

corticoid; sự cải thiện mRS sau khi dùng steroid trong nhóm này là -0,1 so với 0,4 sau khi TPE [1]. Trong nhóm viêm não kháng NMDAR của chúng tôi, có 17 trường hợp phối hợp IVMT - TPE (Bảng 5), thì có 14 trường hợp cải thiện (82,4%) (Bảng 6), cho thấy đây có thể là phối hợp hiệu quả ở bệnh này. Kết quả này thấp hơn trong tổng kết của Suppiej với 23 trẻ viêm não kháng NMDAR được phối hợp corticoid + TPE, đã có 22 trường hợp cải thiện (95,7%) [6]. IVMT - TPE là phối hợp được khuyến cáo điều trị viêm não kháng NMDAR nặng ở trẻ em [3]. TPE đơn trị cho thấy tỉ lệ cải thiện không cao; còn IVIG thì chi phí cao nên cân nhắc sử dụng sau điều trị corticoid + TPE mà kém đáp ứng. Phân tích kết quả lúc xuất viện, mặc dù tỉ lệ cải thiện cao hơn ở nhóm viêm não kháng NMDAR, chúng tôi thấy không có khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm viêm não (Bảng 6).

Hạn chế. Do là nghiên cứu hồi cứu từ hồ sơ và cỡ mẫu là nhỏ nên một số dấu lâm sàng của VNTM (đặc biệt triệu chứng tâm thần) có thể không được ghi nhận đầy đủ; các điều trị không thống nhất. Kết cục chỉ đánh giá ở thời điểm xuất viện trong khi bệnh lý có diễn tiến kéo dài nên tỉ lệ chưa hồi phục còn cao. Thêm nữa, chúng tôi đã không thể định lượng kháng thể trước và sau điều trị để củng cố giả thuyết cho các liệu pháp nhằm vào kháng thể. Dù vậy, nghiên cứu đã cho thấy phối hợp IVMT - TPE có thể giúp cải thiện tình trạng bệnh nhân viêm não kháng NMDAR nặng.

V. KẾT LUẬN

Viêm não kháng NMDAR ở trẻ em biểu hiện bởi một loạt các triệu chứng đa dạng, nổi bật là

rối loạn hành vi - cảm xúc, rối loạn giấc ngủ, suy giảm tri giác và rối loạn vận động; về xét nghiệm bất thường EEG hay gặp với hoạt động sóng chậm và thay đổi DNT, MRI não thay đổi ở ¼ số trường hợp. TPE cho thấy tỉ lệ cải thiện cao và được khuyến cáo cho viêm não kháng NMDAR ở trẻ em thể nặng hoặc kém đáp ứng sau khi đã điều trị với corticoid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **DeSena A D, Noland D K, Matevosyan K, et al. (2015).** Intravenous methylprednisolone versus therapeutic plasma exchange for treatment of anti-N-methyl-D-aspartate receptor antibody encephalitis: A retrospective review. *J Clin Apher.* 30 (4), p. 212-6.
2. **Jafarpour S, Santoro J D (2022).** Autoimmune Encephalitis. *Pediatr Rev.* 43 (4), p. 198-211.
3. **Nosadini M, Thomas T, Eyre M, et al. (2021).** International Consensus Recommendations for the Treatment of Pediatric NMDAR Antibody Encephalitis. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* 8 (5).
4. **Pham H. P, Daniel-Johnson J A, Stotler B A, et al. (2011).** Therapeutic plasma exchange for the treatment of anti-NMDA receptor encephalitis. *J Clin Apher.* 26 (6), p. 320-5.
5. **Sai Yang, Zhang X, Feng M, et al. (2018).** Clinical diagnosis and treatment of pediatric anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis: A single center retrospective study. *Exp Ther Med.* 16 (2), p. 1442-1448.
6. **Suppiej A, Nosadini M, Zuliani L, et al. (2016).** Plasma exchange in pediatric anti-NMDAR encephalitis: A systematic review. *Brain Dev.* 38 (7), p. 613-22.
7. **Wickramasinghe N, Dasanayake D, Malavige N, et al. (2021).** Autoimmune encephalitis in a South Asian population. *BMC Neurol.* 21 (1), p. 203.
8. **Zhang Y, Huang H. J, Chen W. B, et al. (2021).** Clinical efficacy of plasma exchange in patients with autoimmune encephalitis. *Ann Clin Transl Neurol.* 8 (4), p. 763-773.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY: MỘT NGHIÊN CỨU HỒI CỨU ĐA TRUNG TÂM

