

NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH VÀ BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Lê Quốc Phong¹, Nguyễn Nhật Quang¹,
Phạm Như Hiệp¹, Nguyễn Văn Lượng¹, Lê Lộc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi dạ dày, chỉ định và biến chứng sau mổ cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu trên 56 bệnh nhân ung thư dạ dày, được phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày và vét hạch chặng 2. Từ 1/2013 đến 1/2017 tại khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi dạ dày, chỉ định phẫu thuật biến chứng sau mổ.

Kết quả: 56 bệnh nhân ung thư dạ dày: 40 nam và 16 nữ, tuổi trung bình $59,8 \pm 10,8$ (38 - 84). Chỉ định cắt toàn bộ dạ dày và vét hạch chặng 2 cho các vị trí thương tổn: tâm vị 12,5%, đáy vị 3,6%, thân vị 48,2%, hang - thân vị 16,1%, toàn bộ dạ dày thể linitis 19,6%. Tái lập lưu thông tiêu hóa, miệng nổi thực quản - hồng tràng Roux en Y chiếm 98,2%, số hạch vét được $19,6 \pm 4,3$, thời gian phẫu thuật $208,9 \pm 19,9$ phút, thời gian nằm viện trung bình $12,3 \pm 2,4$ ngày. Biến chứng: dò miệng nổi thực quản - hồng tràng 3,6%, nhiễm trùng vết mổ 5,4%, bục mồm tá tràng 1,8%, chảy máu ổ bụng 1,8%, viêm phổi 8,9%, không có tử vong sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày là phương pháp được lựa chọn trong điều trị bệnh ung thư dạ dày. Nghiên cứu cho thấy đây là phẫu thuật an toàn, khả thi, và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày.

Từ khóa: ung thư dạ dày, phẫu thuật mở

ABSTRACT

THE RESEARCH INDICATION AND COMPLICATON AFTER TOTAL GASTRECTOMY IN GASTRIC CANCER

Le Quoc Phong¹, Nguyen Nhat Quang¹,
Pham Nhu Hiep¹, Nguyen Van Luong¹, Le Loc¹

Objective: Research clinical characteristics, endoscopic, the operative indication and complication after total gastrectomy in the gastric cancer.

Subject and Method: A prospective study on 56 gastric cancer patients, were surgically the total gastrectomy by laparotomy from 1.2013 to 1.2017 at Digestive Surgical Department of Hue Central Hospital. All patients were examined clinically, endoscopic gastric, operative indication, postoperative complications.

Results: We had overalled 56 patients: 40 males and 16 females, the mean patient was 59.8 ± 10.8 years

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 27/7/2018; Ngày phản biện (Revised): 14/8/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 27/8/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Quốc Phong
- Email: drlequocphong@yahoo.com; ĐT: 0914977660

of age (38 - 84). The lesions were located in cardia 12.5%, gastric fundus 3.6%, gastric body 48.2%, antrum and body gastric 16.1%, plastic linitis 19.6%. The reconstruction technique used was the esophagus - jejunal anastomosis end to side Roux en Y in 55 patients (98,2%). The mean number of lymph nodes after D2 19.6 ± 4.3 . The mean operative time 208.9 ± 9.9 minutes. The mean post - operative hospital stay was 12.3 ± 2.4 days. The early complication: esophagus - jejunal fistulas in two (3.6%), wound infection in three (5.4%), duodenal fistulas in one (1.8%), abdominal hemorrhage in one (1.8%), pulmonary infection in five (8.9%).

Conclusion: Total gastrectomy is a procedure of choice for treatment in gastric cancer patients. This study shows that total gastrectomy is a safe, feasible and effective.

