

KINH NGHIỆM QUA 126 BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Văn Hương¹, Đinh Văn Chiến^{1*}, Hồ Văn Linh²

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.71.10

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Báo cáo kinh nghiệm về kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày qua 126 bệnh nhân điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày từ 2014 đến 05/2021.

Kết quả: Có 126 bệnh nhân, tuổi trung bình $60,6 \pm 11,1$ tuổi. 15,9% ung thư 1/3 trên dạ dày và 81,7% là 1/3 giữa. Ung thư ở giai đoạn I, II, III là 19,0%, 49,2%, 31,7%. 71,4% PTNS hoàn toàn cắt TBDD và nối lưu thông tiêu hóa bằng máy cắt nối thẳng. 3,2% trường hợp có tai biến trong mổ và 2,4% có biến chứng sau mổ, không có trường hợp nào tử vong. Số hạch nạo vét được trung bình $22,06 \pm 7,6$ hạch, lượng máu mất trung bình là $32,14 \pm 10,4$ ml, thời gian phẫu thuật trung bình là $210,4 \pm 34,3$ phút, thời gian nằm viện trung bình là $8,3 \pm 2,5$ ngày và thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ trung bình là $36,9 \pm 2,25$ tháng.

Kết luận: PTNS cắt TBDD là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị UTDD, nối thực quản hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng không cắt thực quản và hồng tràng trước là kỹ thuật an toàn, tiết kiệm.

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

ABSTRACT

EXPERIENCE IN 126 PATIENTS OF LAPAROSCOPIC TOTAL GASTRECTOMY FOR THE TREATMENT OF GASTRIC CANCER

Nguyen Van Huong¹, Dinh Van Chien^{1*}, Ho Van Linh²

Background: The goal of this study was to report on the experience of laparoscopic total gastrectomy (LTG) in 126 patients with gastric cancer

Materials and Methods: Retrospective descriptive study of 126 patients who underwent LTG for gastric cancer between 2014 and May 2021.

Results: Mean age $60,6 \pm 11,1$; gastric cancer at stage I, II, III was 19,0%, 49,2%, 31,7% respectively. 71,4% patients underwent totally LTG and functional end-to-end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of esophagus and jejunum. 3.2% of cases had complications during surgery and 2,4% of cases had complications after surgery. There was no postoperative deaths. The average number of dredged lymph nodes was 22.06 ± 7.6 lymph nodes. The mean blood loss was 32.14 ± 10.4 ml. The mean

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện Trung Ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 21/6/2021; Ngày phản biện (Revised): 21/7/2021;

- Ngày đăng bài (Accepted): 09/8/2021

- Người phản hồi (Corresponding author): Đinh Văn Chiến

- Email: chienbvna@gmail.com; SĐT: 0963311668

operative time was 210.4 ± 34.3 minutes. The mean time for beginning oral feeding was 4.4 ± 1.9 days. The mean hospital stay was 8.3 ± 2.5 days. The mean overall survival was 36.9 ± 2.25 months.

Conclusions: LTG is a safe and effective technique for the treatment of gastric cancer. The technique functional end-to-end esophagojejunostomy by linear stapler without previous resection of esophagus and jejunum was safe and saving.

Keywords: Technique of laparoscopic gastrectomy, gastric cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh phổ biến ở Việt Nam và phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất hiện nay [1]. Carl B. Schlatter, là người đầu tiên thực hiện thành công cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày vào năm 1897. Umayya và Azaga là hai người đầu tiên trên thế giới báo cáo phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt toàn bộ dạ dày (TBDD) vào năm 1999 [2,3]. Steichen là người đầu tiên báo cáo kỹ thuật nối ống tiêu hóa kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng vào năm 1968 [4]. Okabe H là người đầu tiên nối thực quản hồng tràng theo kiểu Functional bằng máy cắt nối thẳng qua PTNS hỗ trợ vào năm 2005 và qua PTNS hoàn toàn vào năm 2006 [5]. Năm 2014, Hiệp hội Ung thư Dạ dày Nhật Bản, khuyến cáo phẫu thuật tiêu chuẩn vét hạch D2 áp dụng với những khối u ở giai đoạn T2-T4 cũng như cT1N+ [3]. Tới nay phương pháp này đã được áp dụng điều trị ung thư dạ dày trên toàn thế giới và đã có nhiều tiến bộ vượt bậc trong phẫu thuật cũng như trong điều trị và chăm sóc cho người bệnh sau mổ. PTNS cắt TBDD đã góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống cho người bệnh ung thư dạ dày như, 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 sử dụng kháng sinh cũng như thời gian nằm viện sau mổ từ đó làm giảm được chi phí cho người bệnh điều trị ung thư dạ dày [6,7].