Đặng Quốc Ái^{1,2}, Vũ Khang Ninh³

TÓM TẮT

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Thanh Nhàn giai đoạn 2018-2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 109 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới, dạ dày D2 tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình 205±38,5 phút. Số hạch trung bình vết

được là $16,4 \pm 5,5$ hạch. Giai đoạn bệnh I/II/III lần lượt 16,5%, 45,7%, 37,7%. Tai biến trong mổ 3,7%, tỷ lệ chuyển mổ mở 2,8% có 1 bệnh nhân hẹp miệng nối sau mổ phải mổ lại sau 2 tuần, 1 bệnh nhân tắc ruột sớm sau mổ, 1 bệnh nhân viêm phổi, 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, không có tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $12 \pm 4,4$ ngày. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình $45,7 \pm 1,8$ tháng, tỷ lệ sống thêm tích lũy tại thời điểm 12 tháng (87,9%), 24 tháng (81,7%), 36 tháng (81,7%), 48 tháng (79,3%). Có mối liên quan giữa thời gian sống thêm với giai đoạn bệnh. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày được thực hiện tại bệnh viện Đại học Y và bệnh viện Thanh Nhàn cho kết quả tốt, góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân ung thư tại Hà Nội.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vét hạch D2.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY FOR TREATMENT GASTRIC CARCINOMA: A MULTICENTER RETROSPECTIVE STUDY

Objective: To evaluate the results of laparoscopic distal gastrectomy with D2 dissection for gastric adenocarcinoma at Ha Noi medical university hospital and Thanh Nhan hospital from 2018 to 2021.

Subjects and methods: Retrospective study of 109 gastric adenocarcinoma patients who underwent laparoscopic distal partial dissection with D2 at Ha Noi medical university hospital and Thanh Nhan hospital from January 2018 to December 2021. **Results:** The average surgical time was $205 \pm 38,5$ minutes (120-360). The average number of lymph nodes removed was $16,4 \pm 5,5$. Stage I 16,5%, Stage II 45,7%, Stage III 37,7%. Intraoperative complications 3,7%, conversion to open surgery was 2,8%. There was 1 patient with postoperative anastomosis who had to be operated on after 2 weeks, 1 patient with early bowel obstruction after surgery, 1 patient with pneumonia, 1 patient with wound infection, there was no postoperative death. The average postoperative hospital stay was $12 \pm 4,4$ days. The mean overall survival time (OS) was $45,7 \pm 1,8$ months, OS at 12 months (87,9%), 24 months (81,7%), 36 months (81,7%), 48 months (79,3%). There is a relationship between survival time and disease stage.

Conclusion: Laparoscopic distal gastrectomy with D2 dissection treatment of gastric adenocarcinoma at Ha Noi medical university hospital and Thanh Nhan hospital good results, improving the quality of cancer treatment in Hanoi.

