

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT CẮT PHẦN XA DẠ DÀY NỘI SOI HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Lương Ngọc Cương¹, Nguyễn Anh Tuấn², Phạm Như Hiệp³, Nguyễn Văn Du²

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu kỹ thuật phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Finsterer trong phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn.

Đối tượng, phương pháp: 108 trường hợp được phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn, phục hồi tiêu hóa theo kiểu Finsterer tại Khoa phẫu thuật ống tiêu hóa, Bệnh viện TƯQĐ 108, từ 01/2019 đến 11/2020. Phẫu thuật theo 5 bước. Phục hồi lưu thông tiêu hóa theo kiểu Finsterer, Sử dụng stapler thẳng nối bờ tự do hồng tràng với bờ cong lớn dạ dày, thực hiện miệng nối trước, sau đó đóng kín miệng nối đồng thời với cắt dạ dày.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật: $167,64 \pm 42,99$ phút (80 - 315 phút); thời gian cắt và đóng mỗ tá tràng: $8,71 \pm 4,16$ phút (3 - 22 phút); thời gian thực hiện miệng nối: $16,68 \pm 5,13$ phút (9 - 34 phút); số hạch vét được: $27,15 \pm 10,39$ hạch (7 - 61 hạch); thời gian trung tiện: $3,38 \pm 1,25$ ngày (1 - 8 ngày); thời gian nằm viện: $8,68 \pm 4,12$ ngày (5 - 44 ngày). Biến chứng sớm 5,6 %.

Kết luận: Kỹ thuật phục hồi lưu thông tiêu hóa kiểu Finsterer trong phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn là an toàn, có thể lựa chọn cho phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn, ung thư dạ dày.

ABSTRACT

STUDY ON TECHNICAL CHARACTERISTICS OF TOTALLY LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER TREATMENT

Lương Ngọc Cương¹, Nguyễn Anh Tuấn², Phạm Như Hiệp³, Nguyễn Văn Du²

Ngày nhận bài:

01/4/2023

Ngày chỉnh sửa:

10/5/2023

Chấp thuận đăng:

27/5/2023

Tác giả liên hệ:

Lương Ngọc Cương

Email:

drcuongbvdktwt@gmail.com

SĐT: 0912799986

Objectives: To study some technical characteristics of Finsterer-type gastrointestinal circulation restoration, using linear staplers to perform anastomosis in totally laparoscopic distal gastrectomy.

Methods: There were 108 cases of totally laparoscopic distal gastrectomy, Finsterer-style restoration of gastrointestinal circulation at the Department of Gastrointestinal Surgery, 108 Central Hospital. Period from January 2019 to November 2020. Clinical intervention descriptive study. Surgical technique: We perform surgery in 5 steps. Restoration of gastrointestinal circulation according to Finstere style, anastomosis of the jejunum with the great curvature of the stomach, side to side anastomosis. Using linear staplers, perform the anastomosis first, and then close the anastomosis simultaneously with gastrectomy.

Results: The average surgical time was 167.64 ± 42.99 minutes (80 - 315 minutes); the average time of cutting and closing the duodenal was 8.71 ± 4.16 minutes (3 - 22 minutes); average anastomosis time is 16.68 ± 5.13 minutes (9 - 34 minutes); the average number of removed lymph nodes is 27.15 ± 10.39 nodes (7 - 61); time to first flatus was 3.38 ± 1.25 days (1 - 8 days); mean hospital stay was 8.68 ± 4.12 days (5 - 44 days). The rate of early complications after surgery was 5.6%.

Conclusion: Finsterer's technique of restoring gastrointestinal circulation, using a linear staplers to perform anastomosis in totally laparoscopic distal gastrectomy is safe and feasible. This technique may be an option for totally laparoscopic distal gastrectomy.

Keywords: Totally laparoscopy distal gastrectomy, gastric cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những bệnh ung thư thường gặp trên thế giới, cũng như tại Việt Nam với tỷ lệ tử vong cao [1, 2]. Phẫu thuật cắt dạ dày vẫn là lựa chọn điều trị tối ưu khi khối u còn khả năng cắt bỏ [3]. Hiện nay, phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn là phẫu thuật ít xâm lấn được áp dụng rộng rãi. Có rất nhiều phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa nội soi trong cắt phần xa dạ dày được áp dụng và được báo [4 - 6]. Tuy nhiên, phục hồi lưu thông tiêu hóa nội soi vẫn là quy trình hỏi nhiều về kỹ thuật và thời gian. Hiện chưa có một quy trình kỹ thuật rõ ràng và thống nhất việc phục hồi lưu thông tiêu hóa trong phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn. Trong nghiên cứu, chúng tôi mô tả kỹ thuật phục hồi lưu thông tiêu hóa theo kiểu Finsterer, sử dụng stapler thẳng để thực hiện miệng nối trong phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn điều trị ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 108 trường hợp được phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn tại Khoa phẫu thuật ống tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ 01/2019 đến 11/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả can thiệp lâm sàng