Để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị ung thư dạ dày chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: “Báo cáo kinh nghiệm về kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày qua 126 bệnh nhân điều trị ung thư dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 126 bệnh nhân ung thư 1/3 trên, 1/3 giữa dạ dày hoặc tổn thương có bờ trên cách tâm vị <6cm và những tổn thương cách tâm vị ≥ 6 cm nhưng ở phía bờ cong lớn, di căn hạch nhóm 4sa, 4sb đã được PTNS cắt TBDD tại bệnh viện HNĐK Nghệ An từ 2014 đến tháng 05/2021, có hồ sơ bệnh án đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu không đối chứng.

* Lựa chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân ung thư dạ dày được PTNS cắt TBDD

* Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân (BN) mổ mở, cắt đoạn dạ dày.

* Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm BN: Tuổi, giới, BMI, vị trí tổn thương, tít mô bệnh học, mức độ biệt hóa, giai đoạn bệnh. ASA (ASA1: Bình thường; ASA2: Có bệnh nhưng không ảnh hưởng đến sức khỏe; ASA3: Có bệnh ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày; ASA4: Bệnh nặng đe dọa tính mạng; ASA5: Bệnh nhân rất nặng, hấp hối; ASA6: Chết não).

- Kết quả phẫu thuật: Kỹ thuật phẫu thuật và 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 điều trị sau mổ: Biến chứng sau mổ, thời gian đặt thông mũi hồng tràng, thời gian trung tiện, rút dẫn lưu, cho ăn và nằm viện sau mổ.

- Thời gian sống thêm sau mổ.

* **Quy trình phẫu thuật:**

Các bệnh nhân đều đã được thực hiện theo các bước sau:

BN nằm ngửa dạng hai chân, phẫu thuật viên đứng bên trái

Kinh nghiệm qua 126 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày...

Đặt trocar 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.

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

Bước 5: Nạo vét hạch nhóm 7, 9, 11p, thắt bó mạch vị trái

Bước 6: Vét hạch nhóm 1, bộc lộ và di động tâm vị thực quản

Bước 7: Nối thực quản hồng tràng theo Functional: 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 (chú ý mở lỗ mạc treo dọc theo bờ hồng tràng dài khoảng 2-3cm). Luôn quay đến qua bên trái và

dưới quai đi, mở lỗ nhỏ ở bờ tự do cách miệng nối trên 40 - 60cm rồi tiến hành nối lại hồng hồng tràng tận - bên bằng 2 stapler.

Bước 8: Cắt, đóng mỗm 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 2 - 4cm để đưa ra ngoài) và đóng lại các lỗ trocar.

Đối với PTNS hỗ trợ từ bước 1 đến 6 như trên.

Bước 7: Cắt đóng mỗm tá tràng.

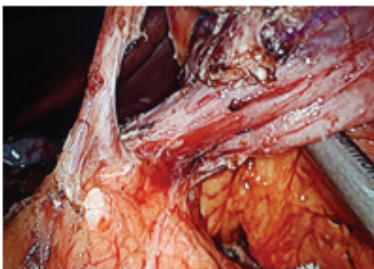
Bước 8: Mở nhỏ đường trắng giữa trên rốn, dài 4 - 5cm, đưa dạ dày ra ngoài, tiến hành cắt dạ dày và nối thực quản hồng tràng bằng máy cắt nối tròn theo OrVil.