Keywords: Gastric adenocarcinoma, Laparoscopic distal gastrectomy D2 dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của GLOBOCAN 2020, ung thư dạ dày (UTDD) đứng hàng thứ 6 trong các bệnh ung thư thường gặp trên thế giới, với tỉ lệ mắc là 11,1/100.000 dân. Tỷ lệ tử vong do ung

thư dạ dày đứng thứ 3 với 768.793 trường hợp tử vong hàng năm [1]. Tại Việt Nam, ung thư dạ dày là loại ung thư khá phổ biến, đứng thứ 4 về tỉ lệ mới mắc và đứng thứ 3 về tỉ lệ tử vong sau ung thư gan và ung thư phổi. Trong các phương pháp điều trị hiện nay với UTDD, phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất, đặc biệt ở giai đoạn khối u còn khả năng cắt bỏ. Các phương pháp khác như hóa chất, xạ trị, điều trị miễn dịch có vai trò trong từng giai đoạn nhất định, và có khả năng giúp phẫu thuật thuận lợi như hóa chất tân bổ trợ hoặc giúp kéo dài thời gian sống thêm sau phẫu thuật như hóa xạ bổ trợ.

Trên thế giới, việc ứng dụng phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS) trong những năm gần đây trong điều trị UTDD đã đạt được nhiều tiến bộ, với nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mở truyền thống. Các nghiên cứu cũng ghi nhận PTNS điều trị ung thư dạ dày có độ an toàn cao, ít biến chứng nhưng vẫn đảm bảo được nguyên tắc ung thư và cho kết quả điều trị tương đương về tỉ lệ sống thêm 5 năm so với phương pháp mổ mở kinh điển[2].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày đã được áp dụng tại một số bệnh viện lớn. Bệnh viện Thanh Nhàn và bệnh viện Đại học Y Hà Nội là 2 bệnh viện lớn tại Hà Nội hàng năm tiếp nhận và điều trị cho hàng trăm bệnh nhân ung thư dạ dày. Cả hai bệnh viện đã triển khai kỹ thuật này từ năm 2014 bằng một quy trình kỹ thuật tương tự nhau, đây là nghiên cứu tổng hợp từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021. Nhằm đánh giá kết quả của việc áp dụng phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu tiến hành trên nhóm đối tượng bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn chưa có di căn xa, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Thanh Nhàn từ 1/2018 đến 12/2021.

Các bước tiến hành phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành kỹ thuật PTNS cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vét hạch D2 qua 6 bước:

Bước 1: Gây mê nội khí quản, đặt bệnh nhân nằm ngửa. Đặt từ 4-6 trocar vùng trên rốn hướng đến dạ dày, nhận định thương tổn và chẩn đoán trong mổ, quyết định thực hiện cắt dạ dày.

Bước 2: Cắt mạc nối lớn vét hạch nhóm 4sb, 4d, 6; cắt động mạch vị mạc nối trái và động mạch vị mạc nối phải; vét hạch nhóm 5.

Bước 3: Cắt tá tràng bằng stapler.

Bước 4: Cắt mạc nối nhỏ, vét hạch nhóm 1,3,7,8a,9,11p,12a

Bước 5: Mở nhỏ đường trắng giữa trên rốn 5cm cắt bán phần cực dưới dạ dày, phục hồi lưu thông tiêu hóa theo Billroth II.

Bước 6: Đặt dẫn lưu và đóng bụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

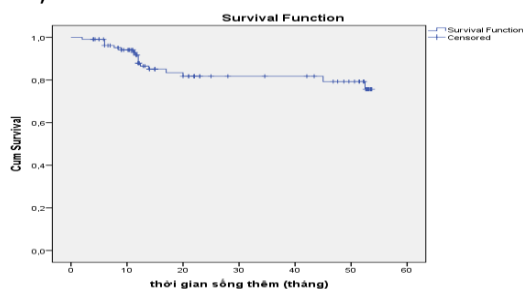
Từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2021 có 109 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Đặc điểm bệnh nhân và kết quả phẫu thuật được trình bày trong bảng 1,