Phương pháp phẫu thuật:

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa, đầu cao và nghiêng phải, hai chân dạng khoảng, hai tay khép. Mân hình phẫu thuật đặt phía trên bên phải đầu người bệnh. Phẫu thuật viên chính ngồi giữa hai chân, phụ một đứng bên trái, phụ hai đứng bên phải người bệnh. Dụng cụ viên và bàn dụng cụ phẫu thuật đặt ở bên phải, phía dưới phẫu

thuật viên chính. Phẫu thuật theo 5 bước sau:

Bước 1: Đặt trocar vào bụng, kiểm tra ổ bụng, đánh giá tổn thương và đánh dấu vị trí cắt dạ dày

Đặt trocar 10mm vị trí chính giữa rốn vào ổ bụng, bơm khí CO₂, áp lực 12 mmHg, dưới quan sát của camera đặt 4 trocar tiếp theo: 1 trocar 12 mm ở thành bụng trái, 1 trocar 5 mm ở thành bụng phải, vị trí đặt ngang và cách rốn khoảng 5 cm. Hai trocar này tạo với nhau thành một góc 60 - 80 độ và là 02 trocar chính để phẫu thuật viên thao tác. Hai trocar 5mm còn lại, 1 đặt ở hạ sườn phải, 01 đặt ở hạ sườn trái gần như đối xứng với nhau, vị trí đặt dưới giao điểm của bờ ngoài cơ thẳng to và mạng sườn hai bên khoảng 2 cm. Quan sát toàn bộ ổ bụng, kiểm tra ổ bụng, bề mặt gan, phúc mạc, đại tràng và các nhóm hạch. Kiểm tra tử cung, buồng trứng đối với nữ giới.

Giải phóng dây chằng gan dạ dày bằng dao Ligasue, dùng một sợi chỉ kim thẳng đi vào từ thành bụng trái, khâu xuyên qua dây chằng tròn ra ngoài thành bụng phải. Sau đó dùng clip polyme kẹp sợi chỉ vào dây chằng rốn gan và tiến hành buộc sợi chỉ ngoài thành bụng, kéo và treo gan trái lên sát thành bụng, sau đó đánh giá, xác định vị trí, kích thước của khối u.

Bước 2: Giải phóng dạ dày, vét hạch bạch huyết, cắt và đóng mồm tá tràng.

Thực hiện giải phóng dạ dày và vét hạch giống như phẫu thuật cắt phần xa dạ dày có nội soi hỗ trợ. Vét hạch theo hướng dẫn của Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản đối với ung thư biểu mô dạ dày (2021) [3]. Vét hạch thành khối "en bloc" theo chiều kim đồng hồ [7].

Bước 3: Cắt đoạn dạ dày, nối dạ dày - hồng tràng, sử dụng stapler thẳng.

Mở một lỗ nhỏ phía bờ tự do của hồng tràng bằng dao điện, vị trí mở cách góc treiz 30 cm

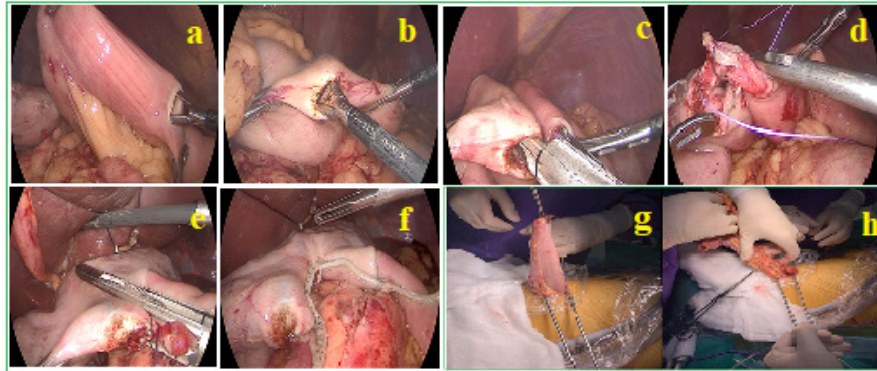
Nghiên cứu đặc điểm kỹ thuật cắt phần xa dạ dày nội soi...