Bước 9: Đặt dẫn lưu dưới gan và hố lách

Bước 10: Đóng vết mổ và các lỗ trocar.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0 và tính thời gian sống thêm sau mổ theo Kaplan-Meier.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đã được Hội đồng Y đức Bệnh viện phê duyệt trước khi nghiên cứu.



Hình 1: Vết hạch nhóm 6



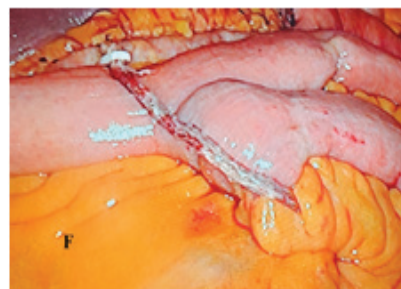
Hình 2: Vết hạch 5,8a,12a



Hình 3: Vết hạch 11d, 10



Hình 4: Miệng nối thực quản hồng tràng tận - tận



Hình 5: Miệng nối hồng hồng tràng tận - bên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 126 bệnh nhân đã được PTNS cắt TBDD có kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	60,6 ± 11,1 (26 - 88) tuổi	
BMI	20,29 ± 2,1 (14,7 - 25) kg/m ²	
Giới tính	Nam	93 (73,8%)
	Nữ	33 (26,2%)
ASA	ASA1	53 (42,1%)
	ASA2	55 (43,7%)
	ASA3	18 (14,3%)
Vị trí ung thư dạ dày	1/3 trên	20 (15,9%)
	1/3 giữa	103 (81,7%)
	Thở loét thâm nhiễm	3 (2,4%)
Týp mô bệnh học	UTBM tuyến ống, nhú	89 (70,6%)
	UTBM tuyến nhầy	6 (4,8%)
	UTBM tế bào nhẵn	31 (24,6%)
Độ biệt hóa	Cao	5 (4,0%)
	Vừa	36 (28,6%)
	Kém hoặc không	85 (67,5%)
Giai đoạn bệnh	I	24 (19,0%)
	II	62 (49,2%)
	III	40 (31,7%)
	IV	0 (0,0%)

Tuổi trung bình 60,6 ± 11,1 tuổi, thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 88 tuổi, BMI trung bình là 20,29 ± 2,1 kg/m², thấp nhất 14,7 kg/m² và cao nhất là 25 kg/m². Tỷ lệ nam/nữ 2,8/1. Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA1 và ASA2. Không có trường hợp nào là ung thư giai đoạn IV.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	36 (28,6%)
Phẫu thuật nội soi hoàn toàn	90 (71,4%)
Làm miệng nối bằng máy cắt nối tròn	36 (28,6%)
Làm miệng nối bằng máy cắt nối thẳng	90 (71,4%)
Tai biến trong mổ	04 (3,2%)
Số hạch nạo vét được trung bình	22,06 ± 7,6 (10 - 45) hạch
Số hạch di căn trung bình	3,06 ± 3,9 (0 - 16) hạch
Thời gian phẫu thuật trung bình	210,4 ± 34,3 (140 - 300) phút

Kinh nghiệm qua 126 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày...

Lượng máu mất trong mổ trung bình	32,14 ± 10,4 (20 - 50) ml
Tỷ lệ chuyển mổ mở	0 (0,0%)
Đặt dẫn lưu ổ phúc mạc (dưới gan và hố lách)	126 (100%)

