dạ dày (tương đương Siewert II) nhưng kích thước tổn thương trên 3cm (lan qua Siewert III) nên chúng tôi chỉ định cắt TBDD nạo vét hạch D2. Chúng tôi vừa tiến hành cắt ngang thực quản - hồng tràng vừa đóng kín miệng nối bằng một stapler trên đường Z khoảng 1 - 2 cm và sinh thiết diện cắt thực quản. Trường hợp u cao này có khoảng cách từ bờ trên u đến diện cắt trên là 3 cm và kết quả sinh thiết diện cắt không còn tế bào ung thư. Đặc điểm ung thư biểu mô trong nghiên cứu chúng tôi có 80,0% là tuyến nhú và ống, 15,7% tế bào nhân. Ung thư ở giai đoạn I, II, III là 21,4%, 45,7%, 32,8%. Để đảm bảo hết tổ chức ung thư (R0), chúng tôi chỉ định cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 cho những trường hợp UTBMDD 2/3 trên, thể loét thâm nhiễm toàn bộ và những trường hợp mà bờ trên tổn thương ung thư cách tâm vị dưới 6cm, chưa xâm lấn thực quản, tổn thương ở bờ cong lớn, những trường hợp giai đoạn bệnh $\leq$ III [3]. Để phòng ngừa tái phát tại miệng nối, các khuyến cáo mới nhất của Hiệp hội UTDD của Nhật Bản và Mỹ đều cho rằng khoảng cách này ít nhất là 5 cm [2]. Chúng tôi thấy rằng những trường hợp u ở tâm vị thì lựa chọn kỹ thuật nối thực quản hồng tràng tận bên kiểu OrVil bằng máy khâu nối tròn sẽ thuận lợi hơn máy khâu nối thẳng.

Về kỹ thuật phẫu thuật, chúng tôi thực hiện PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 theo quy trình 10 bước, kết quả 100% thực hiện thành công quy trình PTNS hoàn toàn cắt TBDD nạo vét hạch D2, nối thực quản hồng tràng tận - tận kiểu fonctionnal không cắt thực

quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler) với vị trí phẫu viên bên trái và sử dụng 5 trocar. Chúng tôi nhận thấy PTNS theo quy trình 10 bước là thuận lợi và an toàn trong phẫu thuật cắt TBDD và nạo vét hạch D2. Làm miệng nối thực quản hồng tràng tận - tận kiểu fonctionnal không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng (2 linear stapler) hoàn toàn trong ổ bụng thuận lợi hơn so với nối thực quản hồng tràng tận - bên kiểu OrVil bằng máy cắt nối tròn và thẳng (1 circular stapler và 1 linear stapler) hoặc nối bên bên kiểu Overlap bằng máy cắt nối thẳng bởi phẫu trường rộng hơn, thao tác ít hơn, nhanh hơn và chi phí thấp hơn. Tuy nhiên, có 10% trường hợp có khó khăn trong các bước của quy trình gồm 01BN do dính sau mổ cũ, 01 BN mổ ổ bụng nhiều, 02 BN u to trên 6cm, 01 BN u cao sát tâm vị và 02 BN ổ bụng hẹp do thể trạng nhỏ, gầy nhưng tất cả đều phẫu thuật thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở do tai biến trong mổ cũng như có biến chứng sau mổ.

Tai biến trong mổ: có 03 trường hợp có tai biến trong mổ, đó là 1,4% tổn thương bao gan trái trong lúc vén gan, 1,4% tổn thương bao lách trong lúc vét hạch nhóm 10 gây chảy máu, tất cả các trường hợp này đều được đốt điện cầm máu trong thì nội soi. 1,4% rách thanh cơ ruột non trong khi cầm nắm để cắt nối tiêu hóa, tiến hành khâu lại thanh cơ bằng 01 mũi chữ X, chỉ vicryn 4.0 trong thì phẫu thuật nội soi. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở do tai biến và tử vong trong mổ. Tác giả Ebehara Yuma, nghiên cứu trên 65 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày có tỷ lệ tai biến trong mổ 7,7%, trong đó có 2 BN phải chuyển mổ mở do liên quan đến miệng nối thực quản hồng tràng như máy cắt nối cắt vào ống thông dạ dày, nối ngược quai [6]. Võ Duy Long ghi nhận 2 trường hợp tai biến trong mổ, chiếm 1,8%; Đỗ Văn Tráng có tỷ lệ tai biến trong mổ là 8,6% [3].