(Hình 1a). Tương tự mở một lỗ nhỏ phía bờ cong lớn dạ dày, vị trí mở dưới vị trí đã đánh dấu đường cắt trước đó **(Hình 1b)**. Đưa hai hàm stapler thẳng vào vị trí mở dạ dày và hồng tràng. Tiến hành tạo miệng nối dạ dày - hồng tràng, kiểu bên - bên **(Hình 1c)**. Khâu định hướng bờ trước và bờ sau đường nối dạ dày - hồng tràng bằng chỉ vicryl 3.0 **(Hình 1d)**. Sử dụng stapler

thẳng đóng kín miệng nối và cắt bỏ phần dạ dày có tổ chức u **(Hình 1e)**.

Bước 4: Lấy dạ dày phần cắt bỏ kèm mạc nối lớn và các nhóm hạch vét được ra khỏi ổ bụng.

Mở vị trí lỗ trocar rón thêm 2cm **(Hình 1g)**, dùng túi bọc bảo vệ vết mổ, lấy toàn bộ dạ dày phần cắt bỏ cùng mạc nối lớn và các nhóm hạch vét được ra ngoài **(Hình 1h)**.



Hình 1: Các bước tạo miệng nối

Bước 5: Rửa ổ bụng, kiểm tra miệng nối, mổ cắt dạ dày, đóng các lỗ trocar

Tiến hành bơm rửa hố lách, dưới gan, cuống gan bằng 500 ml dung dịch nước muối sinh lý. Bơm hơi qua sonde dạ dày kiểm tra miệng nối dạ dày - hồng tràng và mổ cắt dạ dày. Đặt 1 dẫn lưu kín đi từ hố lách qua hố gan ra ngoài. Rút camera, dụng cụ phẫu thuật ra khỏi ổ bụng. Đóng các vị trí đặt trocar

III. KẾT QUẢ

Sau phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn cho 108 trường hợp ung thư dạ dày, thu được kết quả như sau:

Bảng 1: Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Trung bình $\pm$ SD (phút)	Dài nhất (phút)	Ngắn nhất (phút)
Đặt trocar vào bụng	8,92 $\pm$ 2,77	15	4
Giải phóng dạ dày và vét hạch	83,04 $\pm$ 19,26	151	51
Di động cắt, đóng mổ tá tràng	8,71 $\pm$ 4,16	22	3
Thực hiện miệng nối	16,68 $\pm$ 5,13	34	9
Rửa ổ bụng và đóng thành bụng	24,67 $\pm$ 4,64	40	16

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Trung bình $\pm$ SD	Lớn nhất	Nhỏ nhất
Lượng máu mất (ml)	20,69 $\pm$ 10,36	50	10
Số hạch vét được (hạch)	27,15 $\pm$ 10,39	61	7
Thời gian phẫu thuật (phút)	167,64 $\pm$ 42,99	315	80
Thời gian trung tiện (ngày)	3,38 $\pm$ 1,25	8	1
Thời gian nằm viện (ngày)	8,68 $\pm$ 4,12	44	5

Tỉ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật 06 (5,6%) trường hợp, trong đó: rò tiêu hóa 02 (1,9%); 04 (3,6%) bán tắc ruột. Tất cả đều điều trị bảo tồn, không phải phẫu thuật lại. Không có biến chứng rò tá tràng, chảy máu ổ bụng, chảy máu miệng nối, tụ dịch, áp xe ổ bụng, rò tụy, nhiễm khuẩn vết mổ và tử vong sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kỹ thuật

Tất cả 108 trường hợp, chúng tôi đều mở phúc mạc để đặt trocar đầu tiên, vị trí mở giữa rốn. Khi thực hiện nhận thấy: vị trí đặt này khá thuận lợi, do cấu tạo tại rốn chỉ có phúc mạc và cân bụng, không có lớp cơ nên vào bụng rất nhanh, an toàn. Không có trường hợp nào gặp khó khăn hay bị lóc phúc mạc khi đặt trocar này, không có trường hợp nào gặp khó khăn khi đặt các trocar tiếp theo.