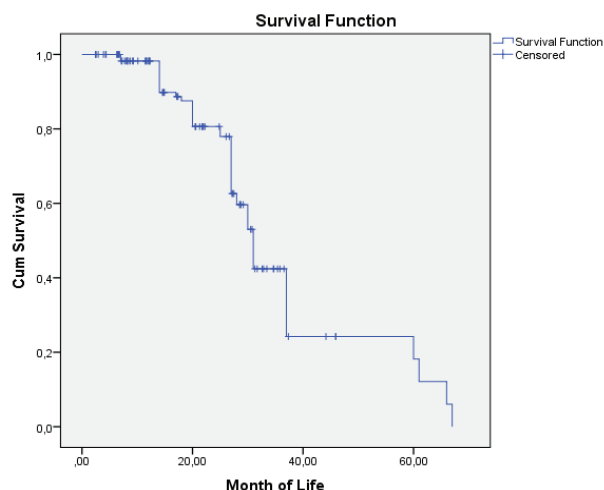
71,4% được PTNS hoàn toàn cắt TBDD, nối thực quản hồng tràng tận - tận kiểu functionnal không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler). 28,6% PTNS hỗ trợ cắt TBDD, nối thực quản hồng tràng tận - bên kiểu OrVil bằng máy cắt nối tròn (circular stapler). 3,2% có tai biến trong mổ, trong đó 1 trường hợp tổn thương bao gan trái, 1 rách bao

lách tiến hành đốt điện cầm máu diện tổn thương, 1 tổn thương mạch máu cực trên của lách gây chảy máu, tiến hành kẹp clip cầm máu và 1 rách thanh cơ ruột non, khâu lại thanh cơ mũi chữ X bằng chỉ vycril 4.0. Tất cả đều xử lý thành công trong nội soi, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. 100% chỉ đặt 2 dẫn lưu ổ phúc mạc ở dưới gan và hố lách.

Bảng 3: Kết quả điều trị sau mổ

Biến chứng sau mổ	Viêm phổi	1 (0,8%)
	Áp xe tồn dư	1 (0,8%)
	Nhiễm trùng vết mổ	1 (0,8%)
	Rò tiêu hóa	0 (0,0%)
Thời gian đặt thông mũi hồng tràng	2,1 ± 2,2 (0-7) ngày	
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng	3,9 ± 1,6 (2-7) ngày	
Thời gian cho ăn đường miệng	4,4 ± 1,9 (2-8) ngày	
Thời gian nằm viện trung bình	8,3 ± 2,5 (5-19) ngày	
Thời gian theo dõi trung bình	39,72 ± 16,4 tháng	
Tỷ lệ thời gian sống thêm sau mổ	1 năm	98,2%
	2 năm	80,6%
	3 năm	68,0%
	4 năm	41,2%
	5 năm	34,2%
Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ	36,9 ± 2,25 tháng	
Hóa trị hỗ trợ sau mổ	Có	102 (80,95%)
	Không	24 (19,05%)

2,4% có biến chứng sau mổ, tất cả đều điều trị nội khoa ổn định ra viện. Không có trường hợp nào rò tiêu hóa và tử vong sau mổ.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $60,6 \pm 11,1$ tuổi, thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 88 tuổi. 73,8% là nam giới và 26,2 % là nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ 2.8/1. Theo nghiên cứu của các tác giả tuổi mắc UTDD ở các nước như Nhật Bản là 62,7 - 64,8 tuổi và Châu Âu và Mỹ là 63,6 - 73 tuổi [2,3]. Tình trạng sức khỏe trước mổ chủ yếu là ASA1 chiếm 42,1% và ASA2 chiếm 43,7%. BMI trung bình là $20,29 \pm 2,1$ kg/m², thấp nhất là 14,7 kg/m² cao nhất là 25 kg/m². Trường hợp BMI thấp, chúng tôi tiến hành nuôi dưỡng đường tĩnh mạch để nâng cao thể trạng, truyền máu, huyết tương. Khi các chỉ số cận lâm sàng bình thường hoặc gần bình thường chúng tôi mới tiến hành phẫu thuật. Sau mổ các BN này đều ổn định ra viện.

Chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho những trường hợp UTDD vùng tâm vị, thân vị, UTDD thể loét thâm nhiễm, những trường hợp mà tổn thương bờ ung thư cách tâm vị dưới 6cm để đảm bảo hết tổ chức ung thư, những trường hợp giai đoạn bệnh $\leq$ IIIc [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 5cm [2]. Kết quả nghiên cứu có 15,9% ung thư 1/3 trên dạ dày và 81,7% là 1/3 giữa và 2,4% thể loét thâm nhiễm. 70,6% ung thư tuyến nhú và ống,

24,6% tế bào nhẵn. Ung thư ở giai đoạn I, II, III là 19,0%, 49,2%, 31,7%.