Số hạch nạo vét được trung bình $23,2 \pm 6,7$ hạch, số hạch di căn trung bình $2,77 \pm 3,8$ hạch. Ebehara Yuma, số hạch nạo vét được trung bình là 30,2 hạch [6]. Kim EY và cộng sự, số hạch vét được trung bình ở nhóm PTNS hoàn toàn cắt TBDD là $38,3 \pm 14,2$ hạch [7]. Tác giả Lee JH và cộng sự số hạch nạo vét được là $55,0 \pm 17,8$ hạch [8]. Lượng máu mất trung bình trong mổ là $32,29 \pm 10,09$ (20 - 50) ml và thời gian phẫu thuật trung bình là $202,2 \pm 28,9$ (145 - 270) phút.

Biến chứng sau mổ: 03 trường hợp có biến chứng sau mổ, trong đó là 1,4% áp xe tồn dư sau

mổ, tiến hành chọc hút dịch mủ dưới hướng dẫn siêu âm và điều trị nội khoa ổn định, bệnh nhân ổn định ra viện. 1,4% bị viêm phổi sau mổ ngày thứ 4 sau mổ, tiến hành điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện. 1,4% nhiễm trùng vết mổ chỗ lấy bệnh phẩm, tiết hành cắt chỉ để hở vết mổ và thay băng hằng ngày, vết mổ ổn định khâu lại và cho ra viện. Không có trường hợp nào rò tiêu hóa và tử vong trong vòng 1 tháng sau mổ. Tỷ lệ biến chứng của các tác giả phương Tây và Mỹ từ 21 - 26% [2,3]. Nghiên cứu của tác giả Ebehara Yuma - 2013 (Nhật Bản), lượng máu mất trong mổ trung bình là 85,2 ml; thời gian phẫu thuật trung bình là 271,5 phút, tỷ lệ biến chứng chung là 15,4% và 1,5% tử vong, trong đó không có trường hợp nào rò miệng nối thực quản hồng tràng, 1,5% rò miệng nối hồng tràng - hồng tràng, 1,5% rò móm tá tràng, 4,6% hẹp miệng nối, 3,1% rò tụy, 1,5% liệt ruột sau mổ và 3,1% nhiễm trùng vết mổ [6]. Tác giả Kim EY - 2016 (Hàn Quốc), kết quả giữa PTNS hoàn toàn như sau: thời gian phẫu thuật trung bình là 228,9 phút, lượng máu mất trong mổ trung bình là 90,9 ml, thời gian trung tiện trung bình là 3,0 ngày, thời gian bắt đầu ch ăn đường miệng trung bình là 4,6 ngày, tỷ lệ biến chứng là 18,5% [7]. Shinohara T và cộng sự, lượng máu mất trung bình trong mổ là 102ml (20 - 694ml), 14% rò tụy sau mổ, 5,4% tắc ruột do thoát vị nội sau mổ và 18,1% tái phát và di căn sau mổ với thời gian theo dõi trung bình 16 tháng. Không có trường hợp nào rò miệng nối và tử vong sau mổ [9]. Tỷ lệ tái phát u sau mổ của các tác giả ở châu Á từ 0,3 - 1,7% và di căn sau mổ là 4,5% - 15%, còn các tác giả ở Châu Âu có tỷ lệ di căn cao hơn, từ 13,3 - 37,9% [3]. Lee JH và cộng sự là 150ml (10 - 800ml) [10]. Kyogoku N và cộng sự, lượng máu mất trung bình trong mổ dùng stapler thẳng là 23ml [11]. Jeong O và cộng sự, thời gian PTNS cắt toàn bộ dạ dày trung bình là 284 ± 91 phút [12]. Theo Noh SH và cộng sự tỷ lệ rò miệng nối ở BN sau mổ cắt toàn bộ dạ dày là 2,3 - 10,4% [13]. Strong VE, tỷ lệ rò miệng nối sau mổ cắt toàn bộ dạ dày do UTDD là 5 - 10% [14]. Chang KK có 7,5% rò tiêu hóa sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày [15].