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân và kết quả phẫu thuật

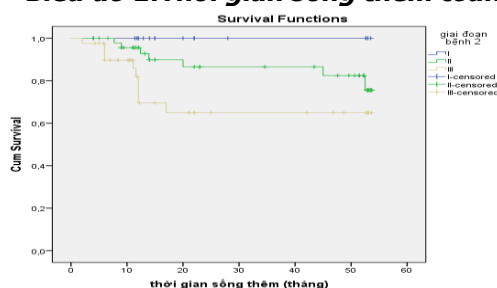
Các thông số	Kết quả (N=109)
Nam/nữ	2,4/1
Tuổi trung bình	59,5 ± 10,1 tuổi (32-88).
BMI trung bình	20,2 ± 2,4 kg/m ² (13,6-28,4)
Vị trí u	hang vị môn vị 78%, 22% BCN
Thời gian phẫu thuật (phút)	205±38,5(120-360)
Số hạch nạo vét được	16,4±5,5 hạch (8 đến 45 hạch)
Số hạch dương tính	3±5,1 hạch (0 đến 41 hạch)
Giai đoạn bệnh sau mổ I/II/III	16,5%/45,8%/37,7%
Thời gian hậu phẫu (ngày)	12±4,4 (6-38)
Tai biến trong mổ	4 (3,7%) trường hợp: 1 trường hợp rách thanh mạc đại tràng, 1 chảy máu do nạo vét hạch, 1 rách bao lách phải cắt lách, 1 tổn thương động mạch đại tràng giữa phải cắt đoạn đại tràng ngang.
Chuyển mổ mở	3(2,8%) trường hợp
Biến chứng sau mổ (N=106)	4(3,8%) trường hợp: 1 hẹp miêng nối phải mổ lại, 1 viêm phổi, 1 nhiễm trùng vết mổ, 1 tắc ruột sớm sau mổ
Điều trị hóa chất sau mổ (N=106)	100/106

Thời gian sống thêm toàn bộ. Trong 106 bệnh nhân phẫu thuật nội soi thành công được nghiên cứu, còn sống 89 bệnh nhân, đã chết 17 bệnh nhân. Sử dụng phương pháp tính tỷ lệ sống thêm tại các thời điểm và thiết lập đường cong sống của Kaplan Meier, chúng tôi thu được kết quả như sau: thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 45,7 ± 1,8 tháng, tỷ lệ sống thêm tích lũy tại thời điểm 12 tháng (87,9%), 24 tháng (81,7%), 36 tháng (81,7%), 48 tháng (79,3%).

Kiểm định Log rank thấy có sự liên quan giữa thời gian sống thêm sau mổ với giai đoạn bệnh p=0,016.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm toàn bộ và giai đoạn bệnh TNM

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu là 59,5 ± 10,1 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 88 tuổi. Trước đây, người cao tuổi là một yếu tố thường được cân nhắc trong PTNS nói chung, vì thời gian mổ nội soi thường dài hơn mổ mở dẫn tới nguy cơ tăng các tai biến trong và sau mổ. Tuy nhiên, quan điểm này đã thay đổi trong nhiều năm trở lại đây. Yoshitake Ueda (2022) so sánh giữa PTNS và mổ mở trên nhóm bệnh nhân >80 tuổi, kết quả cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ, mất máu ở nhóm phẫu thuật nội soi thấp hơn so với mổ mở (p<0,05). Phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày an toàn về mặt kỹ thuật và ung thư trong điều trị ung thư dạ dày ở bệnh nhân cao tuổi trên 80 tuổi và là phương pháp phẫu thuật tối ưu cho bệnh nhân cao tuổi bị ung thư dạ dày[2].

Phẫu thuật thường khó khăn hơn ở các bệnh nhân béo phì do dày mỡ bao quanh các tạng có thể gây ảnh hưởng đến quá trình bộc lộ các tạng và nạo vét hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số BMI trung bình là 20,2 ± 2,4 kg/m², trong đó nhóm BMI từ 18 – 25 kg/m² chiếm 80,7%, nhóm BMI > 25 kg/m² chiếm 1,8%. Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhóm bệnh nhân Châu Á trong nghiên cứu KLASS-02. Kentaro Maejima