Để việc giải phóng dạ dày cũng như việc vét hạch thuận lợi và dễ dàng, việc nâng thùy gan trái là cần thiết. Chúng tôi không dùng dụng cụ vén gan mà chủ động dùng sợi chỉ treo gan trái lên thành bụng ngay từ đầu trong tất cả các trường hợp. Quá trình thực hiện không có trường hợp nào gặp khó khăn và biến chứng. Chúng tôi nhận thấy, việc treo gan này rất hữu ích và có giá trị, giúp giảm một dụng cụ chỉ dùng cho việc vén gan mà vẫn đạt được sự ổn định của phẫu trường.

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được thực hiện nối dạ dày - hồng tràng nội soi, theo kiểu Hofmeister - Finsterer. Sử dụng stapler thẳng để cắt, đóng mồm tá tràng và thực hiện miệng nối. Khi thực hiện miệng nối, chúng tôi chủ động không cắt dạ dày trước mà thực hiện nối dạ dày - hồng tràng trước, sau đó đóng kín miệng nối đồng thời với cắt bỏ phần dạ dày có khối u. Việc này có thể tiết kiệm được một stapler so với việc thực hiện cắt dạ dày trước nối tiêu hóa sau. Với những trường hợp nhìn thấy rõ tổn thương, vị trí đường cắt dạ dày được đánh dấu trước. Những trường hợp tổn thương không rõ sẽ nội soi dạ dày đánh dấu vị trí tổn thương khi cần thiết.

Để thuận lợi cho việc đóng kín miệng nối, chúng tôi sử dụng chỉ vicryl 3.0, khâu định hướng bờ trên và bờ dưới của hồng tràng, vị trí khâu là chỗ nối tiếp dạ dày - hồng tràng, việc khâu định hướng này giúp kiểm soát miệng nối, tránh tình trạng chỗ nối tiếp dạ dày - hồng tràng bị thiếu, khuyết dẫn đến miệng nối

không kín sau khi đóng. Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy: việc sử dụng stapler thẳng nối dạ dày - hồng tràng, miệng nối kiểu bên - bên, qua nội soi rất thuận lợi và khi thực hiện hầu như không gặp khó khăn gì. Tuy nhiên khi thực hiện miệng nối cần lưu ý: chiều đi của quai hồng tràng, tránh tình trạng nối ngược. Để tránh việc nối ngược, sau khi xác định vị trí mở hồng tràng, chúng tôi cho người phụ nâng và đưa quai tới của hồng tràng lên hố lách, sau đó phẫu thuật viên mở hồng tràng vị trí đánh dấu để đưa stapler vào thực hiện miệng nối. Khi thực hiện đóng kín miệng nối cần kiểm tra và đánh giá chu vi của quai hồng tràng đi trước lúc đóng, tránh gây hẹp quai đi của hồng tràng. Trong nghiên cứu, thời gian thực hiện miệng nối trung bình: $16,68 \pm 5,13$ (9 - 34) phút. Thời gian tạo miệng nối trong nghiên cứu ngắn hơn so với một số báo cáo tại Việt Nam và Hàn Quốc [6, 8, 9]. Như vậy, thời gian tạo miệng nối nội soi không dài và chiếm nhiều thời gian của cuộc phẫu thuật.

Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được lấy bệnh phẩm bằng cách mở rộng lỗ trocar rốn thêm 2 cm. Quá trình thực hiện nhận thấy: lấy bệnh phẩm qua vị trí này thuận lợi và không gặp khó khăn gì, vết mổ sau phẫu thuật nhỏ và thẩm mỹ.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật cũng là một tiêu chí đánh giá chất lượng phẫu thuật. Trong nghiên cứu, thời gian phẫu thuật trung bình: $167,64 \pm 42,99$ phút (80 - 315 phút). Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu không dài hơn so với các báo cáo tại Việt Nam và Hàn Quốc [4, 6, 8, 10].

Lượng máu mất trong phẫu thuật cũng là một yếu tố để đánh giá tính an toàn của phẫu thuật. Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu là: $20,69 \pm 10,36$ ml (10 - 50 ml). So với các báo cáo tại Việt Nam và Hàn Quốc, lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu ít hơn [4, 7, 8, 10]. Điều này cho thấy, phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn là an toàn với lượng máu mất trong phẫu thuật thấp.