Key words: laparotomy, gastric cancer, total gastrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là bệnh lý thường gặp, đứng hàng thứ hai trong các nguyên nhân gây tử vong do ung thư. Năm 2011, ước tính trên thế giới có 989.600 trường hợp ung thư dạ dày mắc mới và hơn 738.000 trường hợp tử vong. Về mặt giải phẫu bệnh trong ung thư dạ dày, loại ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế từ 90 - 95%. Ung thư dạ dày gặp nhiều ở Nhật Bản, Trung Quốc, một số nước Bắc Âu và Nam Mỹ. Ung thư dạ dày có thể gặp ở phần trên, phần giữa hoặc phần dưới dọc theo trục của dạ dày, khoảng 10% ở phần trên, 40% ở phần giữa, 40% ở phần dưới và 10% ở nhiều nơi của dạ dày. Những khối u dạ dày phần dưới chiếm ưu thế ở các nước đang phát triển, ở những người da đen, và khu vực có nền kinh tế xã hội thấp. Khối u phần trên dạ dày phổ biến hơn ở các nước phát triển, ở những người da trắng và các khu vực có nền kinh tế xã hội cao [1], [5], [6], [12].

Trong điều trị ung thư dạ dày, phẫu thuật là phương pháp đầu tiên. Tùy theo, vị trí và đặc điểm của khối u, mà quyết định phương pháp phẫu thuật. Nếu ung thư dạ dày vùng hang vị thì phẫu thuật có thể cắt cực dưới hoặc cắt toàn bộ dạ dày. Nếu khối u nằm ở phần trên, phần giữa, và toàn bộ dạ dày thì phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày. Trên cơ sở đánh giá của phẫu thuật viên về các vấn đề như: vị trí, kích thước, khối u khu trú tại chỗ hay lan rộng, mức độ xâm lấn của khối u mà chọn kỹ thuật cho phù hợp. Mặc dù, đã có rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, nhưng nhiều bệnh nhân ung thư dạ dày vẫn vào viện

khi bệnh đã ở giai đoạn muộn. Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày đã được chấp nhận như một phương pháp điều trị lựa chọn đối với ung thư dạ dày 1/3 trên và 1/3 giữa và toàn bộ dạ dày. Những tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh cho bệnh nhân trước mổ như: chụp cắt lớp vi tính đa nhát cắt, siêu âm nội soi, kỹ thuật gây mê, kỹ thuật mổ và săn sóc sau mổ đã đem lại nhiều kết quả khả quan. Tuy nhiên, cắt toàn bộ dạ dày vẫn được xem là phẫu thuật lớn, khó, kỹ thuật phức tạp, thời gian mổ kéo dài, có nguy cơ biến chứng sau mổ và tử vong cao [2], [3], [4], [8], [10], [11].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “**Nghiên cứu chỉ định và biến chứng sau phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày**”, nhằm hai mục tiêu:

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chỉ định và đặc điểm kỹ thuật cắt toàn bộ dạ dày.
- Xác định các biến chứng sau mổ cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 56 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày do ung thư dạ dày tại khoa Ngoại tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2013 đến tháng 1/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Là một nghiên cứu lâm sàng, tiến cứu mô tả có can thiệp.
- Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân ung thư dạ

Bệnh viện Trung ương Huế

dày: giới, lứa tuổi, lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định, đặc điểm kỹ thuật và biến chứng sau mổ cắt toàn bộ dạ dày.

2.3. Chỉ định

- Ung thư dạ dày: tâm vị, đáy vị, thân vị, hang - thân vị và thâm nhiễm toàn bộ thể linitis.

- Không có bệnh lý nội khoa nặng phối hợp.

2.4. Phương pháp vô cảm

- Gây mê nội khí quản

2.5. Kỹ thuật cắt toàn bộ dạ dày bằng phẫu thuật mở

- Cắt toàn bộ dạ dày là lấy bỏ toàn bộ dạ dày có khối u, có đường cắt trên ở thực quản và đường cắt dưới ở tá tràng. Sau khi đã thăm sát và đánh giá tổn thương. Phía bờ cong vị lớn, thắt động mạch vị mạc nối phải và trái, bóc tách cẩn thận vùng rốn lách, tránh làm tổn thương lách. Nếu không có chỉ định cắt lách, nên bảo tồn lách. Phía bờ cong vị bé, thắt bó mạch vị phải và trái. Phẫu tích đến vùng môn vị, thắt động mạch vị mạc nối phải. Tá tràng được kẹp cắt ngang bằng GIA hoặc khâu đóng lại bằng tay, khâu tăng cường chỉ Vicryl 3.0 mũi khâu vắt.