nghiên cứu tác động của béo phì với phẫu thuật nội soi cắt dạ dày đoạn xa (LDG) và mỡ mỡ (ODG) trên 262 bệnh nhân. Tác giả nhận thấy thời gian phẫu thuật kéo dài hơn và mất máu nhiều hơn trên bệnh nhân béo phì ở cả 2 nhóm, số hạch nạo vét được trên bệnh nhân béo phì nhóm LDG cao hơn ODG, thời gian nằm viện ở nhóm LDG thấp hơn ODG bất kể bệnh nhân béo phì hay không [3]. Khi phẫu tích đúng lớp và tỉ mỉ, đặc biệt với phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm và nắm rõ các biến đổi giải phẫu thì BMI cao không ảnh hưởng đến tỉ lệ tai biến, biến chứng trong và sau mổ, ngoại trừ có thể kéo dài thời gian mổ. Như vậy, LDG thể hiện ưu điểm hơn ODG trên bệnh nhân béo phì.

Nghiên cứu của chúng tôi đa số gặp các bệnh nhân có u ở vùng hang vị hoặc ống môn vị chiếm 78%, 22% bệnh nhân khối u nằm ở bờ cong nhỏ. Vị trí này phù hợp với đặc điểm của ung thư dạ dày và chỉ định phẫu thuật cắt bán phần cực dưới dạ dày. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Quang Bộ cũng cho nhận xét là vị trí u chủ yếu cũng gặp ở vùng hang môn vị và bờ cong nhỏ [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ trung bình là $205 \pm 35,8$ phút ngắn hơn so với nghiên cứu của Trịnh Lê Huy 259 ± 44 phút [5], dài hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Anh Tuấn $141,06 \pm 26,32$ phút [6]. Thời gian mổ của PTNS cắt dạ dày và vét hạch không phụ thuộc nhiều vào độ xâm lấn khối u do có khả năng cắt thành một khối, mà phụ thuộc vào quá trình vét hạch chảy máu nhiều hay không. Ngoài ra, thời gian mổ còn phụ thuộc vào các yếu tố khác như béo phì, dày mỡ, mô viêm nhiều, tăng sinh mạch máu nhiều. Chúng tôi gặp 4 trường hợp xảy ra tai biến trong mổ (3,7%). Một bệnh nhân tổn thương mạch đại tràng giữa phải chuyển mổ mở cắt đoạn đại tràng ngang kèm theo, một bệnh nhân tổn thương thanh cơ đại tràng được khâu phục hồi qua nội soi an toàn, một trường hợp rách bao lách, không cầm được máu nên chúng tôi quyết định chuyển mổ mở cắt lách, một trường hợp bị chảy máu trong mổ khi nạo vét hạch quanh động mạch vị trái phải chuyển mổ mở để cầm máu. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 2,8%. Tỷ lệ tai biến trong mổ của các tác giả trên thế giới thay đổi từ 0,9 – 8,2%, với tỉ lệ chuyển mổ mở khoảng từ 0 – 2,2%. Tỷ lệ tai biến trong mổ của chúng tôi cao hơn các tác giả trong và ngoài nước có thể do thời gian đầu triển khai kỹ thuật chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm trong việc nạo vét hạch. Nhìn chung, tỉ lệ tai biến trong PTNS dạ dày qua các nghiên cứu đều ở mức

thấp và có thể kiểm soát thành công qua nội soi hoặc chuyển mổ mở. Tuy nhiên việc hiểu rõ giải phẫu mạch máu vùng này cùng với việc phẫu tích cẩn thận, đúng lớp giúp tránh chảy máu.

