

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN VÀ PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2 DO UNG THƯ

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

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.74.2

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn và phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 do ung thư tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, gồm 126 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi hoàn toàn và phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, từ 2013 đến 2020

Kết quả: Tuổi trung bình $60,6 \pm 11,1$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ 2.8/1. Ung thư ở giai đoạn I, II, III là 19,0%, 49,2%, 31,7%. Ung thư biểu mô tuyến nhú và ống là 70,6% và tế bào nhẩn là 24,6%. Tỷ lệ tai biến trong mổ của nhóm PTNS hoàn toàn là 4,4% và PTNS hỗ trợ 20,6%. Số hạch nạo vét được trung bình của 2 nhóm PTNS hoàn toàn là $23,7 \pm 7,1$ hạch và PTNS hỗ trợ là $18,0 \pm 7,2$ hạch. Lượng máu mất trung bình của PTNS hoàn toàn $30,56 \pm 10,2$ ml và PTNS hỗ trợ $36,11 \pm 9,9$ ml. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm PTNS hoàn toàn là $206,4 \pm 30,6$ phút và PTNS hỗ trợ $220 \pm 40,9$ phút. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của nhóm PTNS hoàn toàn là 4,4% và PTNS hỗ trợ là 22,3%. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm PTNS hoàn toàn là $7,5 \pm 2,1$ ngày và PTNS hỗ trợ là $10,2 \pm 2,4$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn và phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 do ung thư là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư dạ dày.

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

ABSTRACT

EVALUATION OF OUTCOMES LAPAROSCOPIC TOTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPH NODE DISSECTION IN THE TREATMENT OF GASTRIC CANCER AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

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

Introduction: To evaluate the results of totally laparoscopic total gastrectomy (TLTG) and laparoscopic-assisted total gastrectomy (LATG) with D2 lymph node dissection to treat gastric cancer in the Nghean General Friendship Hospital.

Materials and Methods: In a retrospective cohort study, 126 patients with gastric cancer underwent TLTG and LATG with D2 lymph node dissection between 2013 and 2020.

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

- Ngày nhận bài (Received): 23/10/2021; Ngày phản biện (Revised): 18/11/2021;
- Ngày đăng bài (Accepted): 28/11/2021
- Người phản hồi (Corresponding author): Đinh Văn Chiến
- Email: chienbvna@gmail.com; SĐT: 0963311668

Results: There were 126 patients with an average age of 60.6 ± 11.1 years. The male/female ratio was 2.8/1. The percent of patients with tumors at stages I, II, III were 19.0%, 49.2%, 31.7%, 70.6% of patients had papillary adenocarcinoma and tubular adenocarcinoma. Patients with ring cell carcinoma were accounted for 24.6%. The total percent of incidents during the surgery of the group of TLTG was 4.4%, and the group of LATG was 20.6%. The average number of harvested lymph nodes in the group of TLTG was 23.7 ± 7.1 , and the group of LATG was 18.0 ± 7.2 . The average blood loss in the group of TLTG was 30.56 ± 10.2 ml, and the group of LATG was 36.11 ± 9.9 ml, and the average operation time in the group of TLTG was 206.4 ± 30.6 minutes, and the group of LATG was 220 ± 40.9 minutes. The total percent of postoperative complications in the group of TLTG was 4.4%, and the group of LATG was 22.3%. The hospital stays in the group of TLTG was 7.5 ± 2.1 days, and the group of LATG was 10.2 ± 2.4 days.

Conclusions: TLTG and LATG with D2 lymph node dissection were safe and effective in treating gastric cancer.

Keywords: Laparoscopic gastrectomy, gastric cancer, total gastrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh phổ biến ở Việt Nam và trên thế giới. 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]. Umayá 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 tận - tận (kiểu Functional) bằng máy cắt nối thẳng vào năm 1968 [4]. Okabe H là tác giả đầu tiên nối thực quản hồng tràng tận - tận 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 (JAGC), 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 ung thư dạ dày. PTNS 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 sử dụng kháng sinh cũng như thời gian nằm viện sau mổ cho người bệnh [6, 7].

Để góp phần nâng cao hiệu quả điều trị UTDD chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn và phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 do ung thư 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 UTDD được PTNS hoàn toàn và PTNS hỗ trợ cắt TBDD nạo vét hạch D2 do ung thư, từ năm 2013 đến tháng 2020 tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

* Lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân UTDD được PTNS hoàn toàn và PTNS hỗ trợ cắt TBDD nạo vét hạch D2 do ung thư.

* Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân UTDD mổ mở, cắt đoạn dạ dày và PTNS cắt TBDD không phải vét hạch D2 (D1, D1+, D2+ ...).

* Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm BN: Tuổi, giới, BMI, ASA, vị trí tổn thương, typ mô bệnh học, mức độ biệt hóa, giai đoạn bệnh

- 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.

Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn và phẫu thuật nội soi hỗ trợ...

- Kết quả điều trị sau mổ: Biến chứng sau mổ, thời gian đặt thông mũi hồng tràng, thời gian rung tiện, rút dẫn lưu, cho ăn, dùng giảm đau, kháng sinh và nằm viện sau mổ.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0, kiểm định các giá trị bằng kiểm định T-test, Chi - bình phương hoặc Fisher - test.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân		PTNS hoàn toàn	PTNS hỗ trợ
Tuổi		62,4 ± 11,9	56,1 ± 7,0
Giới tính	Nam	64 (71,1%)	29 (80,6%)
	Nữ	26 (28,9%)	7 (19,4%)
BMI		20,1 ± 2,3	20,7 ± 1,6
ASA	ASA1	35 (38,9%)	18 (50,0%)
	ASA2	40 (44,4%)	15 (41,7%)
	ASA3	15 (16,7%)	3 (8,3%)

Tuổi thấp nhất trong nghiên cứu là 26 và cao nhất là 88 tuổi, BMI thấp nhất 14,7 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.

Bảng 2: Đặc điểm tổn thương

Đặc điểm tổn thương		PTNS hoàn toàn	PTNS hỗ trợ
Vị trí ung thư	1/3 trên	12 (13,3%)	8 (22,2%)
	1/3 giữa	78 (85,6%)	25 (69,4%)
	Loét thâm nhiễm toàn bộ	1 (1,1%)	3 (8,3%)
Type UTBM	Tuyến ống, nhú	68 (75,6%)	21 (58,3%)
	Tuyến nhầy	4 (4,4%)	13 (36,1%)
	Tế bào nhẵn	18 (20,0%)	2 (5,6%)
Độ biệt hóa	Cao	3 (3,3%)	2 (5,6%)
	Vừa	28 (31,1%)	8 (22,2%)
	Kém hoặc không	59 (65,6%)	26 (72,2%)
Giai đoạn bệnh	Ia	7 (7,8%)	2 (5,6%)
	Ib	12 (13,3%)	3 (8,3%)
	IIa	20 (22,2%)	13 (36,1%)
	IIb	16 (17,8%)	13 (36,1%)
	IIIa	10 (11,1%)	2 (5,6%)
	IIIb	20 (22,2%)	2 (5,6%)
	IIIc	5 (5,6%)	1 (2,8%)

Bệnh viện Trung ương Huế

Kết quả nghiên cứu chủ yếu là ung thư 1/3 giữa dạ dày, UTBM tuyến và kém biệt hóa. Không có trường hợp nào là ung thư giai đoạn IV.

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm tổn thương		PTNS hoàn toàn	PTNS hỗ trợ
Kỹ thuật làm miệng nối bằng	Máy cắt nối tròn	0	34 (94,4%)
	Máy cắt nối thẳng	90 (100%)	2 (5,6%)
Tai biến	Tổn thương gan	1 (1,1%)	2 (5,6%)
	Tổn thương lách	1 (1,1%)	3 (8,3%)
	Mạch máu	1 (1,1%)	2 (5,6%)
	Ruột non	1 (1,1%)	0
	Đại tràng ngang	0	1 (1,1%)
Số hạch nạo vét được trung bình (hạch)		23,7 ± 7,1	18,0 ± 7,2
Số hạch di căn trung bình (hạch)		3,2 ± 4,1	2,6 ± 3,2
Lượng máu mất trung bình trong mổ (ml)		30,56 ± 10,2	36,11 ± 9,9
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)		206,4 ± 30,6	220 ± 40,9

Nội thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng là 73,0% và nội thực quản hồng tràng tận - bên bằng máy cắt nối tròn là 27,0%.

Bảng 4: Kết quả điều trị sau mổ

Kết quả điều trị sau mổ		PTNS hoàn toàn	PTNS hỗ trợ
Biến chứng sau mổ	Viêm phổi	1 (1,1%)	0
	Áp xe tồn dư	1 (1,1%)	2 (5,6%)
	Nhiễm trùng vết mổ	1 (1,1%)	3 (8,3%)
	Rò tiêu hóa	0	1 (2,8%)
	Khác	1 (1,1%)	1 (2,8%)
	Tử vong sau mổ	0	1 (2,8%)
Thời gian đặt thông mũi hồng tràng (ngày)		0,9 ± 1,1	5,0 ± 1,1
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày)		3,2 ± 1,3	5,6 ± 0,8
Thời gian rung tiệt (giờ)		49,3 ± 13,0	56,1 ± 29,1
Thời gian cho ăn đường miệng (ngày)		3,6 ± 1,5	6,6 ± 0,8
Thời gian dùng kháng sinh sau mổ (ngày)		7,3 ± 2,0	9,4 ± 2,4
Thời gian dùng giảm đau sau mổ (ngày)		2,4 ± 0,6	3,1 ± 0,6
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		7,5 ± 2,1	10,2 ± 2,4