- Tiếp tục giải phóng dạ dày: từ phía bờ cong vị bé, bờ cong lớn, và đáy vị đến tâm vị. Cắt các dây chằng dính từ thành sau dạ dày vào mặt trước tụy và phúc mạc thành sau, giải phóng phần đáy vị, tâm vị ra khỏi vòm hoành và thực quản bụng, thắt các mạch máu nhỏ đến nuôi thực quản đoạn bụng, khâu 2 mũi chỉ đánh dấu, kẹp bằng clamp và cắt thực quản.

- Vết hạch chằng 2: bóc các nhóm hạch chằng 1 (các nhóm 1,2,3,4,5,6) quanh dạ dày theo kiểu cuốn chiếu, tiếp tục bóc các nhóm hạch (8, 9, 10, 11). Phẫu tích bóc lộ mạch máu và các nhóm hạch; nhóm 7: liềm động mạch vị trái, nhóm 8: sát động mạch gan chung ở phía trên đầu tụy, nhóm 9: cạnh động mạch thân tạng, nhóm 10: hạch cuống lách, nhóm 11: dọc động mạch lách bờ trên thân đuôi tụy từ phải sang trái [9], [13].

- Tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu Roux en Y: đoạn đầu hồng tràng cách góc Treitz khoảng 30 - 40 cm, cùng với mạc treo được cắt ngang. Chú ý bảo tồn các mạch máu mạc treo tưới máu tốt hai đầu cắt, tránh thiếu máu. Đầu dưới hồng tràng được đưa lên nối với thực quản đoạn bụng bằng máy khâu nối EEA 25, có tạo hình túi chứa hoặc không, khâu tăng cường chỉ vicryl 3.0 mũi rời. Miệng nối hồng tràng - hồng tràng phân xa theo kiểu tận - bên, cách miệng nối thực quản 65 - 70 cm [2], [3], [13].

2.6. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố theo giới

Giới	n	%
Nam	40	71,4
Nữ	16	28,6
Tổng	56	100

Bảng 2. Phân bố theo tuổi

Tuổi	≤39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	≥80	Tổng
n	1	9	16	20	9	1	56
%	1,8	16,1	28,6	35,7	16,1	1,8	100

Tuổi nhỏ nhất 38 lớn nhất 84, trung bình 59,8±10,8

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	n	%
Sút cân	18	32,1
Chán ăn	15	26,8
Đầy bụng, ợ hơi	8	14,3

Đau vùng thượng vị	48	85,7
Nuốt nghẹn	14	25,0
Xuất huyết tiêu hóa	7	12,5
Sờ được khối u	9	16,1

Bảng 4. Số lượng hồng cầu khi vào viện

Số lượng hồng cầu (triệu/ml)	n	%
2,0 – <2,5	4	7,1
2,5 - <3,0	6	10,7
3,0- <3,5	18	32,1
3,5 – 4,0	28	50,0

Bảng 5. Dạng thương tổn qua nội soi dạ dày

Dạng thương tổn	n	%
Sùi	8	14,3
Loét	21	37,5
Sùi + loét	16	28,6
Thâm nhiễm	11	19,6
Tổng	56	100

Bảng 6. Vị trí khối u dạ dày

Vị trí khối u	n	(%)
Tâm vị	7	12,5
Đáy vị	2	3,6
Thân vị	27	48,2
Hang - thân vị	9	16,1
Thâm nhiễm toàn bộ dạ dày thể linitis	11	19,6
Tổng	56	100

Bảng 7. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	(%)
Cắt toàn bộ dạ dày+vết hạch D2+nối Omega-Brownn	1	1,8
Cắt toàn bộ dạ dày+vết hạch D2+nối Roux en Y	55	98,2
Tổng	56	100

Bảng 8. Tạng cắt bỏ kèm theo

Tạng cắt bỏ	n	(%)
Thùy gan trái	1	1,8
Lách	4	7,1
Đuôi tụy và lách	4	7,1
Đại tràng ngang	2	3,6
Tổng	11	19,6

Bảng 9. Các yếu tố liên quan kỹ thuật

Các yếu tố liên quan kỹ thuật	Trị số trung bình
Số lượng hạch vét được	19,6 ± 4,3 hạch
Lượng máu mất trong mổ	116,2 ± 40,4 ml
Thời gian mổ	208,9 ± 19,9 phút
Thời gian trung tiện	4,4 ± 0,7 ngày
Thời gian phục hồi sinh hoạt cá nhân	9,1 ± 2,3 ngày
Thời gian nằm viện	12,3 ± 2,4 ngày