Thời gian rút thông mũi hồng tràng sau mổ trung bình là $22,4 \pm 22,8$ giờ, trong đó 48,6% rút thông mũi hồng tràng ngay sau mổ (0 giờ). Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $48,6 \pm 13,1$ giờ. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là $3,1 \pm 1,2$ ngày; thời gian bắt đầu cho ăn đường miệng trung bình là $3,7 \pm 1,4$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình là $7,3 \pm 1,9$ ngày. Chúng tôi nhận thấy, PTNS hoàn toàn

bệnh nhân phục hồi chức năng tiêu hóa, vận động và sức khỏe sớm nên cung cấp dinh dưỡng đường miệng được sớm, nhu cầu dùng thuốc giảm đau ít và thời gian nằm viện ngắn. Tác giả Ebehara Yuma, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 21,4 ngày; thời gian trung tiện trung bình là 1,9 ngày, thời gian bắt đầu cho ăn trung bình là 4,6 ngày [6]. Tác giả Kim EY, kết quả thời gian trung tiện trung bình là 3,0 ngày, thời gian bắt đầu ch ăn đường miệng trung bình là 4,6 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 13,6 ngày [7]. Chang KK, cho ăn đường miệng vào ngày thứ 3 sau mổ [15]. Jeong O và cộng sự cho ăn mềm sau PTNS cắt TBDD vào ngày thứ nhất hoặc ngày thứ 2 [12]. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, không cần thiết phải đặt thông mũi hồng tràng sau mổ cắt TBDD [16 - 18] và nuôi dưỡng sớm đường miệng giúp người bệnh hồi phục chức năng tiêu hóa, sức khỏe, vận động sớm hơn và thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn [19 - 21]. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $40,14 \pm 1,73$ tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm lần lượt là 98,6%; 92,1%; 75,9%. Nguyễn Anh Tuấn và cộng sự nghiên cứu 149 BN cắt TBDD từ 1994 đến 2000 và chia làm 2 nhóm. Nhóm 1 có thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ 1, 2, 3, 4, 5 năm là 76,36%, 60,0%, 40,0%, 27,27%, 25,45% và nhóm 2 sống thêm 1, 2, 3 năm là 75,93%, 53,7%, 46,0% [22]. Tác giả Kyogoku N và cộng sự nghiên cứu trên 379 BN PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị UTBMDD cho kết quả sống tới 5 năm là 81,2%, trong đó tỷ lệ sống 5 năm theo các giai đoạn lần lượt là 94,0%, 77,1% và 43,9% cho các giai đoạn I, II và III. Ngoài ra, còn có 144 BN sống trên 5 năm, tỷ lệ sống trên 5 năm ứng với giai đoạn bệnh lần lượt là 93,1%, 74,4% và 50,0% cho các giai đoạn I, II và III [11]. Kết quả nghiên cứu về thời gian sống thêm sau mổ của các tác giả trong và ngoài nước còn khác nhau về tỷ lệ theo từng năm, từng giai đoạn bệnh giữa các nghiên cứu. Tuy nhiên kết quả các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ thời gian sống thêm sau mổ theo từng năm ngày càng tăng ở các nghiên cứu gần đây, đặc biệt là PTNS hoàn toàn điều trị UTBMDD giai đoạn I và II. Như vậy, qua nghiên cứu 70 BN được PTNS cắt TBDD nạo vét hạch D2 trong điều trị UTBMDD, chúng tôi thấy PTNS hoàn toàn là kỹ thuật khả thi, an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật điều trị UTBMDD. Việc lựa chọn kỹ thuật PTNS hoàn toàn phải tùy thuộc vào cơ sở vật chất, trang thiết bị, trình độ cũng như kỹ năng, đường cong huấn luyện và cơ sở phẫu thuật viên được đào tạo.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 nối thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước là kỹ thuật khả thi và an toàn trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày. Kết quả phẫu thuật đáp ứng được triệt căn trong điều trị ung thư và góp phần nâng cao hiệu quả điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68: 394-424.
2. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma - 3rd english edition. *Gastric Cancer*. 2011;14:101-112.
3. Van Huong Nguyen et al. Results of laparoscopic total gastrectomy and D2 lymph node dissection with the left-site surgeon and final resection and closure of the duodenal stump in gastric cancer treatment. *Surg. Gastroenterol. Oncol*. 2020; 25 (4):199-205.