Hiện nay, bên cạnh tính khả thi về mặt kỹ thuật và kết quả khả quan về mặt lâm sàng thì chất lượng nạo vét hạch là yếu tố quan trọng bậc nhất khi thực hiện phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn. Trong nghiên cứu, số hạch vét được trung bình là: $27,15 \pm 10,39$ hạch (7 - 61 hạch). So với các báo cáo tại Hàn Quốc, số hạch trung bình vét được trong

nghiên cứu tuy có ít hơn [5, 7, 10], nhưng sự chênh lệch không nhiều, số lượng hạch vét được vẫn đáp ứng yêu cầu về nạo vét hạch cho ung thư và đủ để phân loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn không ảnh hưởng đến việc vét hạch và số lượng hạch vét được.

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật, đánh giá chức năng hồi phục nhu động ruột sau phẫu thuật Đây là yếu tố đánh giá hiệu quả của phẫu thuật. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật càng ngắn người bệnh hồi phục càng nhanh và thời gian nằm viện càng ngắn. Trong nghiên cứu, thời gian trung tiện trung bình sau phẫu thuật là: $3,38 \pm 1,25$ ngày, tương đương với thời gian trung tiện được báo cáo tại Hàn Quốc [5, 8 - 10]. Điều này cho thấy, phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn không làm chậm thời gian trung tiện sau phẫu thuật của người bệnh.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật, đánh giá hiệu quả và ưu điểm của phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn (ít xâm lấn, phục hồi lưu thông ruột sớm, giảm thời gian nằm viện). Trong nghiên cứu, thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là: $8,68 \pm 4,12$ ngày, thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu ngắn hơn so với các báo cáo tại Việt Nam và không kéo dài hơn so với Hàn Quốc [5, 8 - 10]. Như vậy, cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn không những không kéo dài thời gian điều trị mà còn có thể giảm số ngày điều trị sau phẫu thuật.

Biến chứng sau phẫu thuật vẫn luôn được coi là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật về phương diện kỹ thuật. Trong nghiên cứu, tỉ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật: 5,6 %. Tất cả đều điều trị bảo tồn không phải phẫu thuật lại. Không có biến chứng rò tá tràng, chảy máu ổ bụng, chảy máu miệng nối, tụ dịch, áp xe ổ bụng, rò tụy, nhiễm khuẩn vết mổ và tử vong sau phẫu thuật. Tỉ lệ biến chứng sớm trong nghiên cứu không cao hơn so với các báo cáo tại Việt nam và Hàn Quốc [7 - 9]. Kết quả các nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn đảm bảo an toàn với tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật có thể chấp nhận được.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật phục hồi lưu thông tiêu hóa theo kiểu Finsterer, sử dụng stapler thẳng để thực hiện miệng nối trong phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn là an toàn và khả thi. Kỹ thuật này có thể là một lựa chọn cho phẫu thuật cắt phần xa dạ dày nội soi hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Global Cancer Observatory. Cancer fact sheets, All cancers. 2020:1.
2. Global Cancer Observatory. Population fact sheets, Viet Nam Stomach cancers. 2020:1.
3. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). Gastric Cancer. 2021;24(1):1-21.
4. Lee J, Kim D, Kim W. Comparison of laparoscopy - assisted and totally laparoscopic Billroth - II distal gastrectomy for gastric cancer. Journal of the Korean Surgical Society. 2012;82(3):135-142.
5. Chen K, Xu X, Mou Y. et al. Totally laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and Billroth II gastrojejunostomy for gastric cancer: Short - and medium - term results of 139 consecutive cases from a single institution. Int J Med Sci. 2012;10(11):1462-1470.
6. Zhang X, Zhang W, Yuan M. et al. Application of double layered end - to - end anastomosis with continuous manual suture for completing digestive tract reconstruction in totally laparoscopic distal gastrectomy. BMC Surgery. 2021;3(2):21-28.
7. Kim JH, Jun KH, Chin HM. Short - term surgical outcomes of laparoscopy - assisted versus totally laparoscopic Billroth - II gastrectomy for gastric cancer: a matched - cohort study. BMC Surgery. 2017;17(1):40-45.
8. Ngô Quang Duy, Lê Huy Lưu, Nguyễn Tuấn Anh. Kết quả cắt dạ dày nội soi với phục hồi lưu thông hoàn toàn trong ổ bụng. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2018;22(6):121-126.
9. Chi F, Lan Y, Bi T et al. Billroth - II with Braun versus Roux - en - Y reconstruction in totally laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2021;16(4):664-668.
10. Nguyễn Hoàng, Đỗ Đức Minh. Kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2, nối dạ dày - hồng tràng trên quai Y điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện đại học y Hà Nội. 2022;517(1):216-220