Bảng 10. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	%
Chảy máu ổ bụng	1	1,8
Nhiễm trùng vết mổ	3	5,4
Bục mồm tá tràng	1	1,8
Dò miệng nối thực quản - ruột	2	3,6
Viêm phổi	5	8,9

Bảng 11. Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	n	%
Ung thư biểu mô tuyến ống	49	87,5
Ung thư biểu mô tuyến nhầy	5	8,9
Ung thư biểu mô tế bào nhẵn	1	1,8
Lymphoma	1	1,8
Tổng	56	100

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này, với 56 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày do ung thư dạ dày tại khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Huế. Tuổi nhỏ nhất 38 lớn nhất 84, trung bình 59,8. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác trong nước như: Nguyễn Quang Bộ là thấp nhất là 27, cao nhất là 73 tuổi, trung bình là 53,8 [1]. Đặng Văn Thời thấp nhất là 34, cao nhất là 89, tuổi trung bình là 58,4 [5]. Phạm Như Hiệp thấp nhất là 34, cao nhất là 78, tuổi trung bình là 58,6 [3]. Về giới tính, nam chiếm 71,4%, nữ chiếm 28,6%, kết quả này tương ứng nghiên cứu của Nguyễn Quang Bộ nam chiếm 71,7%, nữ chiếm 28,3% [1].

Triệu chứng lâm sàng của ung thư dạ dày, có biểu hiện lâm sàng rất phong phú, với các triệu chứng không điển hình như: sút cân, chán ăn, đầy bụng và ợ hơi, bệnh nhân thường chủ quan không đi khám. Ở giai đoạn sớm, ung thư dạ dày thường rất mờ hồ, không đặc hiệu, giai đoạn muộn thường là đau thượng vị, nôn ra máu, đại tiện phân đen... Theo các tác giả, triệu chứng đau vùng thượng vị thường gặp trên 75% đến 100%. Trong nghiên cứu này, đau vùng thượng vị chiếm 85,7%, nuốt nghẹn chiếm 25%, sụt cân chiếm tỷ lệ 32,1%, chán ăn chiếm 26,8%. Theo Nguyễn Quang Bộ đau vùng thượng vị chiếm 98,1%, sụt cân chiếm tỷ lệ 56,6%, chán ăn, mệt mỏi chiếm 24,5% [1]. Phạm Như Hiệp đau vùng thượng vị 91,4% [3]. Theo Đặng Văn Thời, đau vùng thượng vị chiếm 62%, nuốt nghẹn chiếm ưu thế 64% bởi vì tác giả nghiên cứu ung thư dạ dày vùng tâm vị, sụt cân chiếm tỷ lệ 30%, chán ăn chiếm 26%, Sờ được khối u ở bụng chiếm 6% [5]. Các tác giả đã cho rằng, mức độ sụt cân tỷ lệ với giai đoạn của bệnh, khi bệnh phát hiện càng muộn, thì thể trạng bệnh nhân càng suy kiệt, đây cũng là yếu tố tiên lượng trong và sau phẫu thuật. Chán ăn có thể gặp ở nhiều bệnh lý khác nhau. Tuy nhiên, đối với ung thư dạ dày chán ăn có thể là hậu quả của tình trạng đầy bụng, khó tiêu.

Nghiên cứu này, chúng tôi chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho các thương tổn: tâm vị (Siewert II - III) 12,5%, đáy vị 3,6%, thân vị 48,2%, hang-thân vị 16,1%, toàn bộ dạ dày thể linitis 19,6%. Theo Nguyễn Cường Thịnh, chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho ung thư dạ dày 1/3 trên 26,8%, 1/3 giữa 46,5%, 1/3 dưới 20,2%, toàn bộ dạ dày 6,6% [4]. Theo Andreollo, chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho các thương tổn tâm vị 13,3%, đáy vị 27,6%, thân vị 25,6%, hang-thân vị 7,3%, toàn bộ dạ dày thể linitis 15% [6]. Theo Chen, chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho các thương tổn: 1/3 trên dạ dày 72,3%, 1/3 giữa dạ dày 27,3% [8]. Theo Takeda, chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho các thương tổn: 1/3 trên dạ dày 63,5%, 1/3 giữa dạ dày 32,1%, 1/3 dưới dạ dày 4,4%, cắt điều

