

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



PHẠM VĂN NAM

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI  
CẮT DẠ DÀY, VẾT HẠCH D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> MỞ RỘNG  
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

**PHẠM VĂN NAM**

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI  
CẮT DẠ DÀY, VẾT HẠCH D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> MỞ RỘNG  
ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY**

**Chuyên ngành : Ngoại - Tiêu hóa**

**Mã số : 62720125**

**LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học:**

**PGS.TS. Triệu Triều Dương**

**GS.TS. Hà Văn Quyết**

**HÀ NỘI - 2019**

## LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành được luận án này, ngoài những nỗ lực, cố gắng của bản thân, trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu, tôi luôn luôn nhận được sự giúp đỡ và động viên chân thành của các thầy các cô, bạn bè, đồng nghiệp và những người thân trong gia đình. Tôi xin được gửi những lời cảm ơn chân thành của tôi tới:

Đảng ủy, Ban giám hiệu, phòng Đào tạo sau Đại học Trường Đại học Y Hà Nội; Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội; Viện tiêu hóa, Bộ môn tiêu hóa - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; Bộ môn, Khoa Ngoại tiêu hóa - Bệnh viện Quân Y 103; Khoa Giải phẫu bệnh - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Quân Y 103 đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án này.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới:

PGS.TS. Triệu Triều Dương - Viện trưởng Viện Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; GS.TS. Hà Văn Quyết, nguyên chủ nhiệm Bộ môn Ngoại, Đại học Y Hà Nội, nguyên Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội- là những người thầy luôn tận tình chỉ bảo truyền đạt kiến thức, hướng dẫn tôi nghiên cứu để tôi hoàn thành được luận án này.

PGS.TS. Phạm Đức Huân, chủ nhiệm Bộ môn Ngoại - Trường Đại học Y Hà Nội, Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, người thầy, người anh đã tận tình giúp đỡ tôi trong suốt quá trình nghiên cứu và hoàn thành luận án này.

GS.TS. Trịnh Hồng Sơn, Phó Giám đốc Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, là người thầy đã lên Viện Quân Y 110 hướng dẫn đào tạo, truyền đạt kiến thức và giúp tôi trong quá trình nghiên cứu, hoàn thành luận án

Tôi cũng xin được gửi lời cảm ơn chân thành của tôi tới tất cả các thầy, các cô, những nhà khoa học trong các hội đồng chấm luận án đã đóng góp

những ý kiến xác thực và hết sức quý báu, giúp cho chúng tôi chỉnh sửa và hoàn thiện được luận án này.

Tôi xin chân thành cảm ơn các bạn đồng nghiệp đã đóng góp công sức cũng như động viên tôi trong quá trình học tập và thực hiện luận án.

Cuối cùng, tôi xin dành tình cảm sâu sắc nhất cảm ơn gia đình, nguồn động lực luôn cổ vũ, động viên và chia sẻ giúp tôi hoàn thành quá trình học tập và nghiên cứu.

**Tác giả luận án**

**Phạm Văn Nam**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Phạm Văn Nam, nghiên cứu sinh khóa 32, Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Ngoại tiêu hóa, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy PGS.TS. Triệu Triều Dương và GS.TS. Hà Văn Quyết.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

*Hà Nội, ngày tháng năm 2018*

**Tác giả luận án**

**Phạm Văn Nam**

## CÁC KÝ HIỆU VÀ TỪ VIẾT TẮT

AJCC	American Joint commission of cancer (Hiệp hội chống ung thư Hoa Kỳ)
BCL	Bờ cong lớn
BCN	Bờ cong nhỏ
BMI	Body Mass Index (Chỉ số khối của cơ thể)
BN	Bệnh nhân
CS	Cộng sự
DD	Dạ dày
ĐM	Động mạch
EMR	Endoscopic mucosal resection (Cắt niêm mạc bằng nội soi)
ESR	Endoscopic Submucosal resection (Cắt dưới niêm mạc bằng nội soi)
EGC	Early gastric cancer (Ung thư dạ dày sớm)
HMV	Hẹp môn vị
KLASS	Korean Laparoscopic Gastrointestinal Surgery Study Group (Hội nghiên cứu phẫu thuật nội soi Hàn Quốc)
HDC/HVĐ	Hạch di căn/ Hạch vét được
HER2	Human Epidermal growth factor Receptor 2 (Thụ thể tăng trưởng biểu mô thứ hai)
JGCA	Japanese gastric cancer Association (Hội ung thư dạ dày Nhật Bản)
JRSGC	Japanese Research Society for Gastric Cancer (Hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản)
JCOG	Japan Clinical Oncology Group (Nhóm ung thư lâm sàng Nhật Bản)
LWR	Laparoscopic wedge resection (Cắt hình chêm dạ dày bằng nội soi)
LADG	Laparoscopic assisted distal gastrectomy (Phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt bán phần dưới dạ dày)

MBA	Mã bệnh án
MBH	Mô bệnh học
MIS	Minimally Invasive Surgery (Điều trị can thiệp tối thiểu)
NVT	Nội vị tràng
ODG	Open Distal Gastrectomy (Phẫu thuật mổ mở cắt bán phần đầu dưới dạ dày)
PTNS	Phẫu thuật nội soi
PTV	Phẫu thuật viên
TBDD	Toàn bộ dạ dày
RCT	Randomised controlled trial (Thử nghiệm ngẫu nhiên)
SLT	Số lưu trữ
UTDD	Ung thư dạ dày
UTBM	Ung thư biểu mô
UICC	Union of International Cancer Control (Hiệp hội Chống ung thư quốc tế)
USAD	Ultrasonically Activated Device (Dao siêu âm)
VAS	Visual Analogue Scale (Thang điểm chất lượng cuộc sống sau mổ)
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới)

## MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ .....	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....	3
1.1. Đặc điểm giải phẫu của dạ dày .....	3
1.1.1. Hình thể giải phẫu và phân chia các vùng của dạ dày.....	3
1.1.2. Mạch máu của dạ dày .....	4
1.1.3. Hệ bạch huyết.....	5
1.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh và phân chia giai đoạn ung thư dạ dày.....	9
1.2.1. Vị trí ung thư dạ dày .....	9
1.2.2. Kích thước u .....	10
1.2.3. Độ xâm lấn của u .....	10
1.2.4. Di căn ung thư dạ dày .....	11
1.2.5. Hình ảnh đại thể của ung thư dạ dày tiến triển.....	11
1.2.6. Hình ảnh vi thể của ung thư dạ dày.....	13
1.2.7. Phân loại giai đoạn UTDD.....	15
1.3. Điều trị ung thư dạ dày.....	20
1.3.1. Điều trị UTDD bằng hóa chất .....	20
1.3.2. Vai trò của xạ trị và hóa chất trong điều trị UTDD .....	21
1.3.3. Liệu pháp trúng đích phân tử trong điều trị ung thư dạ dày.....	21
1.3.4. Phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày.....	22
1.3.5. Ứng dụng PTNS cắt dạ dày vét hạch D <sub>2</sub> , D <sub>2</sub> mở rộng.....	32
1.3.6. Tình hình phẫu thuật nội soi UTDD trên thế giới và Việt Nam ....	35
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	43
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	43
2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.....	43
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.....	43
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	44
2.2.1. Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu .....	44
2.2.2. Quy định nạo vét hạch D <sub>2</sub> , D <sub>2</sub> mở rộng trong nghiên cứu .....	44
2.2.3. Quy trình phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D <sub>2</sub> , D <sub>2</sub> mở rộng.....	46



2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	54
2.2.5. Xử lý số liệu .....	63
2.2.6. Đạo đức nghiên cứu của đề tài .....	64
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....	66
3.1. Ứng dụng PTNS cắt dạ dày, nạo vét hạch D2, D2 mở rộng.....	66
3.1.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh liên quan đến nghiên cứu chỉ định .....	66
3.1.2. Một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D <sub>2</sub> , D <sub>2</sub> mở rộng.....	74
3.2. Kết quả PTNS cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng.....	76
3.2.1. Trong mổ .....	76
3.2.2. Kết quả nạo vét hạch.....	78
3.2.3. Kết quả sớm sau mổ.....	88
3.2.4. Kết quả xa.....	90
Chương 4: BÀN LUẬN .....	96
4.1. Một số đặc điểm chung liên quan đến chỉ định phẫu thuật .....	96
4.1.1. Tuổi và giới .....	96
4.1.2. Một số triệu chứng lâm sàng .....	96
4.1.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng.....	98
4.2. Ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng ....	99
4.2.1. Chỉ định phẫu thuật.....	99
4.2.2. Một số đặc điểm kỹ thuật.....	108
4.3. Kết quả PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng.....	119
4.3.1. Kết quả trong mổ .....	119
4.3.2. Kết quả nạo vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày. ....	121
4.3.3. Kết quả sớm sau mổ.....	129
4.3.4. Theo dõi xa sau mổ.....	130
KẾT LUẬN.....	136
CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Giai đoạn theo UICC 7 <sup>th</sup> .....	17
Bảng 1.2.	Chặng hạch theo JGCA 2 <sup>nd</sup> .....	19
Bảng 1.3.	Giai đoạn theo JGCA 2 <sup>nd</sup> .....	19
Bảng 1.4.	Phân chia giai đoạn ung thư dạ dày của JGCA 3 <sup>rd</sup> .....	20
Bảng 2.1.	Vị trí u và các chặng hạch di căn .....	45
Bảng 2.2.	Đánh giá chất lượng cuộc sống theo Spitzer .....	62
Bảng 3.1.	Bệnh nội khoa kết hợp.....	67
Bảng 3.2.	Phân loại chỉ số khối cơ thể theo BMI.....	68
Bảng 3.3.	Triệu chứng lâm sàng.....	68
Bảng 3.4.	Kết quả xét nghiệm máu.....	69
Bảng 3.5.	Vị trí u trong soi dạ dày.....	69
Bảng 3.6.	Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng .....	70
Bảng 3.7.	Vị trí u.....	71
Bảng 3.8.	Kích thước u.....	71
Bảng 3.9.	Dạng tổn thương .....	72
Bảng 3.10.	Độ xâm lấn của u .....	72
Bảng 3.11.	Tương quan giữa độ xâm lấn và kích thước u.....	73
Bảng 3.12.	Phân loại typ mô bệnh học .....	73
Bảng 3.13.	Đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ .....	74
Bảng 3.14.	Phương pháp cắt dạ dày và phục hồi lưu thông tiêu hóa.....	76
Bảng 3.15.	Thời gian phẫu thuật theo phương pháp phẫu thuật.....	76
Bảng 3.16.	Thời gian phẫu thuật theo chỉ số BMI .....	77
Bảng 3.17.	Thời gian phẫu thuật theo độ xâm lấn của khối u .....	77
Bảng 3.18.	Số lượng hạch vét được theo phương pháp phẫu thuật .....	78
Bảng 3.19.	Đặc điểm di căn hạch theo nhóm.....	79
Bảng 3.20.	Đặc điểm di căn hạch theo nhóm ở BN ung thư 1/3 dưới dạ dày ...	80

Bảng 3.21. Đặc điểm di căn hạch theo nhóm ở BN ung thư 1/3 giữa và 1/3 trên dạ dày.....	81
Bảng 3.22. Đặc điểm di căn hạch mở rộng chặng N3,N4 1/3 dưới dạ dày..	82
Bảng 3.23. Đặc điểm di căn hạch mở rộng chặng N3,N4 ở 1/3 giữa, 1/3 trên dạ dày.....	82
Bảng 3.24. Đặc điểm di căn hạch mở rộng và độ xâm lấn .....	83
Bảng 3.25. Đặc điểm di căn hạch nhảy cóc .....	84
Bảng 3.26. Đặc điểm di căn hạch theo vùng.....	84
Bảng 3.27. Đặc điểm bệnh nhân di căn hạch theo phương pháp phẫu thuật ...	85
Bảng 3.28. Liên quan giữa di căn hạch vùng và độ xâm lấn .....	86
Bảng 3.29. Liên quan giữa số lượng hạch di căn với độ xâm lấn .....	86
Bảng 3.30. Liên quan giữa di căn hạch với kích thước u .....	87
Bảng 3.31. Liên quan giữa di căn hạch với vị trí u .....	87
Bảng 3.32. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm 24 giờ sau mổ.....	88
Bảng 3.33. Thời gian vận động, trung tiện rút dẫn lưu, nằm viện sau mổ ....	89
Bảng 3.34. Biến chứng sớm .....	89
Bảng 3.35. Kết quả theo dõi bệnh nhân .....	90
Bảng 3.36. Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Spitzer tại hai thời điểm.....	90
Bảng 3.37. Thời gian sống thêm sau mổ tính theo tháng .....	91
Bảng 3.38. Thời gian sống thêm trung bình theo giai đoạn bệnh .....	92
Bảng 3.39. Thời gian sống thêm trung bình theo di căn hạch vùng.....	93
Bảng 3.40. Thời gian sống thêm trung bình theo độ xâm lấn (T).....	94
Bảng 4.1. Chỉ định cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng theo giai đoạn bệnh.	108
Bảng 4.2. So sánh tỷ lệ di căn hạch ở các nhóm hạch.....	124

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi.....	66
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới .....	67
Biểu đồ 3.3. Phương pháp phẫu thuật.....	75
Biểu đồ 3.4. Phân bố hạch nạo vét và hạch di căn theo chặng .....	83
Biểu đồ 3.5. Ý thức bệnh nhân 6 giờ sau mổ .....	88
Biểu đồ 3.6. Thời gian sống thêm sau mổ.....	92
Biểu đồ 3.7. Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh .....	93
Biểu đồ 3.8. Thời gian sống thêm theo chặng hạch di căn .....	94
Biểu đồ 3.9. Thời gian sống thêm theo độ xâm lấn.....	95

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1.	Ba vùng của dạ dày .....	3
Hình 1.2.	Các mạch máu dạ dày.....	5
Hình 1.3.	Hệ thống bạch huyết của dạ dày.....	6
Hình 1.4.	Sơ đồ các hạch bạch huyết quanh dạ dày.....	9
Hình 1.5.	Phân loại của Borrmann .....	12
Hình 1.6.	Phân loại đại thể ung thư dạ dày.....	13
Hình 1.7.	Hệ thống hạch bạch huyết sau tiêm indocyanine green.....	27
Hình 1.8.	Các mức cắt dạ dày và vết hạch theo JGCA năm 2014.....	28
Hình 1.9.	Kỹ thuật cắt niêm mạc bằng nội soi EMR .....	29
Hình 1.10.	Hình minh họa các bước kỹ thuật ESR .....	30
Hình 1.11.	Cắt hình chêm dạ dày bằng nội soi .....	30
Hình 1.12.	Cắt niêm mạc tổn thương từ trong lòng dạ dày .....	31
Hình 2.1.	Tư thế bệnh nhân, vị trí kẹp phẫu thuật và vị trí trocar.....	47
Hình 2.2.	Cắt mạc nối lớn, vết hạch nhóm 4,6, 14, cắt động mạch vị mạc nối phải.....	50
Hình 2.3.	Vết hạch nhóm 5,12 .....	51
Hình 2.4.	Vết hạch nhóm 8,7,9. ....	52
Hình 2.5.	Vết hạch nhóm 1,2 .....	52
Hình 2.6.	Cắt toàn bộ dạ dày, phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Roux-en-Y.....	53
Hình 4.1.	Dây và lỗ đặt van chữ V.....	109
Hình 4.2.	Phẫu trường được nhìn rõ.....	109
Hình 4.3.	Tư thế bệnh nhân.....	110
Hình 4.4.	Vết hạch nhóm 5, 12 cắt động mạch vị phải.....	112
Hình 4.5.	Vết hạch nhóm 12 sau tĩnh mạch gánh .....	112
Hình 4.6.	Vết hạch nhóm 8, 7, 9, 11.....	113

Hình 4.7.	Vết hạch nhóm 7, 9, 11,10.....	
Hình 4.8.	Cắt toàn bộ dạ dày vết hạch D2 .....	114
Hình 4.9.	Cắt bán phần dưới dạ dày vết hạch D2 .....	114
Hình 4.10.	Cắt và đóng mồm tá tràng .....	115
Hình 4.11.	Cắt dạ dày .....	116
Hình 4.12.	Nội thực quản dạ dày – hỗng tràng trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nội soi. ....	120

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một bệnh lý ác tính, thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đứng đầu trong các bệnh ung thư đường tiêu hóa [1]. Năm 2008 thế giới có 989.600 ca mới mắc, chiếm 8% trong tổng số ung thư, 738.000 ca tử vong chiếm 10% tổng số tử vong [2]. Tại Việt Nam, ước tính tỷ lệ mắc ung thư dạ dày là 23,7/100.000 dân ở nam (đứng thứ 2 sau ung thư phổi) và 10,8/100.000 dân ở nữ (đứng thứ 3 sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung) [3].