Chúng tôi gặp bốn trường hợp có biến chứng sau mổ, trong đó ba trường hợp không phải phẫu thuật lại là nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sớm và viêm phổi. Cả ba bệnh nhân đều được điều trị nội khoa ổn định ra viện. Chúng tôi ghi nhận một bệnh nhân bị hẹp miệng nối sau mổ với biểu hiện đau bụng, chướng bụng, XQ chậm lưu thông thuốc qua miệng nối, nội soi hình ảnh hẹp miệng nối sau mổ hai tuần. Bệnh nhân được phẫu thuật làm lại miệng nối, lau rửa ổ bụng, dẫn lưu. Bệnh nhân ra viện ngày thứ mười bốn sau mổ. Nguyễn Anh Tuấn gặp một bệnh nhân rò miệng nối sau mổ, ba bệnh nhân có ứ đọng quai đến, một bệnh nhân rò dạ dày đại tràng ngang sau mổ một năm, một bệnh nhân thoát vị nội sau mổ ba tháng, tỷ lệ biến chứng 6% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng là 3,8%. Như vậy tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi cao hơn với các nghiên cứu khác, có thể do số lượng bệnh nhân còn ít và giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật còn chưa thuần thục.

Tất cả các bệnh trong nghiên cứu đều có thông tin khám lại hoặc liên lạc được qua số điện thoại. Trong 106 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi thành công, còn sống 89 bệnh nhân, đã chết 17 bệnh nhân. Sử dụng phương pháp tính tỷ lệ sống thêm tại các thời điểm và thiết lập đường cong sống của Kaplan Meier, chúng tôi thu được kết quả như sau: thời gian sống thêm toàn bộ trung bình $45,7 \pm 1,8$ tháng, tỷ lệ sống thêm tích lũy tại thời điểm 12 tháng (87,9%), 24 tháng (81,7%), 36 tháng (81,7%), 48 tháng (79,3%). Một phân tích tổng hợp từ 17 nghiên cứu được xuất bản từ năm 2008 đến năm 2021 tại châu Á so sánh PTNS cắt dạ dày và mổ mở nạo vét hạch D2 điều trị UTDD cho kết quả thời gian sống thêm toàn bộ sau 5 năm lần lượt là 64,7% và 65,6% [7]. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên tại 14 trung tâm phẫu thuật ở Trung Quốc trên 1056 bệnh nhân UTDD giai đoạn T2-T4a, cho kết quả tỉ lệ sống thêm không bệnh sau 3 năm là 76,5% [8]. Theo tác giả Trịnh Lê Huy thời gian sống thêm trung bình $33,6 \pm 20,6$ tháng, tỷ lệ sống toàn bộ sau 3 năm là 81,5% [5]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thời gian sống thêm toàn bộ tương đương so với nghiên cứu của tác giả Trịnh Lê Huy nhưng dài hơn so với nghiên cứu của các tác giả Trung Quốc.

Giai đoạn IB có 19 BN đã tử vong 0 thời gian sống thêm trung bình $23,6 \pm 16,4$ tháng. Giai

đoạn II có 48 BN đã tử vong 7 thời gian sống thêm trung bình $30,3 \pm 20$ tháng. Giai đoạn II có 39 BN đã tử vong 10, thời gian sống thêm trung bình $19,9 \pm 17,3$ tháng. Kiểm định Log rank thấy có sự liên quan giữa thời gian sống thêm sau mổ với giai đoạn bệnh $p = 0,016 (<0,05)$. Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Bùi Trung Nghĩa tỷ lệ sống 5 năm sau mổ theo giai đoạn bệnh Ia,Ib,IIa,IIb,IIIa,IIIb,IIIc tương ứng là 96,7%; 92,2%; 93,2%; 74%; 48,4%; 31,2%; 25,9% ($p < 0,001$) thời gian sống thêm toàn bộ sau mổ có liên quan đến giai đoạn bệnh. Nghiên cứu thời gian sống thêm sau mổ 5 năm của PTNS cắt dạ dày, vét hạch D2 của tác giả Kim Ki Han tỷ lệ sống 5 năm sau mổ ở các giai đoạn 0, I, II, III tương ứng là 100%; 99,3%; 89,5%; 76,1%. Chen K. và cs., tỷ lệ sống 5 năm sau mổ ở giai đoạn I, II, III lần lượt là 93,1%; 72,7%; và 41,5%. Các tác giả kết luận thời gian sống thêm sau mổ liên quan chặt chẽ với giai đoạn bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá dài hạn phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại bệnh viện Đại học Y và bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy khả thi và đáp ứng được hiệu quả điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, Hyuna, et al.** "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and

mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries." CA: a cancer journal for clinicians 2021: 209-249.