trị triệt căn 66,9%, cắt điều trị tạm thời cho các khối u gây hẹp và chảy máu 34,1% [11]. Các vị trí chỉ định cắt toàn bộ dạ dày tương tự nghiên cứu này. Khi khối u dạ dày xâm lấn vào các tạng xung quanh, chúng tôi thực hiện cắt các tạng kèm theo: thùy gan trái 1,8%, lách 7,1%, đuôi tụy và lách 7,1%, đại tràng ngang 3,6%. Theo Nguyễn Cường Thịnh, tạng cắt cùng toàn bộ dạ dày, tụy 5,26%, gan 3,07%, đại tràng 2,63%, lách 7,89%, tạng khác 4,82% [4]. Theo Andreollo, cắt tạng kèm theo: thùy gan 6%, lách 67%, đuôi tụy 9,7%, đại tràng ngang 8%, ruột non 8,7% [6]. Theo Yigiler, cắt lách 74,3%, các tạng khác cạnh dạ dày 25,7% [12]. Các tác giả chỉ định cắt các tạng kèm theo khi khối u xâm lấn ra tổ chức xung quanh như nghiên cứu của chúng tôi.

Chúng tôi, thực hiện miệng nối thực quản - ruột Roux en Y là chủ yếu chiếm 98,2%. Các tác giả hầu hết chọn, nối thực quản - ruột Roux en Y như: Andreollo 86,7% [6], Budisin 53,9% [7], Takeda 80% [11], Yigiler 58,1% [12]. Đây là miệng nối được đa số phẫu thuật viên ưa chuộng vì sinh lý, an toàn, không bị trào ngược.

Nghiên cứu này, lượng máu mất trong mổ, $116,2 \pm 40,4$ ml, thời gian phẫu thuật $208,9 \pm 19,9$ phút, thời gian nằm viện $12,3 \pm 2,4$ ngày, thời gian trung tiện $4,4 \pm 0,7$ ngày tương tự như nghiên cứu của Triệu Triều Dương cũng 4,4 ngày [2]. Theo Budisin, thời gian nằm viện 12,3 ngày tương tự như nghiên cứu của chúng tôi [7]. Theo Chen, lượng máu mất trong mổ $137,6 \pm 54,7$ ml, thời gian nằm viện mổ $9,4 \pm 2,5$ ngày thì lượng máu mất trong mổ nhiều hơn nhưng không quá chênh lệch so với chúng tôi. Tuy nhiên, thời gian nằm viện ngắn hơn nghiên cứu này [8]. Theo Cianchi, thời gian phẫu thuật $185,5 \pm 13,9$ phút, thời gian nằm viện 11,5 ngày, thời gian phẫu thuật và nằm viện ngắn hơn nghiên cứu này. Các tác giả trong và ngoài nước đều chủ trương cắt dạ dày bán phần hoặc toàn phần, vét hạch D2 theo trường phái của Nhật Bản [2], [3], [4], [6], [11]. Nghiên cứu này, số hạch vét được $19,6 \pm 4,3$. Theo Triệu Triều Dương, số lượng hạch vét được 42,4

[2]. Theo Cianchi, số lượng hạch vét được $29,7 \pm 2,6$ [9]. Cả hai tác giả số hạch lấy được nhiều hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Biến chứng sớm: nghiên cứu này, dò miệng nổi thực quản - ruột 3,6%, nhiễm trùng vết mổ 5,4%, bực mồm tá tràng 1,8%, chảy máu ổ bụng 1,8%, viêm phổi 8,9%. Theo Nguyễn Cường Thịnh, dò miệng nổi 1,75%, áp - xe tồn dư 3,07%, bực mồm tá tràng 0,87%, chảy máu 2,19%, dò tụy 1,31% [4]. Biến chứng sau mổ của tác giả thấp hơn của chúng tôi. Nghiên cứu của Strong, dò miệng nổi thực quản - ruột 7,3%, nhiễm trùng vết mổ 7,3%, bực mồm tá tràng 4,9%, chảy máu miệng nổi 4,9%, viêm phổi 8,9% [10]. Theo Strong, tỉ lệ biến chứng về ngoại khoa cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, biến chứng viêm phổi như nhau. Nghiên cứu của Takeda, dò miệng nổi thực quản - ruột 4,2%, dò tụy 2,8%, áp xe ổ bụng 5,1%, viêm phổi 3,2%, tử vong sau mổ 1,6% [11]. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân biến chứng bực mồm tá tràng, được phát hiện vào ngày thứ năm và mổ lại đặt dẫn lưu mồm tá tràng sau điều trị tích cực