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng ung thư dạ dày vẫn có tiên lượng xấu. Các nhà khoa học đã thống nhất phát hiện sớm và phẫu thuật triệt để là 2 biện pháp kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTDD [4],[5],[6]. Các nghiên cứu về hệ thống bạch huyết, đặc điểm di căn hạch của UTDD, các giới hạn đường cắt dạ dày, kỹ thuật nạo vét hạch, điều trị hóa chất xạ trị trước và sau mổ, điều trị trúng đích đã có những giá trị thiết thực góp phần nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện tiên lượng, kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân [1]. Trong đó phải kể đến tiến bộ về kỹ thuật nạo vét hạch D<sub>2</sub> (vét hoàn toàn chặng N1, N2), D<sub>2</sub> mở rộng (vét hoàn toàn chặng N1, N2 và vét ít nhất một hạch chặng N3, N4), D<sub>3</sub> (vét hoàn toàn chặng N1, N2, N3) trong điều trị ung thư dạ dày [1], [7], [8].

Kỹ thuật cắt dạ dày nạo vét hạch D<sub>2</sub> được xây dựng ở Nhật Bản từ những năm 1960, được coi là điều trị chuẩn trong ung thư dạ dày [7]. Tại Việt Nam, Đỗ Đức Vân, Trịnh Hồng Sơn và một số tác giả khác đã có nhiều nghiên cứu về nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày [9], [10].

Một hướng khác trong điều trị ung thư dạ dày là phẫu thuật nội soi. Năm 1991, Kitano phẫu thuật thành công cắt dạ dày nội soi cho bệnh nhân ung thư dạ dày sớm. Kể từ đó đến nay phẫu thuật nội soi được thực hiện ở nhiều trung tâm y tế trên thế giới, lúc đầu phẫu thuật này được áp dụng cho ung thư dạ

dày sớm, sau đó được áp dụng cho ung thư dạ dày tiến triển xâm lấn T2, T3 [11], [12], [13], [14], [15]. Nhật Bản, Hàn Quốc, Trung Quốc PTNS cắt DD vét hạch D<sub>2</sub> ngày càng rộng rãi. Năm 1994 đến năm 2003 Nhật Bản PTNS 1294 BN ung thư dạ dày, phẫu thuật D<sub>2</sub> có 207 BN [16]. Năm 2015, Hàn Quốc PTNS vét hạch D<sub>2</sub> 525 BN ung thư dạ dày tiến triển [11]. Năm 2012-2014 Trung Quốc PTNS vét hạch D<sub>2</sub> cho 519 BN ung thư dạ dày tiến triển [15]. Phẫu thuật nội soi sử dụng Robotic đã được áp dụng [17]. Các tác giả đều cho rằng, PTNS điều trị ung thư dạ dày là phương pháp can thiệp tối thiểu với những ưu điểm giảm đau sau mổ, ít nhiễm khuẩn, thẩm mỹ và nhanh chóng bình phục, nhưng không làm giảm đi mục tiêu điều trị triệt căn ung thư, kết quả có thể so với mổ mở [13],[16],[18],[19],[20],[21].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày đã được áp dụng tại một số Bệnh viện lớn như: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy... Trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tiến triển, một số tác giả trong nước và nước ngoài đã đề cập đến phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng [18],[22],[23],[24]. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng trong điều trị ung thư dạ dày vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: “**Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày**” với hai mục tiêu:

- 1. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, nạo vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày.*
- 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, nạo vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày.*



## Chương 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

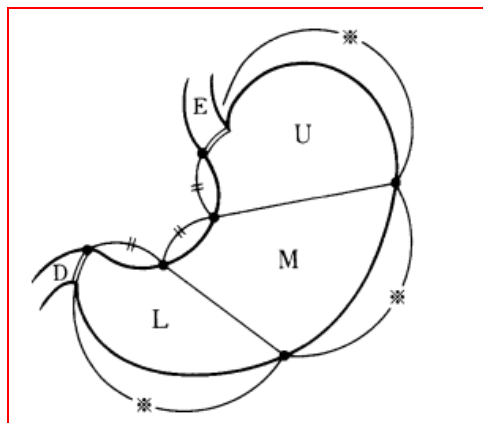
#### 1.1. Đặc điểm giải phẫu của dạ dày

##### 1.1.1. Hình thể giải phẫu và phân chia các vùng của dạ dày

Dạ dày là chỗ phình to nhất của ống tiêu hóa, nối giữa thực quản và tá tràng, nằm ở vùng thượng vị trái, dưới vòm hoành trái. Dạ dày hình chữ J có hai thành trước và thành sau, có hai bờ cong lớn và nhỏ, có hai đầu: Đầu trên là tâm vị, đầu dưới là môn vị. Từ trên xuống dưới, dạ dày chia thành 4 vùng [25].

- Tâm vị
- Phình vị lớn hay còn gọi là đáy vị
- Thân vị dạ dày
- Hang môn vị dạ dày

Để xác định vị trí khối u, hội nghiên cứu UTDD Nhật Bản [26], và hội ung thư dạ dày Nhật Bản [4],[5] chia dạ dày thành 3 vùng: 1/3 trên; 1/3 giữa; và 1/3 dưới, bằng cách nối giữa các điểm chia đều 2 bờ cong.



- E: Thực quản
- U: 1/3 trên
- M: 1/3 giữa
- L: 1/3 dưới
- D: Tá tràng

**Hình 1.1. Ba vùng của dạ dày**

Nguồn: theo JGCA, (2011) [5].

### ***1.1.2. Mạch máu của dạ dày***

Bắt nguồn từ động mạch thân tạng gồm:

*\* Vòng mạch bờ cong nhỏ:*

- Bó mạch vị trái: Động mạch vị trái (vành vị) tách ra từ động mạch thân tạng, đi vào trong mạc nối nhỏ đến 1/3 trên bờ cong nhỏ thì tách thành hai nhánh trước và sau, bó sát bờ cong nhỏ xuống dưới nối với 2 nhánh của động mạch vị phải. Tĩnh mạch vị trái đi kèm động mạch vị trái và đổ vào tĩnh mạch cửa.

- Bó mạch vị phải: Động mạch vị phải tách ra từ động mạch gan chung, đi sang trái đến bờ cong nhỏ, chia làm hai nhánh đi lên để nối với hai nhánh của động mạch vị trái. Tĩnh mạch vị phải đi kèm động mạch và đổ vào tĩnh mạch cửa.

*\* Vòng mạch bờ cong lớn:* Được tạo bởi động mạch vị mạc nối phải và động mạch vị mạc nối trái.

- Bó mạch vị mạc nối phải: Động mạch vị mạc nối phải tách ra từ động mạch vị tá tràng, bắt chéo sau môn vị, đi lên dọc theo bờ cong lớn để nối với động mạch vị mạc nối trái. Tĩnh mạch vị mạc nối phải đi kèm động mạch và đổ vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên.

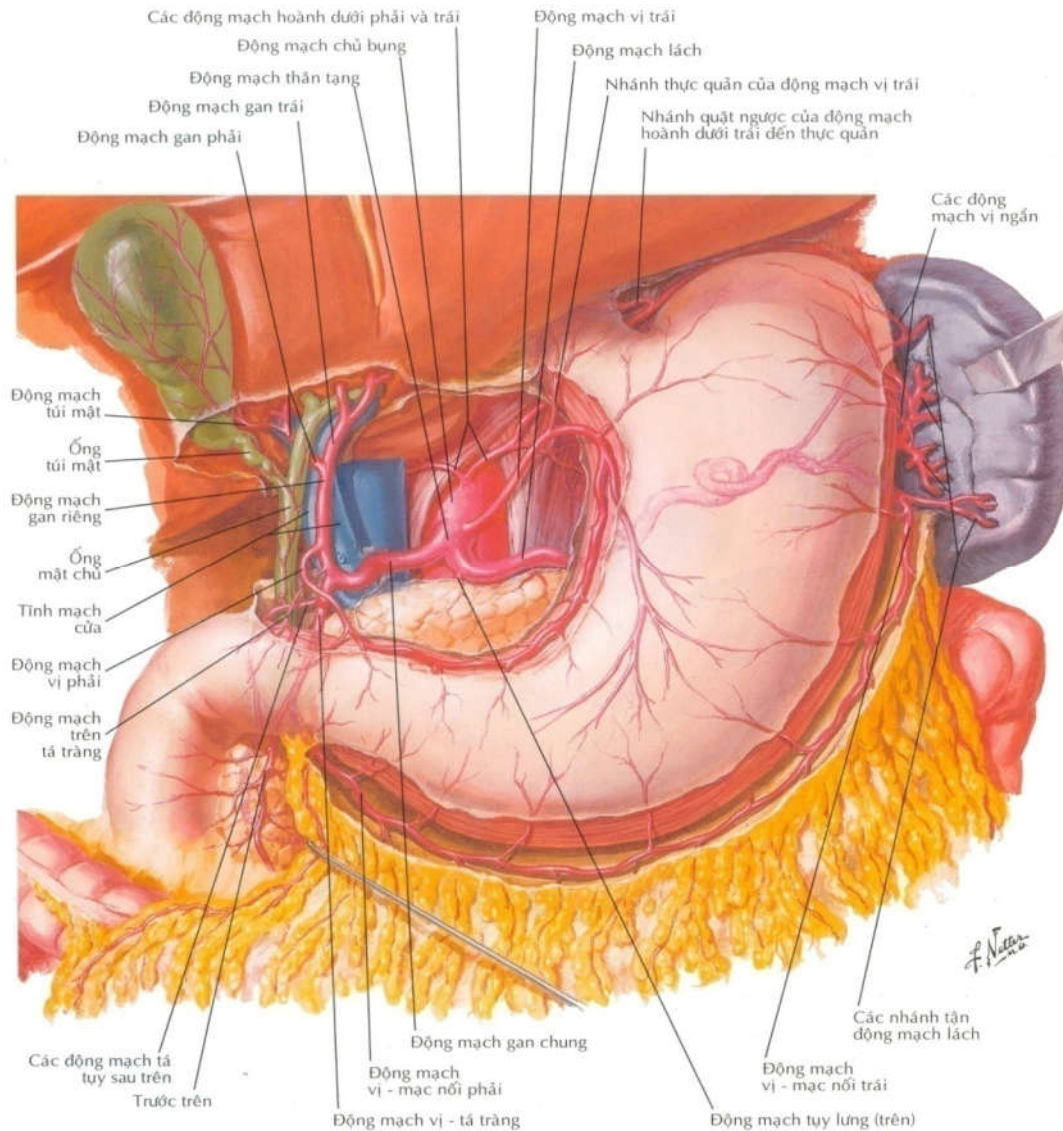
- Bó mạch vị mạc nối trái: Động mạch vị mạc nối trái tách ra từ động mạch lách, đi trong mạc nối vị lách rồi chạy dọc theo bờ cong lớn xuống dưới để nối với động mạch vị mạc nối phải. Tĩnh mạch vị mạc nối trái đi kèm động mạch và đổ vào tĩnh mạch lách tại rốn lách.

*\* Những động mạch vị ngắn:* Tách ra từ động mạch lách hay một nhánh của nó, khoảng 5 - 6 nhánh qua mạc nối vị lách cung cấp máu cho phần trên bờ cong lớn.

*\* Động mạch đáy vị và tâm vị gồm:*

- Các nhánh thực quản phát sinh từ động mạch vị trái, đi ngược lên cung cấp máu cho mặt trước, mặt sau vùng tâm vị và đáy vị.

- Động mạch đáy vị sau bất thường sinh ra từ động mạch lách, đi trong dây chằng vị hoành cung cấp máu cho đáy vị và mặt sau thực quản.