Kỹ thuật cắt TBDD và phục hồi lưu thông tiêu hóa: Kết quả nghiên cứu có 71,4% là PTNS hoàn toàn cắt TBDD vết hạch D2, nối lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Roux En Y, làm miệng nối tận - tận kiểu Functional không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng (linear stapler) và 28,6% là PTNS hỗ trợ, nối lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Roux En Y, làm miệng nối tận - bên kiểu Orvil bằng máy cắt nối tròn (circular stapler).

3,2% trường hợp có tai biến trong mổ, đó là 01 trường hợp tổn thương bao gan trái trong lúc vén gan, 01 trường hợp tổn thương bao lách trong lúc vết hạch nhóm 10 gây chảy máu, cả 02 đều được đốt điện cầm máu trong thì nội soi. 01 trường hợp tổn thương mạch máu cực trên lách gây chảy máu, chúng tôi tiến hành kẹp clip cầm máu và 01 trường hợp 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. Ebehara Y, tỷ lệ tai biến trong mổ 7,7%, trong đó có 2 BN phải chuyển mổ mở [6].

2,4% có biến chứng sau mổ, đó là 01 trường hợp áp xe tồn dư dưới gan trái, tiến hành chọc hút dịch mủ dưới hướng dẫn siêu âm và điều trị nội khoa ổn định, bệnh nhân ra viện ngày thứ 13. 01 trường hợp bị viêm phổi sau mổ ngày thứ 4 đã tiến hành điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ 10 và 01 trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ, tiến 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 có biến chứng rò tiêu hóa và tử vong sau mổ. Tỷ lệ biến chứng của các tác giả phương Tây và Mỹ từ 21 - 26% [2,3,8,9]. Ebehara Y, có tỷ lệ biến chứng chung là 15% và 1,5% tử vong [6]. Kim EY, có tỷ lệ biến chứng ở PTNS hoàn toàn và hỗ trợ là 18,5% và 17,2% [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có số hạch nạo vét được trung bình $22,06 \pm 7,6$ (10 - 45) hạch; số hạch di căn trung bình là $3,06 \pm 3,9$ (0 - 16) hạch; lượng máu mất trung bình là $32,14 \pm 10,4$ (20 - 50) ml; thời gian phẫu thuật trung bình là $210,4 \pm 34,3$ (140 - 300) phút; thời gian đặt thông mũi hồng tràng trung bình là $2,1 \pm 2,2$ (0 - 7) ngày; thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là $3,9 \pm 1,6$ (2 - 7) ngày; thời gian bắt đầu cho ăn đường miệng trung bình là $4,4 \pm 1,9$ (2 - 8) ngày; thời gian nằm viện trung bình là $8,3 \pm 2,5$ (5 - 19) ngày. Thời gian theo dõi trung bình $39,72 \pm 16,4$ (01 - 89) tháng và thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ trung bình là $36,9 \pm 2,25$ (30,5 - 41,3) tháng. Nghiên cứu chúng tôi có 19,05% trường hợp ung thư giai đoạn I không điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ, 80,95% điều trị hóa trị bổ trợ sau mổ theo phác đồ XELOX hoặc EOX hoặc Capecitabine. Nghiên cứu của tác giả Ebehara Yuma - 2013 (Nhật Bản), số hạch nạo vét được trung bình là 30,2 hạch, lượng máu mất trong mổ trung bình là 85,2 ml; thời gian phẫu thuật trung bình là 271,5 phút; 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 - 2016 (Hàn Quốc), kết quả giữa PTNS hoàn toàn và hỗ trợ như sau: thời gian phẫu thuật trung bình là 228,9 phút và 230 phút, lượng máu mất trong mổ trung bình là 90,9 ml và 106,3 ml; thời gian trung tiện trung bình là 3,0 ngày và 3,2 ngày; thời gian bắt đầu cho ăn đường miệng trung bình là 4,6 ngày và 5,0 ngày; thời gian nằm viện trung bình là 13,6 ngày và 9,7 ngày; thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là 7,7 ngày và 3,6 ngày [7]. Kyogoku N, lượng máu mất trung bình trong mổ ở nhóm dùng stapler tròn là 100ml và ở nhóm dùng stapler thẳng là 23ml [10]. Chang KK, cho ăn đường miệng vào ngày thứ 3 sau mổ [11].