bệnh ổn định rút dẫn lưu và ra viện. Bệnh nhân chảy máu ổ bụng được phát hiện sau mổ nhờ dịch máu qua sonde dẫn lưu hố lách lượng nhiều điều trị bảo tồn không hiệu quả mạch, huyết áp không ổn định, hồng cầu giảm được mổ lại nguyên nhân chảy máu từ cuống lách do khâu buộc không chặt. Dò miệng nổi thực quản-ruột được; nhịn ăn, nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch, và kháng sinh, kháng tiết, Sandostatin. Nhiễm trùng vết mổ, và viêm phổi được điều trị nội khoa bảo tồn, kháng sinh phổ rộng liều cao, không có bệnh nhân tử vong sau mổ. Giải phẫu bệnh: nghiên cứu này, chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến chiếm 98,2%, lymphoma chiếm 1,8%, Theo Yigiler, ung thư biểu mô tuyến chiếm 90,5%, lymphoma chiếm 9,5% [11].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày, được lựa chọn đầu tiên trong điều trị bệnh nhân bị ung thư dạ dày. Nghiên cứu cho thấy đây là phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Bộ (2017), “Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn có kết hợp hóa chất”, *Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Huế*, tr. 1-123.
2. Triệu Triều Dương (2008), “Nghiên cứu kỹ thuật cắt dạ dày, vét hạch D2 bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện 108”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 12, phụ bản số 4, tr. 204-208.
3. Phạm Như Hiệp và cộng sự (2017), “Đánh giá kết quả điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2 kết hợp hóa xạ trị”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, Số 44, tr. 64-69.
4. Nguyễn Cường Thịnh và cộng sự (2013), “Nhận xét qua 228 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày”, *Y học thực hành (874)*, Số 6, tr. 65-71.
5. Đặng Văn Thời (2017), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, thương tổn và đánh giá kết quả lâu dài phẫu thuật triệt căn ung thư phần trên dạ dày”, *Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Huế*, tr. 1-129.
6. Andreollo. N A et al (2011), “Postoperative complication after gastrectomy in the gastric cancer, analysis of 300 patients”, *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 24(2), pp 126-130.
7. Budisin. N et al (2000), “Total gastrectomy and its early postoperative complication in gastric cancer”, *Archive of Oncology*, 8(3), 91-94.
8. Chen K et al (2016), “Totally laparoscopic versus laparoscopic assisted total gastrectomy for upper and middle gastric cancer: a single-unit experience of 253 cases with meta-analysis”, *World journal of surgical oncology*, 44:96, pp 1-9.
9. Cianchi. F et al (2013), “Totally laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: a matched cohort study”, *Journal of laparoscopic*

- & advanced surgical techniques*, Vol 23, N0. 2, pp 1-5.
10. Strong. V E et al (2016), "Total gastrectomy for hereditary diffuse gastric cancer at a single centre", *Annal of surgery*, Vol XX, N0. XX, pp 1-7.
 11. Takeda. J et al (1994), "Total gastrectomy for gastric cancer: 12 year data and review of the effect of performing lymphadenectomy", *The Kurume medical journal*, Vol 41, pp 15-21.
 12. Yigiler. C et al (2003), "Risk factors for early complication following total gastrectomy for gastric cancer", *Guhane Tip Dergisi*, 45(2), pp 182-188.
 13. Mutter. D, Marascaux. J (2009), "Gastrectomie pour cancer", *EMC, Techniques chirurgicales - Appareil digestif*, 40-330-B, 16p.