**Hình 1.2: Các mạch máu dạ dày.**

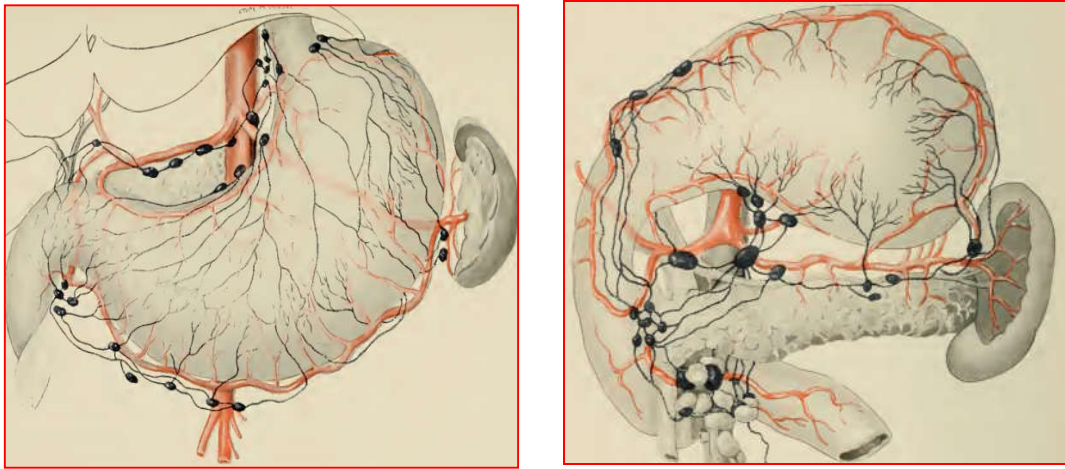
*Nguồn: FRANK. NETTER, MD, 2017 [27]*

### 1.1.3. Hệ bạch huyết

Bạch huyết là con đường di căn phổ biến nhất trong UTDD. Vì vậy, nghiên cứu đầy đủ hệ thống bạch huyết dạ dày làm cơ sở cho phẫu thuật điều trị UTDD. Các nhà giải phẫu học đã nghiên cứu về đặc điểm hệ thống bạch

huyết của dạ dày đã hơn một thế kỷ. Gần đây các nhà ngoại khoa cũng nghiên cứu sâu về vấn đề này. Họ đã đưa ra nhiều sơ đồ tương đối thống nhất về việc phân bố hệ thống bạch huyết của dạ dày.

Cunéo là người đầu tiên nghiên cứu sự lan tràn của UTDD qua hệ bạch huyết vào năm 1900. Năm 1914, Moynihan B. đã đề cập đến hệ thống hạch bạch huyết quanh dạ dày và sự cần thiết nạo vét hạch trong phẫu thuật UTDD. Ông chỉ ra sự phân bố hạch bạch huyết tập trung ở các vùng động mạch vị trái, vị phải, môn vị, tâm vị, BCN và BCL của dạ dày (hình 1.3) [28].



**Hình 1.3. Hệ thống bạch huyết của dạ dày**

*Nguồn: Moynihan B., 1914 [28].*

Năm 1932 Rouvière đưa ra sơ đồ bạch huyết dạ dày được nhiều người công nhận [29]. Các tác giả đều thống nhất hệ bạch huyết của dạ dày bắt nguồn từ các mạng mao mạch bạch huyết ở dưới thanh mạc, trong lớp cơ, dưới niêm mạc. Các mạng mao mạch bạch huyết này đổ vào 3 chuỗi hạch nằm dọc theo các động mạch lớn của dạ dày gồm 3 chuỗi: chuỗi hạch dọc theo động mạch vành vị, chuỗi hạch dọc theo động mạch gan, chuỗi hạch dọc theo động mạch lách. Cả 3 chuỗi này đều đổ về hạch thân tạng.

Pissas đã chứng minh rằng: Trong phần mỏng của mạc nối nhỏ có sự thông thương giữa nhóm hạch BCN và hạch thân tạng, điều đó đã giải thích được nhiều trường hợp ung thư ở BCN di căn trực tiếp tới hạch thân tạng.

Phần dày của mạc nối nhỏ cũng có sự thông thương đi từ vùng tâm vị tới thẳng mặt dưới gan hoặc dây chằng tròn. Điều này giải thích được UTDD di căn vào gan và cuống gan.

Khoảng 64% trường hợp bạch huyết từ vùng hang vị và BCN dạ dày không đổ về chuỗi gan mà đổ về chuỗi vành vị [30]. Điều này giải thích được ung thư vùng hang môn vị di căn sớm vào chuỗi hạch vành vị.

Có tới 80% các trường hợp bạch huyết của vùng phình vị đi trực tiếp vào hạch của chuỗi lách, đi vào các hạch rốn lách, rồi từ đó đi theo chuỗi hạch vị mạc nối trái xuống dưới nối tiếp với chuỗi hạch vị mạc nối phải [30].

Năm 1981, Hội nghiên cứu UTDD Nhật Bản - JRSGC đã đưa ra bảng phân loại hệ thống hạch của dạ dày chia làm 16 nhóm và 4 chặng hạch. Năm 1995, trên cơ sở của bảng phân loại 1981, các tác giả Nhật Bản có bổ sung một số chi tiết [8], [26]. 16 nhóm hạch gồm:

- + Nhóm 1. Các hạch bên phải tâm vị.
- + Nhóm 2. Các hạch bên trái tâm vị.
- + Nhóm 3. Các hạch bờ cong nhỏ.
- + Nhóm 4. Các hạch dọc theo bờ cong lớn.
- + Nhóm 5. Các hạch trên môn vị.
- + Nhóm 6. Các hạch dưới môn vị.
- + Nhóm 7. Các hạch dọc theo động mạch vị trái.
- + Nhóm 8. Các hạch dọc theo động mạch gan chung.
- + Nhóm 9. Các hạch quanh động mạch thân tạng.
- + Nhóm 10. Các hạch tại rốn lách.
- + Nhóm 11. Các hạch dọc theo động mạch lách.
- + Nhóm 12. Các hạch trong dây chằng gan tá tràng.
- + Nhóm 13. Các hạch sau đầu tụy.
- + Nhóm 14. Các hạch ở gốc mạc treo ruột non.

+ Nhóm 15. Các hạch dọc theo bó mạch đại tràng giữa.

+ Nhóm 16. Các hạch dọc động mạch chủ bụng.

Năm 1998, một năm sau khi JRSGC chuyển thành Hội ung thư dạ dày Nhật Bản - JGCA phiên bản tiếng anh lần 2 về phân loại UTDD của hội được xuất bản. Phiên bản tiếng Anh lần 3 được JGCA công bố năm 2011, các nhóm hạch bạch huyết của DD được chia chi tiết hơn, [5] cụ thể như sau:

+ Nhóm 3 chia thành:

- Nhóm 3 a. Các hạch bờ cong nhỏ, dọc theo nhánh động mạch vị trái.
- Nhóm 3b. Các hạch bờ cong nhỏ, dọc theo nhánh động mạch vị phải.

+ Nhóm 4 chia thành:

- Nhóm 4sa. Các hạch dọc theo bó mạch vị ngắn.
- Nhóm 4sb. Các hạch dọc theo bó mạch vị mạc nối trái.
- Nhóm 4d. Các hạch dọc theo bó mạch vị mạc nối phải.

+ Nhóm 8 chia thành:

- Nhóm 8a. Các hạch dọc theo động mạch gan chung, nhóm trước.
- Nhóm 8p. Các hạch dọc theo động mạch gan chung, nhóm sau.

+ Nhóm 11 chia thành:

- Nhóm 11p. Các hạch dọc theo động mạch lách đầu gần.
- Nhóm 11d. Các hạch dọc theo động mạch lách đầu xa.

+ Nhóm 12 chia thành:

- Nhóm 12a. Các hạch cuống gan, dọc theo động mạch gan riêng.
- Nhóm 12b. Các hạch cuống gan, dọc theo ống mật chủ.
- Nhóm 12p. Các hạch cuống gan, sau tĩnh mạch cửa.

+ Nhóm 14 chia thành:

- Nhóm 14v. Các hạch dọc tĩnh mạch mạc treo tràng trên.
- Nhóm 14a. Các hạch dọc động mạch mạc treo tràng trên.



giảm dần theo 1/3 giữa và 1/3 trên [31]. Theo Giuliani A. và cs. nạo vét hạch ở 115 bệnh nhân UTDD thấy vị trí u 1/3 dưới là 71,3%; 1/3 giữa là 15,7% và 1/3 trên là 13% [32].

### **1.2.2. Kích thước u**

Kích thước của khối UTDD thay đổi tùy theo giai đoạn bệnh, ở giai đoạn sớm đường kính chỉ 1-2cm. Nhưng ở giai đoạn muộn u có kích thước lớn hơn, có khi lan rộng chiếm toàn bộ dạ dày. Kích thước u là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng của UTDD. Bệnh càng muộn thì u càng phát triển và tiên lượng càng dè dặt. Nguyễn Minh Hải và Nguyễn Xuân Kiên đều thấy có mối tương quan tỷ lệ nghịch giữa kích thước khối u và thời gian sống sau mổ [33], [34].

### **1.2.3. Độ xâm lấn của u**

Trong ung thư dạ dày, ung thư biểu mô chiếm chủ yếu. Tiến triển của ung thư dạ dày bắt đầu từ niêm mạc xâm lấn dần xuống các lớp của dạ dày.

Năm 1984, tại Hawaii, Hội chống ung thư quốc tế UICC (Union of International cancer control), hội chống ung thư Mỹ AJCC (American joint commission of cancer) và JRSGC đã thống nhất chia mức độ xâm lấn của UTDD theo 4 mức:

- T1: U khu trú ở lớp niêm mạc hoặc hạ niêm mạc.
- T2: U xâm lấn lớp cơ hoặc dưới thanh mạc.
- T3: U xâm lấn tới lớp thanh mạc.
- T4: U xâm lấn qua thanh mạc, xâm lấn vào tổ chức lân cận.

Năm 1995, hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản cũng phân chia như vậy [26]. Cách phân chia trên các tác giả Nhật Bản, Âu Mỹ vẫn tiếp tục sử dụng rộng rãi, trong các hệ thống phân loại UTDD của mình [35].



Năm 2009, UICC đưa ra bảng phân chia mức độ xâm lấn được AJCC và JGCA chấp thuận [5], [36].

- T<sub>1a</sub>: U khu trú ở lớp niêm mạc.
- T<sub>1b</sub>: U xâm lấn hạ niêm mạc.
- T<sub>2</sub>: U xâm lấn lớp cơ.
- T<sub>3</sub>: U xâm lấn tới lớp dưới thanh mạc.
- T<sub>4a</sub>: U xâm lấn thanh mạc.
- T<sub>4b</sub>: U xâm lấn qua thanh mạc, vào các tổ chức lân cận

Mức độ xâm lấn khối u là một yếu tố quan trọng trong chỉ định điều trị, đánh giá giai đoạn bệnh UTDD, cũng như tiên lượng UTDD.

#### ***1.2.4. Di căn ung thư dạ dày***

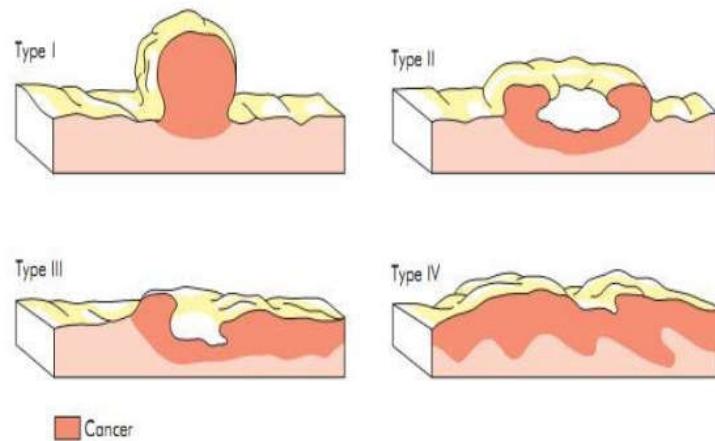
UTDD di căn theo các con đường hạch bạch huyết, đường máu, khoang phúc mạc. Hạch bạch huyết là con đường di căn chính của ung thư dạ dày, có hay không có di căn hạch là một yếu tố quan trọng trong tiên lượng UTDD. Các cơ quan hay gặp di căn nhất là gan, phúc mạc thành bụng. Các cơ quan ít gặp di căn là phổi, màng phổi, thượng thận, xương, tuyến giáp, buồng trứng...

#### ***1.2.5. Hình ảnh đại thể của ung thư dạ dày tiến triển***

UTDD tiến triển là tổn thương UTDD đã xâm lấn sâu xuống thành dạ dày, tới quá lớp niêm mạc, qua thành dạ dày ra tới thanh mạc, và xâm lấn các tạng lân cận. Có thể đã có di căn xa như: gan, phổi, hạch thượng đòn trái, tử cung và buồng trứng ở phụ nữ, hoặc phúc mạc thành.

Phân loại hình ảnh đại thể UTDD theo Borrmann [37] được chấp nhận và sử dụng nhiều nhất, gồm 4 dạng sau:

- Dạng 1. Thể sùi
- Dạng 2. Thể loét không xâm lấn
- Dạng 3. Thể loét xâm lấn
- Dạng 4. Thể thâm nhiễm



**Hình 1.5: Phân loại của Borrmann**

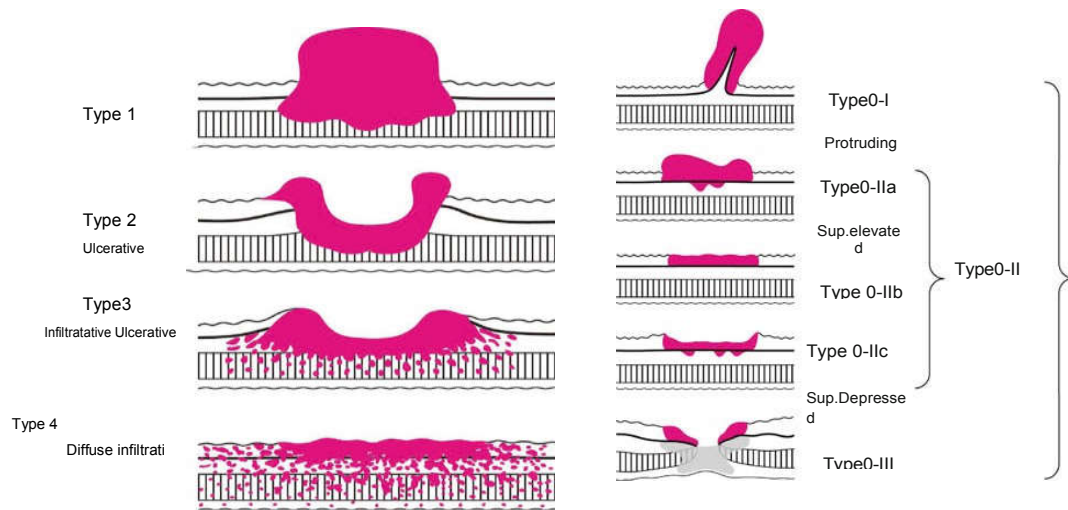
*Nguồn: Borrmann (1926) [37].*

Để tiện cho quá trình theo dõi UTDD, hội UTDD Nhật Bản đã thống nhất gộp phân loại hình ảnh của UTDD sớm của Nhật Bản với hình ảnh đại thể UTDD tiến triển của Borrmann thành các dạng sau [5].