Qua nghiên cứu 126 BN ung thư dạ dày được PTNS cắt TBDD trong điều trị ung thư chúng tôi rút

ra một số kinh nghiệm về kỹ thuật PTNS như sau:

- Vị trí phẫu thuật viên bên trái và sử dụng 5 trocar thuận lợi hơn trong mổ
- Cắt đóng mỡ tá tràng sau thuận lợi cho nạo vét hạch quanh tá tràng và nối lưu thông tiêu hóa hoàn toàn trong ổ bụng.
- Nối thực quản hồng tràng tận - tận bằng máy cắt nối thẳng không cắt thực quản và hồng tràng trước có nhiều ưu điểm như thao tác ít hơn, phẫu trường rộng hơn, sử dụng ít máy khâu nối hơn và thời gian phẫu thuật nhanh hơn. Nếu u tâm vị to hoặc xâm lấn lên thực quản thì sử dụng máy khâu nối tròn sẽ thuận lợi hơn.
- Phẫu thuật nội soi hoàn toàn có nhiều ưu điểm hơn hỗ trợ như thao tác ít hơn, thời gian mổ ngắn hơn, vết mổ nhỏ, ít đau hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn.
- Phẫu tích vết hạch nhóm 12a thì tiếp cận theo hướng từ trái qua phải, từ rốn gan đi xuống sẽ thuận lợi hơn và đảm bảo được nguyên tắc “cuốn chiếu” trong vết hạch.
- Phẫu tích nạo vét hạch nhóm 11d và 10 thì tiếp cận theo hướng từ phải qua trái và từ cực dưới lên cực trên lách.
- Phẫu tích tâm vị thực quản lên trên khe hoành và di động thực quản rộng rãi thì thuận lợi cho khâu nối thực quản hồng tràng.
- Đối với miệng nối thực quản hồng tràng cần chú ý không kéo mặt sau miệng nối xuống dưới quá dài sẽ gây hẹp miệng nối.
- Đối với miệng nối hồng tràng hồng tràng thì chú ý kéo quai đi thẳng góc với máy cắt nối để hạn chế hẹp quai đi.

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt TBDD là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị UTDD, nối thực quản hồng tràng tận - tận bằng máy cắt nối thẳng không cắt thực quản và hồng tràng trước là kỹ thuật an toàn, tiết kiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F Bray 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. Steichen FM. The use of staplers in anatomical side-to-side and functional end-to-end enteroanastomoses. Surgery 1968; 64:948-953
6. Ebihara 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 et al. Totally Laparoscopic Total Gastrectomy Versus Laparoscopically Assisted Total Gastrectomy for Gastric Cancer. Anticancer Res 2016;36(4):1999-2003.
8. Nguyen Van Huong, DV. Chien, et al (2020) "Comparison of outcomes between totally laparoscopic total gastrectomy and laparoscopic-assisted total gastrectomy for gastric cancer: A retrospective cohort study". Laparosc Endosc Surg Sci 2020;27(3), PP:162-168.
9. Dinh Van Chien, NV. Huong, et al (2020), "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 | November 2020 | Vol 7 | Issue 11. PP: 3614-3619.
10. Kyogoku N, Ebihara Y, Shichinohe T, et al (2018). "Circular versus linear stapling in esophagojejunosomy after laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer: a propensity score-matched study", Langenbecks Arch Surg, 403(4): 463-471.
11. Chang KK, Patel MS, Yoon SS (2017). "Linear-Stapled Side-to-Side Esophagojejunosomy with Hand-Sewn Closure of the Common Enterotomy After Prophylactic and Therapeutic Total Gastrectomy", J Gastrointest Surg, 21(4): 712-722.