Có biến chứng sau mổ là 8,7%, trong đó rò miệng nối thực quản hồng tràng 0,8%, viêm phổi 0,8%, áp xe tồn dư sau mổ 2,4%, nhiễm trùng vết mổ 3,2%; nhiễm trùng tiết niệu và đột quỵ sau mổ 1,6%. Có 1BN tử vong sau 2 tháng sau mổ do suy kiệt, viêm phổi, rò miệng nối thực quản hồng tràng.

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. Trong đó, tuổi trung bình của nhóm PTNS hoàn toàn là $62,4 \pm 11,9$ tuổi và nhóm PTNS hỗ trợ là $56,1 \pm 7,0$ tuổi, điều này chứng tỏ PTNS hoàn toàn có thể áp dụng được cho người cao tuổi. 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]. Về giới tính, kết quả của chúng tôi gặp ở nam giới là 73,8% và nữ giới là 26,2%, tỷ lệ nam/nữ 2.8/1. 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.

Chỉ định cắt toàn bộ dạ dày cho những trường hợp UTDD vùng tâm vị, thân vị, thể loét thâm nhiễm toàn bộ và những trường hợp mà bờ trên tổn thương cách tâm vị dưới 6cm để đảm bảo hết tổ chức UTDD, 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 của 2 nhóm có UTDD 1/3 trên là 15,9%; 1/3 giữa 81,7% và thể loét thâm nhiễm 2,4%. Chúng tôi thấy rằng những trường hợp u ở tâm vị hoặc u xâm lấn vào thực quản thì lựa chọn kỹ thuật nối thực quản hồng tràng tận bên (kiểu Orvil) bằng máy khâu nối tròn sẽ thuận lợi hơn.

Đặc điểm ung thư biểu mô: UTBM tuyến nhú và ống là 70,6% và tế bào nhẵn là 24,6%. Ung thư ở giai đoạn I, II, III là 19,0%, 49,2%, 31,7%.

Kỹ thuật phục hồi lưu thông tiêu hóa: Chúng tôi nhận thấy làm miệng nối thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng hoàn toàn trong ổ bụng thuận lợi hơn nối thực quản hồng tràng tận - bên bằng máy cắt nối tròn và thẳng, bởi phẫu trường rộng hơn, thao tác ít hơn, nhanh hơn, ít vết mổ hơn và chi phí thấp hơn. Kết quả nghiên cứu có nối thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng là 73,0% và nối thực quản hồng tràng tận - bên bằng máy cắt nối tròn là 27,0%.

Tai biến trong mổ có 9,5%, trong đó tổn thương bao gan trái trong lúc vén gan là 2,4%; tổn thương bao lách trong lúc vét hạch nhóm 10 gây chảy máu là 3,2%, tất cả các trường hợp này đều được đốt điện cầm máu trong thì nội soi. Tổn thương mạch máu ở vùng rốn lách gây chảy máu là 2,4%, chúng tôi tiến hành kẹp clip cầm máu. Rách thanh cơ ruột non trong khi cầm nắm để cắt nối tiêu hóa là 0,8%, tiến hành khâu lại thanh cơ bằng 01 mũi chữ X, chỉ vicryn 4.0 trong thì phẫu thuật nội soi. Tổn thương mạch mạc treo đại tràng ngang trong lúc giải phóng mạc nối lớn, gây thiếu dưỡng là 0,8%, chúng tôi tiến hành cắt đoạn đại tràng ngang nối lưu thông tiêu hóa 1 thì trong thì hỗ trợ. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở do tai biến và tử vong trong mổ. Kết quả nghiên cứu có tỷ lệ tai biến ở PTNS hoàn toàn thấp hơn PTNS hỗ trợ, nhưng theo ghi nhận của chúng tôi thì tất cả tai biến của 2 nhóm đều xảy ra trong thì nội soi nên không có ý nghĩa rõ ràng về sự khác nhau này. Tác giả Ebehara Y, 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 [6]. Số hạch nạo vét được trung bình là $22,06 \pm 7,6$ hạch, số hạch di căn trung bình là $3,06 \pm 3,9$ hạch. Số hạch nạo vét được ở nhóm PTNS hoàn toàn cao hơn PTNS hỗ trợ. 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 $38,3 \pm 14,2$ và nhóm PTNS hỗ trợ là $45,5 \pm 20,2$ 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 là $32,14 \pm 10,4$ (20 - 50) ml và thời gian phẫu thuật trung bình là $210,4 \pm 34,3$ (140 - 300) phút. Lượng máu mất và thời gian phẫu thuật trong PTNS hỗ trợ nhiều hơn và dài hơn PTNS hoàn toàn. Trong PTNS hỗ trợ vết mổ nhiều hơn, dài hơn và nhiều thao tác kỹ thuật, phẫu trường hẹp nên nguy cơ tổn thương gây mất máu sẽ nhiều hơn và thời gian phẫu thuật dài hơn PTNS hoàn toàn. Biến chứng sau mổ là 8,7%; trong đó áp xe tồn dư sau mổ là 2,4%, chúng tôi tiến hành chọc hút dịch mũ dưới hướng dẫn siêu âm và điều trị nội khoa ổn định, bệnh nhân ổn định ra viện. Viêm phổi sau mổ ngày thứ 4 sau mổ là