Toàn bộ hình ảnh UTDD sớm gọi là dạng 0 với các loại 0I, 0IIa, 0IIb, 0IIc, 0III và toàn bộ hình ảnh đại thể của UTDD tiến triển được xếp thành các dạng tiếp theo: Dạng 1, 2, 3, 4 như 1, 2, 3, 4 của Borrmann, dạng 5 là UTDD không xếp loại. Như vậy có thể tóm tắt các dạng hình ảnh đại thể UTDD như sau:

- Dạng 0: UTDD sớm gồm 5 loại đã nêu trên.
- Dạng 1: Thể sùi
- Dạng 2: Thể loét
- Dạng 3: Thể loét xâm lấn
- Dạng 4: Thể thâm nhiễm
- Dạng 5: Không thể xếp loại

Cách sắp xếp này hợp lý và bao quát hơn cả vì thực ra UTDD sớm và UTDD tiến triển chỉ là 2 giai đoạn của một bệnh mà thôi.



**Hình 1.6: Phân loại đại thể ung thư dạ dày**  
 Nguồn: *Japanese classification of gastric carcinoma 3<sup>rd</sup> [5].*

### 1.2.6. Hình ảnh vi thể của ung thư dạ dày

Hình ảnh vi thể của UTDD rất đa dạng, có hơn 95% là UTBM [38],[39]. Cũng như nhiều loại ung thư khác, phân loại vi thể của UTDD là một vấn đề phức tạp. Do có nhiều hệ thống phân loại đã được đề nghị và đến nay vẫn đang dùng. Điều đó gây không ít khó khăn trong công tác thực hành cũng như trong việc đánh giá tiên lượng, lựa chọn phương pháp điều trị và trao đổi thông tin giữa các cơ sở với nhau. Trong các phân loại được sử dụng rộng rãi hơn cả là phân loại của Lauren (1965), phân loại của Hiệp hội nội soi tiêu hóa Nhật Bản (1998), phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 1997, năm 2010.

#### 1.2.6.1. Phân loại của Hiệp hội nội soi tiêu hóa Nhật Bản (1998)

Theo phân loại này [39], UTBM dạ dày chia thành 2 loại chính:

\* *Loại hay gặp*

- UTBM tuyến nhú
- UTBM tuyến ống:
- + Biệt hóa cao
- + Biệt hóa vừa

\* *Loại ít gặp*

- UTBM tuyến vảy
- UTBM tế bào vảy
- Carcinoid
- Loại khác

- UTBM kém biệt hóa:

+ Loại đặc

+ Loại không đặc

- UTBM tế bào nhẵn

- UTBM tuyến nhầy

Đây là phân loại khá chi tiết, nó rất có ích cho lựa chọn phương pháp điều trị và đánh giá tiên lượng bệnh.

#### *1.2.6.2. Phân loại của tổ chức y tế thế giới năm 1977*

Phân loại của tổ chức y tế thế giới năm 1977 gồm 5 loại [40]:

- *UTBM tuyến:*

+ UTBM tuyến nhú: Tế bào u sắp xếp thành hình tuyến có các nhú chia nhánh, có trục liên kết phát triển trong lòng tuyến. Ngoài cấu trúc nhú chiếm ưu thế còn có thể gặp hình ống tuyến.

+ UTBM tuyến ống: Tế bào u sắp xếp thành hình tuyến ống là chính. Khi cắt ngang, tuyến có kích thước khác nhau, lòng tuyến có thể giãn thành nang.

+ UTBM tuyến nhầy: Mô ung thư có một lượng lớn chất nhầy. Chất nhầy chứa đầy trong lòng tuyến và tràn cả vào mô đệm.

+ Ung thư tế bào nhẵn: Tế bào ung thư có thể tụ tập thành đám, nhưng thường là tách rời nhau và phân tán trong bề chất nhầy. Tế bào u căng tròn, chất nhầy đẩy nhân lệch về một phía trông giống như chiếc nhẫn.

+ Ung thư biểu mô kém biệt hóa.

- *UTBM không biệt hóa:* Tế bào ung thư tập trung thành đám lớn, thành ổ, thành bè hay phân tán rải rác trong mô đệm có tổ chức liên kết xơ phát triển. Tế bào biểu mô dẹt có cấu trúc đa hình thái, nhiều nhân quái, nhân chia.

- *Ung thư biểu mô tuyến vảy:* Hiếm gặp, cấu trúc gồm mô tuyến và mô tế bào vảy. Tuyến do các tế bào hình trụ hoặc hình vuông sắp xếp tạo thành. Mô tế bào vảy vây quanh các tuyến thành nhiều hàng lớp.

- *UTBM tế bào vẩy*: Rất hiếm gặp. Tế bào u tập trung thành từng đám, giống biểu mô lát của biểu bì, loại này hay gặp ở tâm vị.

- *Ung thư không xếp loại*: Cấu trúc u không giống với các dạng đã mô tả.

#### **1.2.6.3. Phân loại của WHO 2010**

Theo phân loại mới nhất của WHO (2010) [41].

UTBM dạ dày được chia làm rất nhiều type, bao gồm:

- UTBM tuyến nhú
  - UTBM tuyến ống
  - UTBM tuyến nhày
  - UTBM tế bào nhẵn
  - UTBM kém kết dính
  - UTBM hỗn hợp
  - UTBM tuyến vẩy
  - UTBM tế bào vẩy
  - UTBM tuyến dạng tế bào gan
  - UTBM với mô đệm lympho
  - UTBM dạng biểu bì nhày
- 6898649 hông biệt hóa

- Các loại ít gặp

\* *Các phân loại khác:*

- Phân loại của Lauren (1965)
- Phân loại của WHO (2000)
- Phân loại của Gose ky (1992)
- Phân loại của Vienna (1998)
- Phân loại của Ming ...

#### **1.2.7. Phân loại giai đoạn UTDD**

Phân loại giai đoạn UTDD có vai trò rất quan trọng trong điều trị, tiên lượng, đánh giá kết quả điều trị và trao đổi thông tin về bệnh học giữa các vùng khác nhau trên thế giới:

### 1.2.7.1. Phân loại giai đoạn UTDD theo hệ thống TNM của UICC và AJCC

Năm 1984, 3 tổ chức UICC, AJCC, JRSGC họp tại Hawaii đã thống nhất áp dụng phân loại UTDD theo TNM [42].

\* Năm 1997, sau 5 lần sửa đổi, UICC đã đưa ra bảng phân loại UTDD mà thay đổi lớn nhất là cách xác định chặng hạch di căn không căn cứ vào vị trí giải phẫu như trước đây, mà căn cứ vào số lượng hạch di căn [43], [44], [45].

Hệ thống TNM qui định như sau:

*T: Ung thư nguyên phát (Primary Tumor)*

- T1: Tồn thương ung thư khu trú ở lớp niêm mạc và dưới niêm mạc.
- T2: Tồn thương ung thư đã xâm lấn đến lớp cơ.
- T3: Tồn thương ung thư đã xâm lấn tới lớp thanh mạc
- T4: Tồn thương ung thư đã lan qua thanh mạc vào tổ chức lân cận.

*N: Hạch vùng (regional lymph nodes)*

- N0: Không có di căn hạch
- N1: Di căn từ 1 đến 6 hạch
- N2: Di căn từ 7 đến 15 hạch
- N3: Di căn trên 15 hạch

*M: Di căn xa (distant metastasis)*

- M0: Không di căn xa
- M1: Có di căn xa (gan, phúc mạc, buồng trứng, hạch thượng đòn...)

Theo hệ TNM, giai đoạn bệnh được xác định như sau:

- *Giai đoạn I:*

Ia: T1, N0, M0

Ib: T1, N1, M0

T2, N0, M0

- *Giai đoạn II:*

T1, N2, M0

T2, N1, M0

T3, N0, M0

- *Giai đoạn III:*

IIIa: T2, N2, M0

T3, N1, M0

T4, N0, M0

IIIb: T3, N2, M0

T4, N1, M0

- *Giai đoạn IV:*

T4, N2, M0

T bất kỳ, N bất kỳ, M1.

\* Năm 2009, UICC thay đổi phân loại giai đoạn UTDD lần thứ 7 (bảng 1.1), thay đổi phân chia chặng hạch và mức độ xâm lấn [36].

**Bảng 1.1. Giai đoạn theo UICC 7<sup>th</sup>**

		M0					M1
		N0	N1	N2	N3a	N3b	
M0	T1	IA	IB	IIA	IIB	IIB	IV
	T2	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIA	
	T3	II	IIB	IIIA	IIIB	IIIB	
	T4a	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IIIC	
	T4b	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC	II C	
M1	I						

*Nguồn: UICC, (2009) [36]*

- T: xâm lấn vào thành dạ dày (xem phần 1.2.3).

- N: di căn hạch.

+ Nx: không xác định được tình trạng di căn hạch.

- + N0: không có hạch di căn.
- + N1: di căn từ 1 đến 2 hạch.
- + N2: di căn từ 3 đến 6 hạch.
- + N3: di căn trên 6 hạch.
- M di căn xa.
  - + Mx di căn xa không được xác định.
  - + M0 không có di căn xa.
  - + M1 có di căn xa.

*\* Phân giai đoạn UTBM dựa dầy theo hệ TNM của AJCC năm 2010*

Phân giai đoạn UTBM dựa dầy theo hệ thống TNM của AJCC năm 2010, thống nhất với bảng phân loại của UICC lần thứ 7 [36].

*1.2.7.2. Phân loại theo JGCA*

Hội UTDD Nhật Bản JGCA đã 3 lần đưa ra các phiên bản phân loại UTDD bằng tiếng Anh vào các năm 1995, 1998 và 2011 [4],[5],[26] điểm khác cơ bản giữa JGCA tại phiên bản tiếng Anh lần 1 và 2 so với UICC ở cách phân chia chặng hạch theo vị trí giải phẫu. Năm 1998, JGCA bổ sung thêm xét nghiệm dịch ổ bụng tìm tế bào ung thư để đánh giá giai đoạn [4],[39].

Cụ thể phân loại của JGCA năm 1998 [4] như sau:

- T: u xâm lấn thống nhất với UICC và AJCC.
- N: các nhóm hạch được đánh số theo vị trí giải phẫu và chia thành 3 chặng, cụ thể các chặng hạch được chia theo bảng 1.2.



**Bảng 1.2. Chặng hạch theo JGCA 2<sup>nd</sup>**

N	Vị trí u		
	1/3 dưới	1/3 giữa	1/3 trên
N1	3,4d,5,6	1,3,4sb,4d, 5,6	1,2,3, 4sa,4sb
N2	1, 7, 8a,9, 11p,12a,14v	7,8a,9, 11p,12a	4d,7,8a, 9, 10,11pd,
N3	4sb, 8p,12b, 12p,13, 16a2,16b1	2,4sa,8p,10, 11d,12bp,1 3, 16a2,16b1	5,6,8p, 12a, 12b,12p, 16a2, 16b1
M1	2,4sa,10,11d 14a,15, 16a1,16b2	14a,15, 16a1, 16b2	13,14v, 14a, 15,16a1, 16b2

**Bảng 1.3. Giai đoạn theo JGCA 2<sup>nd</sup>**

	N0	N1	N2	N3
T1	IA	IB	II	IV
T2	IB	II	IIIA	
T3	II	IIIA	IIIB	
T4	IIIA	IIIB		
HI, PI, CY1, MI				

*Nguồn: theo JGCA 2<sup>nd</sup>, (1998)[4].*

\* Năm 2011 JGCA chỉnh lý sửa đổi bảng phân loại giai đoạn cho phù hợp với UICC và AJCC [5] (Bảng 1.4).

- T: độ xâm lấn, phù hợp với UICC 7<sup>th</sup> và AJCC năm 2010.
- Vị trí các nhóm hạch không thay đổi so với phân loại năm 1998.
- Không còn phân chia các chặng hạch. Di căn hạch vùng phân chia phù hợp với UICC 7<sup>th</sup>.

**Bảng 1.4. Phân chia giai đoạn ung thư dạ dày của JGCA 3<sup>rd</sup>**

	N0	N1	N2	N3
T1a (M), T1b (SM)	IA	IB	IIA	IIB
T2 (MP)	IB	IIA	IIB	IIIA
T3 (SS)	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T4a (SE)	IIB	IIIA	IIIB	IIIC
T4b (SI)	IIIB	IIIB	IIIC	IIIC
M1 (Any T, Any N)	IV			

*Nguồn: theo JGCA 3<sup>rd</sup>, (2011) [5].*

Như vậy sau nhiều vòng đàm phán đã có sự thống nhất về phân chia giai đoạn bệnh UTDD của 3 tổ chức UICC, AJCC và JGCA [46].

### **1.3. Điều trị ung thư dạ dày**

Cho đến nay, điều trị ung thư dạ dày chủ yếu bằng phẫu thuật, nó có thể cải thiện một cách đáng kể chất lượng sống của bệnh nhân. Các phương pháp khác như hóa trị, xạ trị, liệu pháp trúng đích được coi là phương pháp hỗ trợ trong phẫu thuật, hoặc áp dụng cho những bệnh nhân không còn khả năng phẫu thuật hay phẫu thuật không triệt để.

#### **1.3.1. Điều trị UTDD bằng hóa chất**

Hóa chất được chỉ định cho những BN không thể cắt bỏ hoặc tái phát bệnh, hoặc cắt DD nhưng không triệt căn [6].

Những tiến bộ trong lĩnh vực hóa trị đã đem đến những hy vọng cải thiện cuộc sống thêm cho bệnh nhân UTDD.

*Một số phác đồ phối hợp đa hóa chất:*

\* Phác đồ FAM gồm: 5FU, Doxorubicin và Mitomycin, chu kỳ 56 ngày

\* Phác đồ FAMTY gồm: 5FU, Doxorubicin, Methotrexate, Leucovorin.

Chu kỳ 28 ngày và 6 đợt. Công thức này có tỷ lệ đáp ứng là 40%, thời gian sống trung bình là 10,5 tháng.

\* Phác đồ FAP gồm: 5FU, Doxorubicin, cisplatin. Chu kỳ 21 - 28 ngày.

\* Công thức FP gồm: Cisplatin, 5FU truyền liên tục trong 5 ngày, chu kỳ 28 ngày

\* Công thức EAP gồm: Etoposide, Doxorubicin, Cisplatin, Chu kỳ 21 - 28 ngày.

\* Công thức ELF gồm: Leucovorin, Etoposide, 5FU tác dụng của công thức này tương đương với công thức EAP nhưng độc tính ít hơn. Tỷ lệ đáp ứng của UTDD muộn với phác đồ này là 50%, thời gian sống thêm trung bình là 11 tháng.

### ***1.3.2. Vai trò của xạ trị và hóa chất trong điều trị UTDD***

Xạ trị đơn thuần ít có vị trí trong ung thư dạ dày tiến triển, ngoại trừ được khuyến sử dụng cho ung thư khu trú, nhất là vùng tâm vị.

Xạ trị kết hợp với 5FU có tác dụng làm giảm thể tích khối u, và kéo dài thời gian sống thêm hơn là xạ trị đơn thuần với UTDD giai đoạn muộn. Các trung tâm tại Mỹ, Châu Âu áp dụng loại xạ trị sau mổ UTDD như một chỉ định thường quy. Tuy nhiên nhiều tác giả trên thế giới nhất là các tác giả Nhật Bản, không đồng tình với phương pháp điều trị này.