4. Okabe H et al. Intracorporeal esophagojejunal anastomosis after gastrectomy for patients with gastric cancer. *Surg Endosc*. 2009;23:2167-2171
5. Dinh Van Chien, NV. Huong et al. Totally laparoscopic total gastrectomy with technique of functional end-to-end esophagojejunosomy by linear stapler without previous resection of the esophagus and jejunum. *International Surgery Journal*. 2020;7(11):3614-3619
6. Ebihara Y, Okushiba S, Kawarada Y et al. Outcome of functional end-to-end esophagojejunosomy in totally laparoscopic total gastrectomy. *Langenbecks Arch Surg*. 2013;398: 475-479.
7. Kim EY, Choi HJ, Cho JB, Lee J. Totally Laparoscopic Total Gastrectomy Versus Laparoscopically Assisted Total Gastrectomy for Gastric Cancer. *Anticancer Res*, 2016;36(4): 1999-2003.
8. Lee JH, Lee CM, Son SY et al. Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: long-term oncologic results. *Surgery*. 2014;155(1):154-164.
9. Shinohara T, Kanaya S, Taniguchi K et al. Laparoscopic Total Gastrectomy With D2 Lymph Node Dissection for Gastric Cancer. *Arch Surg*. 2009;144(12):1138-1142.
10. Lee JH, Ahn SH, Park DJ et al. Laparoscopic Total Gastrectomy with D2 Lymphadenectomy for Advanced Gastric Cancer. *World J Surg*. 2012;36(10):2394-2399.
11. Kyogoku N, Ebihara Y, Shichinohe T et al. Circular versus linear stapling in esophagojejunosomy after laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer: a propensity score-matched study. *Langenbecks Arch Surg*. 2018;403(4): 463-471.
12. Jeong O, Ryu SY, Choi WY et al. Risk Factors and Learning Curve Associated with Postoperative Morbidity of Laparoscopic Total Gastrectomy for Gastric Carcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(9): 2994-3001.
13. Noh SH, Hyung WJ. Part XV: Postoperative Management and Follow-Up. *Surgery for Gastric Cancer*. 2019:304-340.
14. Strong VE. Managing Early and Late Postoperative Complications Following Gastric Surgery. *Gastric Cancer: Principles and Practice*. 2015:239-249.
15. Chang KK, Patel MS, Yoon SS. Linear-Stapled Side-to-Side Esophagojejunosomy with Hand-Sewn Closure of the Common Enterotomy After Prophylactic and Therapeutic Total Gastrectomy. *J Gastrointest Surg*. 2017;21(4):712-722.
16. Doglietto GB et al. Nasojejunal tube placement after total gastrectomy: A multicenter prospective randomized trial. *Arch Surg*. 2004;139:1309-1313.
17. Fabio Pacell et al. Naso-gastric or naso - jejunal decompression after partial distal gastrectomy for gastric cancer. Final results of a multicenter prospective randomized trial. *Gastric Cancer*. 2013; 319: 19-22.
18. Da Wang et al. Is Nasogastric or Nasojejunal Decompression Necessary Following Gastrectomy for Gastric Cancer? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *J Gastrointest Surg*. 2015; 19:195-204.
19. Aelee Jang et al. Early Postoperative Oral Feeding After Total Gastrectomy in Gastric Carcinoma Patients: A Retrospective Before-After Study Using Propensity Score Matching. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 2019;43(5):649-657.
20. Juan Wang et al. Comparison of Early oral feeding with traditional oral feeding after total gastrectomy for gastric cancer: A propensity score matching Analysis. *Journal Frontiers in Oncology*. 2019;9:1194.
21. Sierzega M, Choruz R, Pietruszka S et al. Feasibility and outcomes of early oral feeding after total gastrectomy for cancer. *J Gastrointest Surg*. 2015;19(3):473-479.
22. Nguyễn Anh Tuấn, Hoàng Công Đắc. Ung thư dạ dày: kết quả theo dõi lâu dài trên 149 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày triệt căn. *Tạp chí Y học thực hành*. 2001;1:39-44.