0,8%; nhiễm trùng tiết niệu và đột quỵ sau mổ là 1,6% đã tiến hành điều trị nội khoa bệnh nhân ổn định ra viện. Nhiễm trùng vết mổ là 3,2%, tiến hành cắt chỉ để hở vết mổ và thay băng hằng ngày, vết mổ ổn định khâu lại và cho ra viện. Rò miệng nối thực quản hồng tràng ngày thứ 5 sau mổ là 0,8%, tiến hành cắt chỉ vết mổ hỗ trợ và đặt dẫn lưu vào vùng rò, hút liên tục. Sau đó chúng tôi mở thông hồng tràng để nuôi dưỡng, nhưng bệnh nhân không tiến triển và ngày càng suy kiệt, viêm phổi, tử vong sau 2 tháng phẫu thuật. Không có trường hợp nào tử vong trong vòng 1 tháng sau mổ. Mặc dù được tiến hành trên nhóm bệnh nhân có độ tuổi cao hơn nhưng tỷ lệ biến chứng ở PTNS hoàn toàn thấp hơn PTNS hỗ trợ, đó là ưu điểm nổi bật của PTNS hoàn toàn và nối thực quản hồng tràng tận - tận không cắt thực quản và hồng tràng trước bằng máy cắt nối thẳng. 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% và 1,5% tử vong [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 ch ăn đường miệng trung bình là 4,6 ngày và 5,0 ngày, tỷ lệ biến chứng ở PTNS hoàn toàn và hỗ trợ là 18,5% và 17,2% [7]. Shinohara T và cộng sự, lượng máu mất trung bình trong mổ là 102ml (20 - 694ml) [9]. Lee JH và cộng sự là 150ml (10 - 800ml) [10]. Kyogoku N và cộng sự, lượng máu mất trung bình trong mổ ở nhóm dùng máy cắt nối tròn là 100ml và ở nhóm dùng máy cắt nối 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 và cộng sự ghi nhận có 3 BN (7,5%) rò tiêu hóa sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày điều trị UTDD [15].

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 dùng thuốc giảm đau trung bình là $2,59 \pm 0,6$ ngày; thời gian dùng kháng sinh trung bình $7,9 \pm 2,3$ ngày; thời gian nằm viện trung bình là $8,25 \pm 2,5$ ngày. Các kết quả này ở PTNS hỗ trợ đều dài hơn PTNS hoàn toàn. Chúng tôi nhận thấy, PTNS hoàn toàn bệnh nhân phục hồi chức năng tiêu hóa, vận động và sức khỏe sớm hơn nên cung cấp dinh dưỡng đường miệng sớm hơn, nhu cầu dùng thuốc giảm đau ít hơn, thời gian sử dụng kháng sinh ngắn hơn và thời gian nằm viện ít hơn. 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 giữa PTNS hoàn toàn và hỗ trợ như sau: thời gian trung tiện trung bình là 3,0 ngày và 3,2 ngày; thời gian bắt đầu ch 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]. 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 sử dụng kháng sinh, nằm viện sau mổ ít hơn [19 - 22].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn và phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 do ung thư là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al. Global Cancer Statistics: 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;4:101-112.
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 esophagojejunostomy 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 esophagojejunostomy 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 esophagojejunostomy 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; Springer:304-340.
14. Strong VE. Managing Early and Late Postoperative Complications Following Gastric Surgery. *Gastric Cancer: Principles and Practice*, 2015; Springer:239-249.
15. Chang KK, Patel MS, Yoon SS. Linear-Stapled Side-to-Side Esophagojejunostomy 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):1-9.
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. Dinh Van Chien, NV. Huong, et al. The efficiency of early oral feeding in gastric cancer patients after laparoscopic total gastrectomy. International Journal of Medical and Biomedical Studies, 2021;5(10): 51-55.