### ***1.3.3. Liệu pháp trúng đích phân tử trong điều trị ung thư dạ dày***

Được chỉ định cho BN ung thư dạ dày giai đoạn cuối. Trong ung thư, sự bộc lộ Her2 thường quá mức. Her2 được tìm thấy trên bề mặt tế bào. Khi Her2 xuất hiện với số lượng nhiều, sẽ kích hoạt sự tăng trưởng tế bào ung thư và di căn đến các cơ quan khác. Trong UTDD, Her2 dương tính khoảng 16 - 20%. Hóa chất mới có tên là Trastuzumab kháng Her2 được dùng để điều trị UTDD giai đoạn cuối, có Her2 dương tính. Đó là liệu pháp trúng đích. Khi dùng liệu pháp trúng đích, thuốc tấn công trực tiếp vào tế bào ung thư, tiêu diệt tế bào bệnh mà không gây độc lực với các tế bào lành. Nó góp phần nâng cao chất lượng sống và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTDD.

Nghiên cứu của TOGA được tiến hành trên 594 bệnh nhân UTDD giai đoạn cuối cho thấy: Những bệnh nhân có đột biến Her2 mạnh, dùng liệu pháp trúng đích, thời gian sống trung bình lên đến 16 tháng so với 12,2 tháng ở những bệnh nhân chỉ điều trị hóa chất đơn thuần.

### **1.3.4. Phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày**

Điều trị phẫu thuật UTDD có lịch sử phát triển từ rất lâu:

- Năm 1879, Jules Emile Péan là người đầu tiên thực hiện cắt vùng môn vị cho một bệnh nhân ung thư môn vị. Bệnh nhân chết sau mổ 5 ngày.

- Năm 1880, Ludwig R von Rydygier đã cắt đoạn DD cho một bệnh nhân ung thư hang vị. Bệnh nhân chết do chảy máu trong ngày đầu sau mổ.

- Ngày 29 tháng 1 năm 1881, Theodore Billroth đã thực hiện thành công cắt đoạn DD cho một bệnh nhân ung thư môn vị.

Cho tới nay, phẫu thuật điều trị UTDD đã có những bước phát triển quan trọng nhờ những tiến bộ trong lĩnh vực gây mê hồi sức, hiểu biết về phân bố hạch bạch huyết của DD, về nguyên lý điều trị ung thư, về đặc điểm bệnh học UTDD cũng như các tiến bộ trong trang thiết bị kỹ thuật phục vụ cho chẩn đoán và điều trị.

Phẫu thuật điều trị UTDD được lựa chọn ở mọi giai đoạn. Phẫu thuật triệt để là phương pháp lựa chọn cho UTDD ở giai đoạn sớm hoặc UTDD giai đoạn tiến triển còn khu trú, chưa di căn xa. Ở giai đoạn muộn phẫu thuật được lựa chọn là phẫu thuật tạm thời để điều trị triệu chứng.

#### **1.3.4.1. Phẫu thuật tạm thời**

Chỉ định các trường hợp UTDD ở giai đoạn muộn, khi ung thư đã xâm lấn đến nhiều tạng như: Cuống gan, đầu tụy, mạc treo đại tràng, ruột non, phúc mạc... không còn khả năng cắt bỏ khối u, thì các phẫu thuật tạm thời được áp dụng nhằm khắc phục các biến chứng hẹp tắc như nối vị tràng, mở thông dạ dày, mở thông hồng tràng, đây là phẫu thuật điều trị triệu chứng. Các phẫu thuật này phần nào cũng cải thiện được chất lượng sống cho bệnh nhân.

Theo thống kê của Ouchi K (1998) NVT chiếm tỷ lệ lên tới 33,3% trong nhóm bệnh nhân UTDD có hẹp môn vị [47].

Mở thông DD nuôi dưỡng được chỉ định cho UTDD ở tâm vị, 1/3 trên DD có hẹp tâm vị không có khả năng cắt DD. Mở thông hồng tràng nuôi

duỡng được chỉ định cho các trường hợp UTDD có HMV nhưng không còn khả năng cắt DD cũng như NVT.

Đối với những trường hợp UTDD đã có di căn xa, những khối u ở dạ dày vẫn còn khả năng cắt được, thì vẫn nên cắt dạ dày cùng khối u, để tránh các biến chứng do khối u gây ra như: Hẹp tắc, chảy máu, chèn ép gây đau, các trường hợp UTDD có cắt DD hoặc cắt TBDD nhưng không lấy hết được tổ chức ung thư về mặt vi thể hoặc đại thể cũng được xếp vào phẫu thuật cắt dạ dày không triệt để. Tỷ lệ cắt dạ dày không triệt để chiếm 54,5 - 67,7% số phẫu thuật UTDD [47].

Phẫu thuật cắt dạ dày không triệt để (palliative gastrectomy). Không những cải thiện chất lượng sống mà còn kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTDD.

#### *1.3.4.2. Phẫu thuật triệt để*

Năm 1978, Pissac đã chứng minh được có thể xác định được ranh giới lan rộng của tổ chức ung thư ngay trong mổ, qua nghiên cứu chặng bạch mạch trong mổ và nghiên cứu dạ dày sau khám nghiệm tử thi. Từ đó hình thành thuật ngữ, cắt dạ dày rộng rãi trong điều trị UTDD. Tuy nhiên việc cắt bỏ rộng rãi dạ dày, còn phải được xác nhận bằng đại thể, và vi thể không còn tế bào ung thư, mới khẳng định được là phẫu thuật triệt để.

Năm 1984, hội nghị quốc tế tại Hawaii gồm 03 tổ chức UTDD: UICC (hội chống ung thư thế giới), AJCC (hiệp hội chống ung thư Mỹ) và JRGC (hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản) đã thống nhất về cắt dạ dày triệt để, dựa trên kết quả MBH về mép cắt dạ dày. Các hạch lympho, cơ quan bị xâm lấn và di căn [48].

Một phẫu thuật được coi là triệt để phải có các điều kiện sau:

- Cắt bỏ được một phần hay TBDD mà diện cắt trên khối u, và dưới khối u không còn tổ chức ung thư.
- Lấy bỏ toàn bộ hệ thống bạch huyết di căn.

- Lấy bỏ hết tổ chức bị xâm lấn và di căn.

Từ năm 1987, trong bảng phân loại UTDD theo hệ thống TNM, UICC đưa ra bảng phân loại về mức độ triệt để của phẫu thuật như sau :

- R0 : Không còn tổ chức ung thư.
- R1 : Tổ chức ung thư còn sót lại và xác định được bằng vi thể.
- R2 : Tổ chức ung thư còn sót lại được xác định bằng đại thể.

a/ Các phẫu thuật triệt để cắt DD điều trị UTDD (kèm theo nạo vét hạch)

\* *Cắt bán phần đầu dưới dạ dày (Distal gastrectomy)* lấy bỏ 3/4 hoặc 4/5 hoặc nhiều hơn nữa phần dưới dạ dày, cùng với khối u và môn vị, lấy bỏ toàn bộ mạc nối lớn, mạc nối nhỏ, giới hạn trên cách bờ trên khối u 6 - 8cm, giới hạn dưới: dưới môn vị 1 - 2cm. Sau khi cắt xong dạ dày và khối u, thiết lập lưu thông đường tiêu hóa theo nhiều cách khác nhau. Nhưng thường là các phương pháp BillrothI (Péan) hoặc BillrothII: polya, Finsterer.

\* *Cắt bán phần đầu trên dạ dày (phẫu thuật Sweet)* còn gọi là cắt dạ dày đầu gần (*Proximale gastrectomy*) phía trên cắt tới thực quản (*thực quản đoạn bụng hay phần thấp của đoạn trung thất*). Giới hạn dưới ở thân dạ dày, cách bờ dưới khối u 5 - 8cm, được chỉ định cho các ung thư vùng tâm vị. Phẫu thuật này ít được sử dụng vì dễ bỏ sót vùng có tế bào ung thư, thực quản bị viêm do trào ngược.

\* *Cắt toàn bộ dạ dày (Total gastrectomy):*

Lấy toàn bộ dạ dày, đường cắt trên ở thực quản trên lỗ tâm vị 1 - 2cm. Đường cắt dưới ở dưới lỗ môn vị khoảng 1 - 2cm. Thắt các động mạch vành vị, động mạch vị mạc nối phải, động mạch vị mạc nối trái, động mạch môn vị sát gốc. Lấy toàn bộ mạc nối lớn và mạc nối nhỏ. Nạo vét hạch theo các nhóm hạch tâm vị, môn vị, BCL, BCN và dọc theo các động mạch. Sau khi cắt TBDD thiết lập lại bên thông tiêu hóa bằng cách nối thực quản với ruột kiểu Omega hoặc Roux-en-y, cắt TBDD là phẫu thuật nặng nề, tỷ lệ tử vong cao và có nguy cơ tai biến, biến chứng cao [49]. Chỉ định cắt TBDD có hai loại [50]:

- Cắt TBDD theo nguyên tắc: là chỉ định cắt TBDD không tính tới vị trí và kích thước khối u.

- Cắt TBDD theo yêu cầu: là chỉ định cho khối u ở vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa DD; 1/3 dưới lan lên quá cao vùng thân vị, tâm vị.

*\*Cắt dạ dày bảo toàn môn vị ( Pylorus – Preserving gastrectomy)*

Là phẫu thuật cắt đoạn giữa dạ dày cùng với khối u, bảo tồn cơ thắt tâm vị và môn vị. Phương pháp này được chỉ định cho UTDD sớm, có thể vét hạch khu vực.

*\* Cắt dạ dày hình chêm cùng khối u (Wedge resection):*

Là phẫu thuật cắt bỏ khối u cùng một phần DD, áp dụng cho UTDD sớm, khối u nhỏ, chưa di căn.

*b/ Phẫu thuật nạo vét hạch*

*\* Quan niệm của Nhật Bản , Hàn Quốc và các nước châu Á*

Điều trị UTDD, phẫu thuật nạo vét hạch rộng rãi tại các nước phương Tây còn nhiều tranh luận. Trong khi đó, ở Nhật Bản phẫu thuật triệt để được coi là phương pháp chuẩn trong điều trị UTDD. Phẫu thuật nạo vét hạch được phân loại như sau [26]:

- D0: Cắt dạ dày + vét không hoàn toàn nhóm hạch N1 (cắt dạ dày triệt căn đơn giản: Simple gastrectomy)

- D1: Cắt dạ dày + vét hoàn toàn nhóm hạch N1 (Cắt dạ dày triệt căn cải tiến: Modified Radical gastrectomy).

- D2: Cắt dạ dày + vét hạch hoàn toàn nhóm hạch N1,N2 (Cắt dạ dày triệt căn tiêu chuẩn: Standard Radical gastrectomy).

- D3: Cắt dạ dày + vét hoàn toàn nhóm hạch N1,N2, N3 (Cắt dạ dày triệt căn mở rộng: Extended Radical gastrectomy).

- D4: Cắt dạ dày + vét toàn bộ nhóm hạch N1,N2, N3, N4 (Cắt dạ dày triệt căn siêu mở rộng: Super extended Radical gastrectomy).

Phẫu thuật D0 được áp dụng cho những UTDD sớm chưa có di căn hạch, ung thư mới khu trú ở lớp niêm mạc.

Phẫu thuật D1 được áp dụng cho hầu hết UTDD sớm, ung thư đã xâm lấn tới lớp dưới niêm mạc, và các trường hợp UTDD sớm có di căn hạch ở chặng 1.

Phẫu thuật D2, D3 được áp dụng rộng rãi, thành thường quy cho tất cả các trường hợp UTDD ở Nhật Bản [51].

Vết hạch D4 ít được đề cập, vì khi ung thư đã di căn đến nhóm hạch này coi như là đã di căn xa, việc nạo vết hạch không có ý nghĩa triệt căn và không cải thiện thời gian sống thêm sau mổ.

Theo Kodama (Nhật Bản) [52], và hội nghiên cứu UTDD Nhật Bản 1995 [26]. Phẫu thuật nạo vết các nhóm hạch phụ thuộc vào vị trí ung thư 1/3 dưới, 1/3 giữa, 1/3 trên. Ví dụ: Nhóm hạch số 1 được coi là N1 đối với ung thư 1/3 trên, nhưng lại là N2 đối với ung thư 1/3 dưới dạ dày.

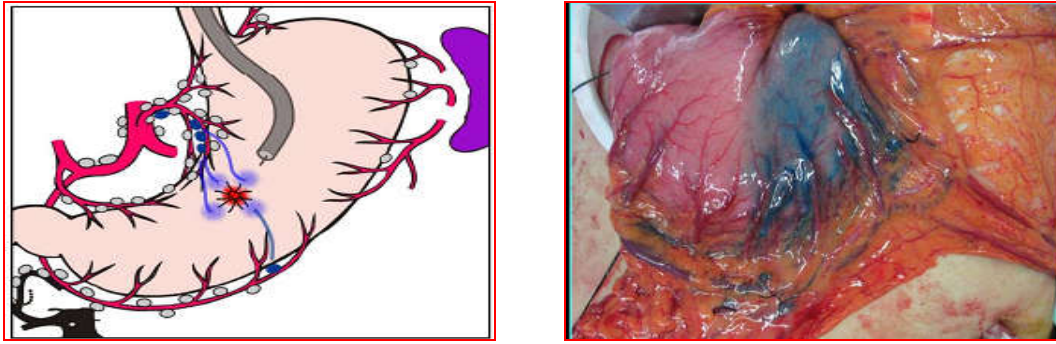
- Nạo vết hạch D2 với ung thư 1/3 dưới phải lấy đi hết các nhóm hạch N1 (3,4,5,6); N2 (1,7,8,9) [53].

- Nạo vết hạch D2 với ung thư 1/3 giữa phải lấy đi hết các nhóm hạch N1 (3,4,5,6,1); N2 (7,8,9,11,2,10) [53].

- Nạo vết hạch D2 với ung thư 1/3 trên phải lấy đi hết các nhóm hạch N1(1,2,3,4); N2 (5,6,7,8,9,10,11) [53].

Các tác giả Nhật Bản đã có nhiều nghiên cứu làm cơ sở cho nạo vết hạch. Năm 2005, Moenig S.P. và cs. [54], năm 2009 Tajima Y. và cs. [55] đã tiêm chất chỉ thị màu huỳnh quang Indocyanine green dưới niêm mạc qua nội soi DD và dưới thanh mạc trong lúc mổ. Tác giả thấy hệ thống bạch huyết quanh dạ dày hấp thụ màu xanh, phát quang khi chụp X quang. Kết quả này là cơ sở để nạo vết hạch (Hình 1.7).