2. **Ueda, Yoshitake, et al.** "Technical and oncological safety of laparoscopic gastrectomy for gastric cancer in elderly patients ≥ 80 years old." BMC geriatrics 22.1 (2022);
3. **Maejima, Kentaro, Nobuhiko Taniai, and Hiroshi Yoshida.** "The Influences of Obesity in Laparoscopic and Open Distal Gastrectomy for Patients with Early Gastric Cancer." Journal of Nippon Medical School 89.2 (2022): 215-221.
4. **Nguyễn Quang Bộ.** "Nghiên cứu kết quả phẫu thuật triệt căn có kết hợp hóa chất", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Huế, 2017 tr. 54-75.
5. **Le Huy Trinh, Ai Dang Quoc, Han Sang-Uk.** The Outcomes Of Laparoscopic Distal Gastrectomy With D2 Lymphadenectomy For Gastric Cancer In Hanoi Medical University Hospital. NVEO-NATURAL VOLATILES & ESSENTIAL OILS Journal| NVEO 2021:12540-12553.
6. **Nguyễn Anh Tuấn, Lương Ngọc Cường, Phạm Văn Hiệp.** Kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày. Journal of 108-Clinical Medicine and Pharmacy. 2021;
7. **Yang Y, Chen Y, Hu Y, et al.** Outcomes of laparoscopic versus open total gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Medical Research. 2022;27(1):1-9.
8. **Yu, JiangHuang, Changming Sun, et al.** Effect of laparoscopic vs open distal gastrectomy on 3-year disease-free survival in patients with locally advanced gastric cancer: the CLASS-01 randomized clinical trial. JAMA. 2019; 321(20): 1983-1992.

KỸ THUẬT TÁI TẠO LƯU THÔNG MẠCH MÁU TRONG PHẪU THUẬT GHÉP GAN PHẢI TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG

Vũ Văn Quang¹, Lê Văn Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật tạo hình mạch máu trong ghép gan phải từ người hiến sống. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 52 trường hợp được ghép gan từ người hiến sống sử dụng mảnh ghép gan phải tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Có 42 trường hợp sử dụng mảnh ghép gan phải mở rộng gồm cả tĩnh mạch gan giữa (80,7%) và 10 trường hợp sử dụng mảnh ghép gan

phải cải tiến có tĩnh mạch gan giữa được tái tạo lưu thông từ các nhánh V5 và/ hoặc V8 (19,3%). 100% các trường hợp tái tạo lưu thông tĩnh mạch gan sử dụng đoạn mạch nhân tạo polytetrafluoroethylene. 100% các trường hợp đều được nối tĩnh mạch gan giữa và tĩnh mạch gan phải thành miệng nối chung duy nhất và đều được mở rộng sang bên trái và xuống dưới tại lỗ của tĩnh mạch gan phải người nhận với chiều dài đường rạch trung bình lần lượt là 14 mm và 9,7 mm. Có 15 trường hợp có tĩnh mạch gan phải phụ có đường kính trên 5 mm được nối thẳng trực tiếp vào tĩnh mạch chủ dưới kiểu tận – bên (28,8%). 100% các trường hợp đều sử dụng mỗi khâu vắt tận – tận giữa tĩnh mạch cửa phải người hiến và tĩnh mạch cửa người nhận. Có 4 trường hợp tiến hành lấy huyết khối mạn tính độ I, II của tĩnh mạch cửa. Có 2 trường hợp cắt lách (3,8%) kèm theo sau khi ghép mảnh gan vào người nhận và 5 trường hợp thắt các vòng nối tĩnh mạch (9,6%). 100% các trường hợp được khâu nối

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trung Hiếu

Email: liversurg108@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023