**Hình 1.7. Hệ thống hạch bạch huyết sau tiêm indocyanine green.**

*Nguồn: theo Tajima Y. và cs. (2009) [55]*

Tại Nhật Bản, cắt DD vét hạch D2 là tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTDD. Di căn hạch không chỉ ở giai đoạn UTDD tiến triển, mà giai đoạn sớm cũng có di căn hạch, tỷ lệ dao động 10-20%. Kitano S. và cs. phẫu thuật nội soi cắt DD và vét hạch 1185 ca UTDD sớm, thấy di căn hạch chặng 1 là 5,7%, chặng 2 là 0,5%. Do vậy nên áp dụng vét hạch D2 cho cả UTDD sớm [56].

Theo tác giả Maruyama K. và cs., kết quả nạo vét hạch làm tăng tỷ lệ sống 5 năm sau mổ UTDD ở Nhật Bản từ 44,3% ( giai đoạn 1963 - 1966) lên 61,6% (giai đoạn 1971-1985) [57].

Năm 1996, Wu C.W. và cs., đã vét hạch điều trị triệt căn cho 510 BN UTDD. Kết quả: Vét được 17176 hạch, di căn 2881 hạch (16,48%) ở 287 BN. Tỷ lệ sống thêm 4 năm ở nhóm không di căn là 90,8%; di căn 1-4 hạch là 70,5%, di căn 5-8 là 26,8%, di căn trên 9 hạch là 12,2% [58].

Tùy theo vị trí khối u, nạo vét chặng hạch đã có những thay đổi theo phân loại của Nhật Bản: JRSGC năm 1995 [26], JGCA 2<sup>nd</sup> năm 1998 [4], JGCA 3<sup>rd</sup> năm 2011 [5], hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản năm 2010 [59], năm 2014 [6].

Theo JGCA năm 2014 quy định nạo vét hạch như sau:

+ Cắt toàn bộ dạ dày (hình 1.8 A)

D0: không vét hạch hoặc không vét hết D1.

D1: vết hạch nhóm 1,2,3,4sa,4sb,4d,5,6,7.

D1+: vết D1 và nhóm 8a, 9, 11p.

D2: vết hạch D1 và nhóm 8a, 9, 10,11p, 11d, 12a.

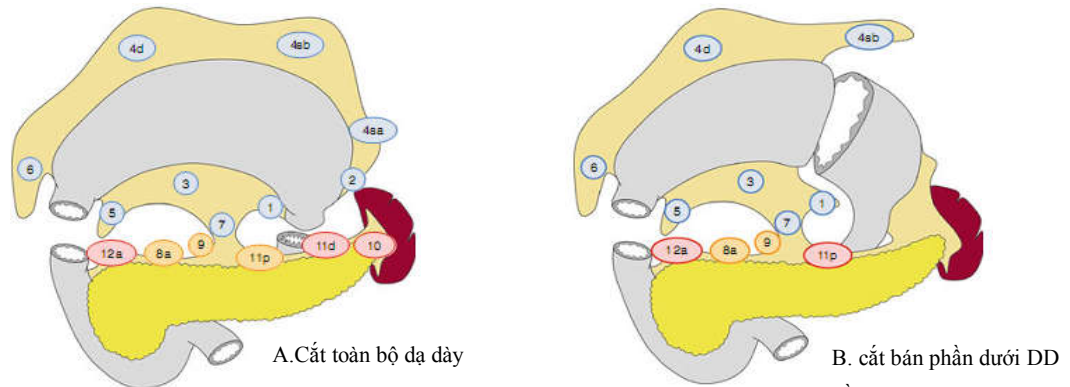
+ Cắt bán phần dưới dạ dày (hình 1.8 B)

D0: không vết hạch hoặc không vết hết D1.

D1: vết hạch nhóm 1,3,4sb,4d,5,6,7.

D1+: vết D1 và nhóm 8a, 9.

D2: vết hạch D1 và nhóm 8a, 9, 11p, 12a.



**Hình 1.8. Các mức cắt dạ dày và vết hạch theo JGCA năm 2014**

*Nguồn: JGCA, (2014) [6]*

Ở Việt Nam, đã có các công trình nghiên cứu về vai trò của nạo vết hạch và ủng hộ quan điểm nạo vết hạch của Nhật Bản. Trịnh Hồng Sơn năm 2001 đã chứng minh kỹ thuật nạo vết hạch D2, D3 không làm tăng tỷ lệ tử vong, tái biến, biến chứng. Nạo vết hạch có tác dụng kéo dài thời gian sống sau mổ cho bệnh nhân ở giai đoạn II, IIIa, IIIb [1]. Nguyễn Minh Hải năm 2003 đã đề nghị đối với UTDD tiến triển, phẫu thuật nạo vết hạch là D2 [33].

*\* Quan điểm của các tác giả châu Âu*

Tuy nhiên, một số tác giả Âu, Mỹ đã tiến hành các nghiên cứu ngẫu nhiên đối chứng giữa nạo vết hạch D1 và D2 theo mô hình của Nhật Bản thì

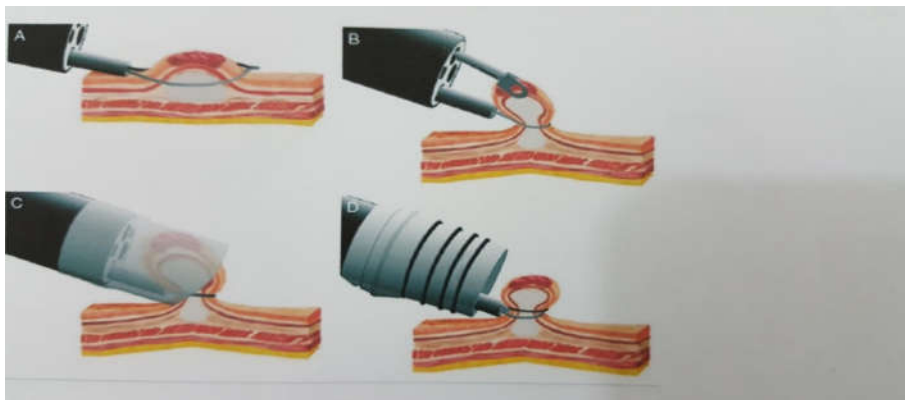
thấy nạo vét hạch D2 làm tăng tỷ lệ tử vong, biến chứng nhưng không làm tăng tỷ lệ sống 5 năm sau mổ và cho rằng nạo vét hạch D2 của Nhật Bản là quá mở rộng [60]. Ngược lại, Yosuke Adachi ở đại học Oita Nhật Bản trong một báo cáo tổng kết 10 năm về tình hình phẫu thuật UTDD trên thế giới cho rằng không thể áp đặt các kết quả nghiên cứu trên cho Nhật Bản. Bởi vì, tỷ lệ tử vong và biến chứng trong nạo vét hạch D1 ở châu Âu còn cao hơn các tỷ lệ này trong nạo vét hạch D2 ở Nhật [61].

*c/ Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày*

Song song với kỹ thuật mở mở vào những năm của thập kỷ 90, một hướng nghiên cứu khác từ các phẫu thuật viên ung thư Nhật Bản và Hàn Quốc ra đời: khái niệm điều trị can thiệp tối thiểu (Minimally Invasive Surgery - MIS) đối với UTDD cũng ra đời sau phẫu thuật nội soi thành công cắt dạ dày của Kitano (1991). Phẫu thuật nội soi lúc đầu chủ yếu cho UTDD sớm. Ngày nay, phẫu thuật này được chỉ định cho cả những trường hợp UTDD tiến triển. Sau đây là một số phương pháp phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày:

\* *Cắt niêm mạc bằng nội soi (EMR = Endoscopic mucosal resection) gồm 4 kỹ thuật.*

- Tiêm và cắt (inject and cut technic) (Hình 1.9A).
- Tiêm - nâng - cắt (The inject, lift and cut technic) (Hình 1.9B).
- Kỹ thuật dùng lồng bẫy (cap tech nic) (Hình 1.9C).
- Kỹ thuật thắt - Cắt (Ligation technic) (Hình 1.9D).

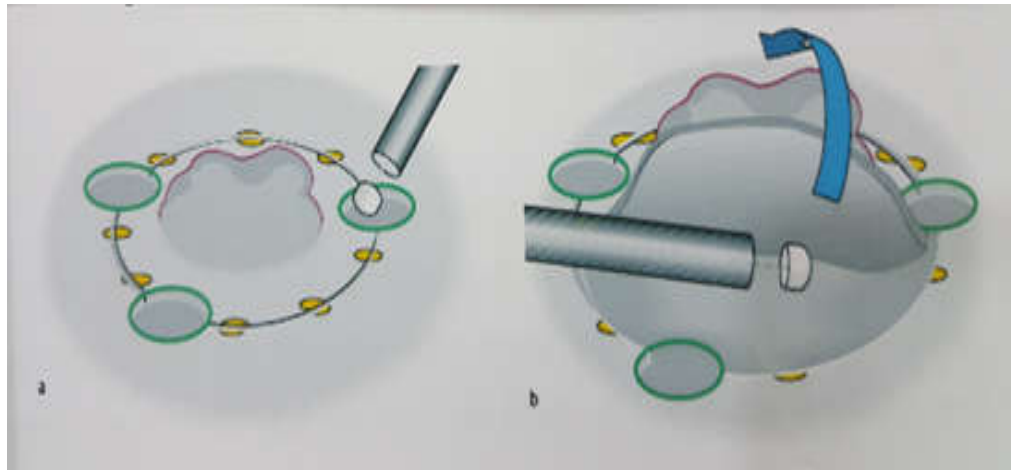


**Hình 1.9: Kỹ thuật cắt niêm mạc bằng nội soi EMR [62].**

Cắt niêm mạc bằng nội soi được chỉ định cho những trường hợp UTDD sớm loại Adénocarcinome biệt hóa cao hoặc vừa hoặc loại UTBM như (Papillary carcinoma).

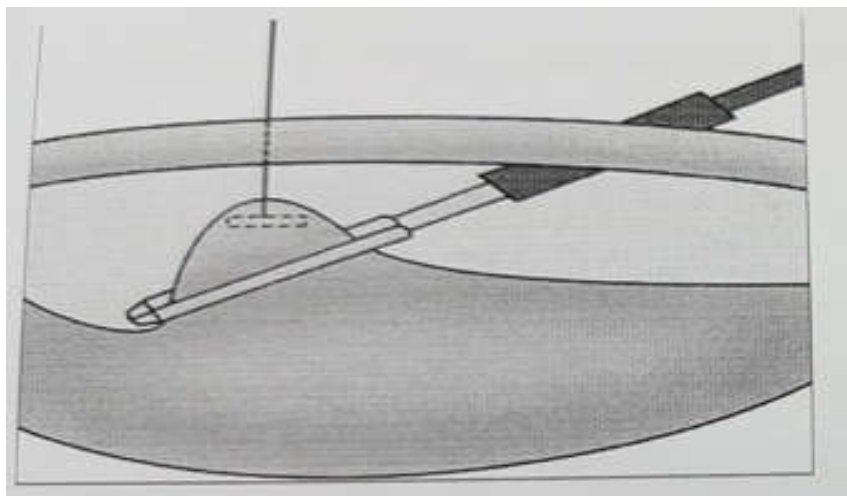
\* *Cắt lớp dưới niêm mạc nội soi (ESR = Endoscopic Submucosal resection)*

Kỹ thuật này được chỉ định cho UTDD sớm có những tổn thương nhỏ hơn 2cm. Trong kỹ thuật người ta sử dụng một thiết bị dao cắt nội soi đặc biệt, để lấy bỏ vùng niêm mạc có tổn thương, lấy đến hết lớp dưới niêm mạc [63].



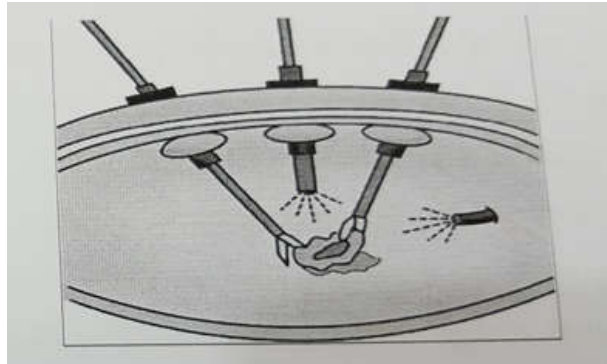
**Hình 1.10: Hình minh họa các bước kỹ thuật ESR [64]**

\* *Cắt hình chêm dạ dày bằng nội soi (LWR)*



**Hình 1.11: Cắt hình chêm dạ dày bằng nội soi [56]**

*\* Cắt niêm mạc tổn thương từ trong lòng dạ dày*



**Hình 1.12: Cắt niêm mạc tổn thương từ trong lòng dạ dày [56].**

*\* Cắt bán phần dạ dày hoặc toàn bộ dạ dày bằng nội soi*

- PTNS hoàn toàn (Totally laparoscopic gastrectomy):

Gồm tất cả các thao tác vét hạch D1, D2, D3, cắt tá tràng, đóng mồm tá tràng, cắt bán phần dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày, khâu nối thiết lập lưu thông tiêu hóa dạ dày với ruột, thực quản với ruột, thực hiện hoàn toàn bằng các dụng cụ nội soi [12],[13],[14],[65].

- PTNS hỗ trợ (LADG = laparoscopic assisted distal gastrectomy): Một số tăng thì thực hiện bằng nội soi: giải phóng mạc nối lớn khỏi đại tràng ngang, nạo vét hạch D1, D2, D3, cắt đóng mồm tá tràng.

Một số thì thực hiện như mổ mở truyền thống: Mở thành bụng một lỗ nhỏ kéo dạ dày ra ngoài, cắt dạ dày, nối dạ dày với ruột hoặc nối thực quản với ruột [22],[23],[66],[67].

*\* PTNS được sử dụng Robot hỗ trợ:* Nghiên cứu sử dụng Robot mổ nội soi hỗ trợ (Da vin ci) để mổ những ca UTDD khó, phức tạp, đã được một số trung tâm nghiên cứu lớn trên thế giới thực hiện [17],[68],[69].

Tuy nhiên việc sử dụng Robot mổ nội soi hỗ trợ chưa được đánh giá cao. Tháng 9 năm 2011, nhóm tác giả Yanghee Woo, trường Đại học Y Yonsei

Hàn Quốc, đã so sánh kết quả sớm, phẫu thuật nội soi cắt bán phần dạ dày do ung thư giữa 2 nhóm: Nhóm mổ nội soi ổ bụng (n = 591) và nhóm có sử dụng Robot phẫu thuật nội soi (n=236) đã không chứng minh được tính hơn hẳn của mổ bằng Robot so với mổ nội soi DD như thông lệ, trong khi đó chi phí cho cuộc mổ lại quá lớn [17]. Fabio Cianchi và cs., đã có nghiên cứu PTNS sử dụng Robot và PTNS thông thường cắt bán phần dạ dày vét hạch D2, kết quả phẫu thuật robot vét được nhiều hạch hơn [68].

### ***1.3.5. Ứng dụng PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng***

#### ***1.3.5.1. Chỉ định***

PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng, D3 điều trị UTDD được áp dụng cho ung thư dạ dày tiến triển. Tuy nhiên một số tác giả áp dụng vét hạch D2 cho ung thư dạ dày sớm [56]. Chỉ định vét hạch D2, D2 mở rộng được dựa vào độ xâm lấn thành dạ dày, vị trí ung thư dạ dày và phân chia chặng hạch của Nhật Bản. Chỉ định nạo vét hạch theo thời gian đã có sự thay đổi. Năm 1981 [52], năm 1995 [26] các tác giả Nhật Bản chia làm 4 chặng hạch: N1, N2, N3, N4. Vét hạch tương ứng với các chặng hạch là D1, D2, D3, D4. Năm 1998 [4] chỉ còn phân chia 3 chặng hạch N1, N2, N3 tương ứng vét hạch có D1, D2, D3. Vét hạch D2 mở rộng là vét hạch toàn bộ chặng N1, N2 và ít nhất một hạch chặng N3, N4. Từ năm 2010 trở đi [6], [59] các tác giả Nhật Bản không còn phân chia các chặng hạch nữa, định nghĩa vét hạch D2 theo phương pháp cắt dạ dày:

- Cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 gồm các nhóm: 1,2,3,4,5,6,7, 8a,9,10,11p,11d,12a.

- Cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 gồm các nhóm: 1,3,4sb,4d,5,6, 7,8a,9,11p,12a.

Theo hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản năm 2010 [59], năm 2014 [6], vét hạch D2 mở rộng là vét hạch vượt quá D2.

Các nghiên cứu nạo vét hạch điều trị UTDD của các tác giả trên thế giới trong nhiều năm qua chủ yếu dựa vào phân loại UTDD của Nhật Bản năm 1981 [52], năm 1995 [26], năm 1998 [4].

Tác giả Toshihiko Shinohara MD và cs (2009) [14] chỉ định PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 (N1,N2), vét hạch D2 mở rộng nhóm 12 (N3) cho 55 bệnh nhân ung thư dạ dày. Trong đó xâm lấn T1,T2 có 24 bệnh nhân, xâm lấn T3, T4 có 31 bệnh nhân. Kết quả PTNS vét hạch D2, D2 mở rộng là khả thi và an toàn, không có tử vong. Năm 2014, Ke Chen và cs [12] PTNS vét hạch D2 cho 240 bệnh nhân ung thư dạ dày, có 109 BN xâm lấn T1, 36 BN xâm lấn T2, 31 BN xâm lấn T3, 64 BN xâm lấn T4a. Kết quả phẫu thuật ít biến chứng, thời gian phục hồi sức khỏe nhanh, thẩm mỹ. Năm 2015, Hoon Hur và cs [11] đã đánh giá hiệu quả PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 cho ung thư dạ dày tiến triển với thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm KLASS-02. Thử nghiệm này có 1050 BN ở 2 nhóm mổ nội soi và mổ mở của 13 bệnh viện Hàn Quốc. Các BN được lựa chọn xâm lấn T2, T3, T4a. Tiêu chuẩn vét hạch D2 gồm các nhóm 1,3,4sb,4d,5,6,7,8,9, và nhóm 11p, 12a thuộc chặng N3 đối với ung thư 1/3 dưới dạ dày (vét hạch D2 mở rộng). Thử nghiệm cho thấy kết quả PTNS vét hạch D2, D2 mở rộng tương đương phẫu thuật mổ mở. Yanfeng Hu và cs. (2016) [15] nghiên cứu 1056 BN ung thư dạ dày tiến triển xâm lấn T2-T4a ở 14 bệnh viện Trung Quốc. Các BN được chỉ định vét hạch D2; trong đó có 528 BN được phẫu thuật nội soi, 528 BN phẫu thuật mổ mở. Thử nghiệm này cũng có kết luận như thử nghiệm trên.

#### *1.3.5.2. Kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng.*

\* Phương tiện và dụng cụ:

- Giàn máy PTNS.
- Dao điện đơn cực, lưỡng cực, dao siêu âm USAD (Ultrasonically Activated Device), dao hàm mạch Ligasure.
- Stapler thẳng (linear stapler), stapler tròn (circular stapler), stapler trans-orally inserted anvil (orvil™) [70].

\* Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên.

- Bệnh nhân nằm ngửa 2 chân dạng 45°, PTV (phẫu thuật viên) đứng bên phải BN, phụ camera đứng giữa 2 chân BN, phụ đứng bên trái BN [66].

- Bệnh nhân nằm ngửa 2 chân dạng 45°, PTV đứng giữa 2 chân BN, phụ camera đứng bên phải BN, phụ đứng bên trái BN [11],[12],[13],[14].

\* Các bước kỹ thuật

Các tác giả khác nhau, thực hiện các bước kỹ thuật khác nhau và số trocar khác nhau (4,5 hoặc 6 trocar). Hoon Hur và cs. (2015) [11] sử dụng số lượng trocar không giới hạn, vét hạch gồm các bước: vét hạch nhóm 4d, nhóm 4sb, cắt động mạch vị mạc nối trái, vét hạch nhóm 6 cắt động mạch vị phải, vét hạch nhóm 12a, vét hạch nhóm 8a, vét hạch nhóm 9, vét hạch nhóm 7 cắt động mạch vị trái, vét hạch nhóm 11p, vét hạch nhóm 1 và 3; cắt dạ dày phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth – I, Billroth – II, hoặc Roux-en-Y. Ke chen và cs. (2014) [12] sử dụng 5 trocar, cắt mạc nối lớn, vét hạch nhóm 3,4,5,6,1,7,8,9,10,11p,12a,14v; cắt dạ dày phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth I hoặc Billroth II. Ke Chen và cs. (2013) [13] thực hiện các bước kỹ thuật gồm: đặt 5 trocar hình chữ V, bơm CO<sub>2</sub>; cắt mạc nối lớn vét hạch nhóm 4d; cắt lá trước mạc treo đại tràng ngang, vét hạch nhóm 6, cắt động mạch vị mạc nối phải; vét hạch nhóm 5 và cắt động mạch vị phải; vét hạch nhóm 8,7,9 cắt động mạch vị trái; vét hạch nhóm 1 và nhóm 3; cắt tá tràng dưới môn vị 1cm bằng stapler; rạch da đường thẳng giữa trên dưới rốn 3 cm; phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth II. J.S.Azagra và cs. (2013) [65] cắt TBDD nội soi cho UTDD tiến triển gồm các bước: Đặt trocar trên thành bụng; cắt mạc nối lớn vét hạch nhóm 4,6, cắt động mạch vị mạc nối phải; vét hạch nhóm 5, cắt động mạch vị phải; vét hạch nhóm 12; cắt tá tràng dưới môn vị 2 cm; vét hạch nhóm 3; vét hạch nhóm 8,7,9; cắt động mạch vị ngắn, vét nhóm 1 và 2; cắt thực quản trên tâm vị 1,5 cm bằng stapler; phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Roux- en-Y. Ming Cui và cs. (2012) [67] vét hạch D2, D2 mở rộng gồm các bước: Đặt trocar trên thành bụng, bơm CO<sub>2</sub>, kiểm tra tổn thương; cắt toàn bộ mạc nối lớn loại bỏ nhóm 4; vét hạch nhóm 2; cắt lá trước của mạc treo đại tràng



ngang, vét hạch nhóm 6, 14v, cắt động mạch vị mạc nối phải; vét hạch nhóm 5 cắt động mạch vị phải; vét hạch nhóm 8a; vét hạch nhóm 7,9 cắt động mạch vị trái, vét hạch nhóm 11; vét hạch nhóm 1,3,2; vét hạch nhóm 12a; rạch da đường trắng giữa trên rốn 5 cm; cắt TBDD phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Roux-en-Y; hoặc cắt bán phần dạ dày xa cho ung thư 1/3 dưới, phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth I, Billroth II. Toshihiko Shinohara và cs. (2009) [14] PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 gồm các bước: Đặt 5 trocar, bơm CO2, kiểm tra ổ bụng; cắt toàn bộ mạc nối lớn vét hạch nhóm 4,6, cắt động mạch vị phải; vét hạch nhóm 1,2, cắt thực quản bằng stapler; sau đó vét nhóm 11p,11d, 7,9,8a,5,12a; cắt tá tràng bằng stapler; phục hồi lưu thông theo phương pháp Roux-en-Y. Đỗ Văn Tráng (2012) [23] sử dụng 4,5,6 trocar phụ thuộc vào từng thì phẫu thuật, gồm 10 bước: Đặt trocar, đánh giá tổn thương; vét hạch nhóm 8 sinh thiết tức thì; cắt toàn bộ mạc nối lớn; vét hạch nhóm 4sb, 6; vét hạch vùng cuống gan nhóm 5,12a; cắt động mạch vị trái vét hạch nhóm 7,9,11; vét hạch nhóm 1; cắt tá tràng; cắt bán phần dạ dày và phục hồi lưu thông tiêu hóa; đặt dẫn lưu và đóng bụng. Hồ Chí Thanh (2016) [22] thực hiện 6 bước: đặt 5 trocar trên thành bụng, kiểm tra tổn thương; cắt mạc nối lớn vét hạch nhóm 4sb, 4d,6,14v; cắt động mạch vị mạc nối trái và động mạch vị mạc nối phải; vét hạch nhóm 5, 12a,12b; cắt tá tràng bằng stapler; cắt mạc nối nhỏ, vét hạch nhóm 1,3,7,8a,9,11p; cắt dạ dày phục hồi lưu thông tiêu hóa; kiểm tra đặt dẫn lưu.

### ***1.3.6. Tình hình phẫu thuật nội soi UTDD trên thế giới và Việt Nam***

#### ***1.3.6.1. Tình hình phẫu thuật nội soi UTDD trên thế giới***

Song song với kỹ thuật mổ mở, một hướng nghiên cứu mới ra đời, đó là PTNS điều trị UTDD.

Thời gian đầu, PTNS chủ yếu cho UTDD sớm, mà chủ yếu là cắt niêm mạc dạ dày qua nội soi (Endoscopic Mucosal Resection) các phẫu thuật cắt dưới niêm mạc (Sule Mucosal Resection); cắt dạ dày hình chêm (Wedge Resection)... Thì ngày nay nó đã được áp dụng cho UTDD tiến triển nếu như vẫn có thể cắt được.

Năm 1991, PTNS hỗ trợ cắt dạ dày theo Billroth-I điều trị UTDD sớm được Kitano S. thực hiện đầu tiên, năm 1992 PTNS hoàn toàn cắt dạ dày theo Billroth-II được Goh P. và Kum C. K. thực hiện, từ đó PTNS cắt dạ dày đã thu hút sự chú ý của các PTV. Tuy rằng ban đầu lợi ích của phương pháp điều trị này vẫn còn đang tranh luận nhưng số BN được PTNS ngày một tăng lên [16]. Nghiên cứu đa trung tâm PTNS hỗ trợ điều trị UTDD sớm tại Nhật Bản: năm 2007, 1294 BN được phẫu thuật tại 16 bệnh viện từ 4/1994 đến 12/2003. Kết quả 1185 BN cắt bán phần dưới (91,5%), 54 BN cắt bán phần trên (4,2%) và 55 BN cắt toàn bộ DD (4,3%). Tỷ lệ tai biến trong mổ là 1,9%, biến chứng sau mổ là 12,9%, không có tử vong sau mổ [16]. Theo dõi xa, tỷ lệ sống 5 năm sau mổ ở các giai đoạn: Ia là 99,8%; Ib là 98,7% và giai đoạn II là 85,7%. Trong 1185 BN cắt bán phần dưới, nạo vét hạch D1+ $\alpha$ ; D1+ $\beta$  và D2 lần lượt là 429, 549 và 207 bệnh nhân. Tác giả kết luận PTNS điều trị UTDD đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh như giảm đau, hồi phục nhanh, giảm ngày nằm điều trị. Tuy nhiên để đánh giá kết quả lâu dài PTNS điều trị UTDD, các tác giả đều thống nhất cần nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên đa trung tâm để cho kết luận chính xác hơn [16].

Năm 1994 đến năm 2003 Nhật Bản PTNS 1294 BN ung thư dạ dày từ 16 bệnh viện. Trong đó, PTNS vét hạch D2 chiếm 20% tổng số bệnh nhân UTDD [16]. Năm 2015, Hàn Quốc đã kết thúc so sánh 525 BN được PTNS và 525 BN mổ mở vét hạch D2 điều trị UTDD tiến triển bằng thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đa trung tâm KCLASS- 02 [11]. Năm 2016, Trung Quốc cũng có một thử nghiệm ngẫu nhiên từ 14 bệnh viện, so sánh 519 BN được PTNS và 520 BN mổ mở điều trị UTDD tiến triển [15]. Hai thử nghiệm đều cho kết quả không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Lý giải sự khác nhau về sự phát triển PTNS điều trị UTDD giữa các quốc gia phương Tây và phương Đông, Katai H. và cs. cho rằng do hai yếu tố:

thứ nhất do sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh UTDD tại Châu Á cao hơn các nước Châu Âu, thứ hai do số lượng bệnh nhân UTDD sớm (EGC) tại Nhật Bản và Hàn Quốc ngày một tăng lên (trên 50%) buộc các PTV quan tâm đến chất lượng cuộc mổ [71]. Cộng với sự phát triển các trang thiết bị đã giúp cho PTNS hỗ trợ cắt dạ dày nạo vét hạch phát triển và được xem là phương pháp điều trị chuẩn cho UTDD sớm [16], [72].

*\* Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị UTDD tiến triển*

Năm 1993, Azagra J. S. và cs thực hiện cắt dạ dày bằng PTNS phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Billroth II, sau đó chính ông là người thực hiện cắt TBDD nạo vét hạch điều trị UTDD tiến triển. Từ năm 1993 đến 1997, có 13 BN được cắt TBDD nội soi hỗ trợ gồm 9 BN được vét D1, 3 BN vét D2 và 1 BN vét D2 kết hợp cắt lách và đuôi tụy. Thời gian phẫu thuật 240 phút, tai biến trong mổ gặp 1 trường hợp rách ĐM gan chung dẫn đến tử vong sau mổ do suy gan cấp ngày thứ 6. Theo dõi sống sau mổ 27,5 tháng, 11/13 BN còn sống với 2 BN đã có di căn gan, 9 BN sống không bệnh. Tác giả kết luận mặc dù còn nhiều thách thức đối với PTNS điều trị UTDD nhưng tác giả tin rằng áp dụng PTNS một cách hợp lý sẽ có kết quả tốt trong điều trị UTDD: độ xâm lấn T1, T2 nên thực hiện một PTNS hoàn toàn; T3, T4 nên PTNS hỗ trợ kết hợp với mổ mở sẽ là hợp lý hơn [73].

Năm 1999, Uyama I. và cs. thông báo 2 trường hợp cắt TBDD kết hợp cắt lách và thân đuôi tụy nạo vét hạch D2 cho UTDD tiến triển. Thành công này cho thấy về mặt kỹ thuật, PTNS có thể áp dụng cho UTDD giai đoạn tiến triển khi còn có thể cắt bỏ được dạ dày kết hợp vét hạch D2 mở rộng, cắt lách và đuôi tụy [74].

Năm 2010 đến năm 2014, Goto H và cs. đã so sánh PTNS vét hạch D<sub>1+</sub> và vét hạch D2 điều trị UTDD. Kết quả không có sự khác biệt đáng kể về biến

chúng, tai biến, tỷ lệ tái phát giữa hai nhóm [75]. Nghiên cứu phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2 của Ke Chen và cs. năm 2013, năm 2014 [12], [13]. Yu J và cs. năm 2013 [76], An J.Y., (2014) [77], Hoon Hur và cs. năm 2015 [11], các nghiên cứu đều thấy PTNS đã mang lại những kết quả tốt cho người bệnh như đỡ đau, mất máu ít, bệnh nhân hồi phục nhanh và giảm ngày nằm điều trị sau mổ, giảm tỷ lệ tai biến và biến chứng.

Các tác giả châu Âu đã có tiến bộ trong phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2: ở Hà Lan, Haverkamp L và cs. năm 2016 [78] phẫu thuật 70 bệnh nhân UTDD, tại Ý tác giả Degiuli M và cs. năm 2016 [79] sau 15 năm đánh giá 2 thử nghiệm ngẫu nhiên (Randomised controlled trial = RCT) đã kết luận các nước phương Tây thực hiện phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2 an toàn về mặt kỹ thuật, biến chứng ít hơn và thời gian nằm viện sau mổ ngắn.

Số lượng nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt TBDD vét hạch D2 đã tăng lên. Uyama I. và cs. [74] báo cáo 2 trường hợp PTNS cắt TBDD vét hạch D2. Toshihiko Shinohara và cs. năm 2009 [14] PTNS cắt TBDD 55 bệnh nhân ung thư dạ dày. Ming Cui và cs. (2012) [67] PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 cho 34 BN ung thư dạ dày. Huang Z và cs. (2014) [80] đã phẫu thuật cắt TBDD vét hạch D2 gồm 216 BN, trong đó PTNS 118 BN. Wang H và cs. năm 2015 [81] PTNS cắt toàn bộ dạ dày cho 84 bệnh nhân UTDD; Usui S và cs. năm 2016 [82] PTNS cắt toàn bộ dạ dày cho 78 bệnh nhân UTDD. Yanfeng Hu và cs. (2016) [15] PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 cho 11 BN (2,1%) ung thư dạ dày. Các tác giả kết luận phẫu thuật khả thi và an toàn, ít biến chứng.

Khả năng vét hạch của PTNS, các nghiên cứu đối chứng và so sánh giữa PTNS và mổ mở của Shinohara T và cs. năm 2013 [83], Wang W và cs. năm 2013 [84], Lu C và cs. năm 2015 [21], Zhen-Hong Zou và cs. năm 2014 [85], Cui M và cs. năm 2015 [86], Hu Y và cs. năm 2016 [19], Liz và cs.

năm 2016 [20], Yanfeng Hu và cs. năm 2016 [15], Li Q và cs. (2016) [87], Hao Y và cs. (2016) [88] đều cho thấy PTNS và mổ mở không có sự khác biệt.

Sử dụng Robotic trong phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2 đã được nghiên cứu. Lee J và cs. năm 2015 [69] so sánh 113 BN phẫu thuật nội soi sử dụng Robotic với 267 bệnh nhân được PTNS vét hạch D2. Kim YW và cs. năm 2016 [89] so sánh 87 BN được PTNS sử dụng Robot và 228 BN được PTNS vét hạch D2. Fabio Cianchi F và cs. năm 2016 [68], so sánh 30 BN được PTNS sử dụng robot và 41 BN phẫu thuật nội soi vét hạch D2. Park JM và cs. (2016) [90] so sánh 223 BN được PTNS vét hạch D2 sử dụng Robot và 211 BN được PTNS vét hạch D2. Tsai SH và cs. (2017) [91] đã nêu lên những tiến bộ trong PTNS, tác giả so sánh giữa PTNS sử dụng Robot và PTNS trong điều trị UTDD. Qua nghiên cứu các tác giả kết luận PTNS sử dụng Robot an toàn, chi phí cao, thời gian phẫu thuật dài hơn PTNS thông thường. Nhưng nó có ưu điểm vét được hạch bạch huyết nhiều hơn, vét được hạch nhóm 10 thuận lợi hơn, thực hiện vét hạch ở những BN có chỉ số BMI cao thuận lợi hơn.

Vét hạch D2 mở rộng, các tác giả khác nhau có cách gọi khác nhau. Tác giả Bonenkamp J.J; Hermans J.; SaSa (1999) [7] đưa ra tên đề tài vét hạch mở rộng cho UTDD “*Extended lymph node dissection for gastric cancer*”. Tác giả Hartgrink H.H và Velde C.J.H (2004) [60] có đề tài “*Extended lymph node dissection for gastric cancer: Who may benefit? Final results of the randomised dutch gastric cancer group trial?*”. Còn các tác giả khác không gọi “*Extended lymph node dissection*” mà gọi là vét hạch vượt chặng. Theo JGCA năm 2010 [59], năm 2014 [6] vét hạch D2 mở rộng là vét hạch vượt quá D2. Bản chất của vét hạch D2 mở rộng là vét toàn bộ các nhóm hạch thuộc chặng N1, N2 và ít nhất một hạch chặng N3, N4. Antonio và cs (2012) so sánh PTNS vét hạch D2 với D2 mở rộng (vét hạch nhóm 16 thuộc chặng

N4) [24]. Năm 2015 Fujita T và cs [92] đã đánh giá kết quả PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng sử dụng dụng cụ bằng dao siêu âm. Tác giả kết luận không thể tránh khỏi tổn thương do nhiệt gây ra trong quá trình phẫu thuật. Năm 2015, Chen RF và cs. [93] người Trung Quốc đã có báo cáo PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 cho 994 BN ung thư dạ dày tiến triển. Tác giả so sánh PTNS cho 330 BN vét hạch D2 và 664 BN vét hạch D2 cộng với vét hạch thuộc nhóm 11, nhóm 12 (nhóm 11, 12 thuộc chặng N3) cho kết quả tốt và an toàn về mặt kỹ thuật. Chen QY và cs (2016) từ tháng 4 năm 2008 đến tháng 12 năm 2014 đã PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng 1096 BN ung thư dạ dày tiến triển. Tác giả vét hạch nhóm 14v (thuộc chặng N3) cho 151 BN ung thư dạ dày tiến triển, di căn hạch nhóm 14v chiếm tỷ lệ 17,2% [94]. Kidogami S và cs. (2015) phẫu thuật cắt TBDD vét hạch D2 và vét hạch nhóm 16a<sub>2</sub> cho 1 bệnh nhân UTDD tiến triển (giai đoạn CT<sub>4a</sub>, N0, M1). Bệnh nhân được điều trị hóa liệu trước mổ [95]. Năm 2016 Kim YW và cs [89] đã so sánh PTNS sử dụng Robot cho 87 BN và 228 BN ung thư 1/3 dưới DD phẫu thuật nội soi thông thường vét hạch xung quanh động mạch lách (nhóm 10,11 thuộc chặng N3). Tác giả kết luận PTNS sử dụng Robot có lợi hơn LADG trong việc vét hạch D2, đặc biệt là các hạch xung quanh động mạch lách (nhóm hạch mở rộng).

### *1.3.6.2. Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày tại Việt Nam*

Năm 2005, PTNS cắt dạ dày và nạo hạch điều trị UTDD được thực hiện đầu tiên tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Chợ Rẫy [96]. Do đặc điểm nước ta tỷ lệ chẩn đoán UTDD sớm còn thấp, phần lớn UTDD ở giai đoạn tiến triển, khối u lớn, tình trạng di căn hạch nhiều, các tác giả còn nghi ngại về khả năng nạo vét hạch của PTNS.

Năm 2007, Trịnh Hồng Sơn và cs. thông báo “Kết quả bước đầu cắt dạ dày với nội soi hỗ trợ trong điều trị tổn thương loét và ung thư dạ dày”, (*Y học thực hành số 8/2007*). Quá trình thực hiện 7 bước, tác giả phân tích thuận lợi

và khó khăn, trong 21 BN có 2 trường hợp tổn thương loét và 19 trường hợp ung thư được cắt dạ dày kết hợp nạo vét hạch D2. Thời gian phẫu thuật trung bình 205 phút, lâu nhất 1 trường hợp mổ 6 giờ do tổn thương thâm nhiễm vùng hang môn vị tá tràng và cuống gan, không gặp biến chứng sau mổ. Tác giả kết luận PTNS hỗ trợ bước đầu cho thấy BN đỡ đau, hồi phục nhanh, sẹo mổ nhỏ hơn mổ mở nhưng vẫn đảm bảo được nguyên tắc phẫu thuật ung thư [97].

Năm 2008, Triệu Triều Dương so sánh nhóm PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 và mổ mở, kết quả thời gian PTNS trung bình là 264,0 (phút) dài hơn so với mổ mở là 184,2 phút. Lượng máu mất ít hơn, BN hồi phục nhanh, giảm ngày nằm điều trị, kết quả vét hạch PTNS tương đương như phẫu thuật mổ mở, tai biến và biến chứng sau mổ không có sự khác biệt với  $p > 0,05$  [18].

Tại đại hội ngoại khoa toàn quốc lần thứ XIV có nhiều báo cáo về PTNS vét hạch điều trị UTDD. Phạm Đức Huân và cs. đã PTNS cắt DD vét hạch D2 cho 95 BN [98]. Đỗ Minh Hùng và cs. đã PTNS cắt DD vét hạch D2 cho 33 BN ung thư dạ dày [99]. Các nghiên cứu đều kết luận PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 là an toàn, đảm bảo nguyên tắc về mặt ung thư học, có thể thực hiện được ở các trung tâm y tế lớn.

Năm 2012, Đỗ Văn Tráng nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng PTNS điều trị UTDD vùng hang môn vị. Tác giả xây dựng quy trình kỹ thuật nạo vét hạch D2 bằng PTNS điều trị UTDD vùng hang môn vị gồm 10 bước. Kết quả nạo vét hạch D2 bằng PTNS có thể thực hiện an toàn, thời gian mổ trung bình là 211,1 phút, số lượng hạch nạo vét trung bình là 15,3 hạch/BN, bệnh nhân đỡ đau, hồi phục sớm, ngày nằm điều trị sau mổ trung bình là 7,0 ngày [23]. Trong nghiên cứu này, tác giả đã vét hạch D2 mở rộng cho 11 BN.

Năm 2013, Bộ Y tế ra Quyết định “Về việc ban hành hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu”, trong đó chỉ định cắt bán phần dạ dày cực dưới do ung thư và vét hạch hệ thống D2 bằng PTNS cho UTDD vùng hang môn vị, độ xâm lấn T1, T2 [100].

Năm 2016, Hồ Chí Thanh nghiên cứu 98 BN phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại bệnh viện Quân y 103, trong đó có 16 BN vét hạch D2 mở rộng. Tác giả xây dựng kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt DD vét hạch D2 gồm 6 bước. Nghiên cứu cho thấy thời gian mổ trung bình 186,1 phút, vét hạch trung bình là 21,9 hạch/BN, ngày nằm điều trị trung bình 7,1 ngày. Trong và sau mổ ít biến chứng. Thời gian sống thêm sau mổ trung bình 44,8 tháng [22].



## **Chương 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm các bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 12 năm 2013 đến tháng 04 năm 2018.

##### **2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân chẩn đoán là ung thư biểu mô dạ dày: được xác định trên mô bệnh học trước mổ qua nội soi dạ dày sinh thiết và sau mổ.
- Xâm lấn thành dạ dày mức T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub> (xác định mô bệnh học sau mổ) theo TNM của UICC 1997.
- Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày + vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng (các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi thành công).
- Vị trí ung thư: 1/3 dưới, 1/3 giữa, 1/3 trên dạ dày (không lựa chọn ung thư tâm phình vị dạ dày).
- Không phân biệt cách phục hồi lưu thông tiêu hóa.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

##### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi, gây mê.
- Xâm lấn T<sub>4</sub> được xác định giải phẫu bệnh sau mổ.
- Di căn xa được xác định trước mổ và trong mổ.
- Ung thư dạ dày tái phát hoặc ung thư khác kèm theo.
- Các bệnh mãn tính nặng chức năng không hồi phục: suy gan, suy tim, suy thận...

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu

#### \* Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc, không đối chứng.

#### \* Cỡ mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu được chọn theo nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

- n là số bệnh nhân cần cho nghiên cứu.

-  $Z_{(1-\alpha/2)}$  là hệ số tin cậy, với  $\alpha = 5\%$ , độ tin cậy đạt 95% thì  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

- p là tỷ lệ tai biến, biến chứng trong PTNS cắt dạ dày, theo Hồ Chí

Thanh [22] tỷ lệ này là 0,099.

- d là sai số tuyệt đối, trong nghiên cứu này là 0,07.

Thay số vào công thức ta có:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,099 (1-0,099)}{0,07^2} = 70$$

Số bệnh nhân tối thiểu cần có của nghiên cứu là 70 bệnh nhân.

Như vậy cỡ mẫu nghiên cứu phải từ 70 bệnh nhân trở lên.

### 2.2.2. Quy định nạo vét hạch $D_1, D_2$ mở rộng trong nghiên cứu

\* Quy định nạo vét hạch theo Kodama (1981) và Hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản (1995).

- Các nhóm hạch nào vét đánh số từ 1-16 theo các tác giả Nhật Bản [26].

- Nạo vét hạch được gọi là  $D_1, D_2, D_3, D_4$  tương ứng với vị trí ung thư và các nhóm hạch được lấy bỏ theo Kodama (1981) [52], và hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản (1995) [26] thể hiện ở bảng 2.1:

**Bảng 2.1: Vị trí u và các chặng hạch di căn**

	<b>N1</b>	<b>N2</b>	<b>N3</b>	<b>N4</b>
<b>Ung thư 1/3 dưới</b> (hang môn vị)	3,4,5,6	1,7,8,9	11,12,13 14,2,10	15,16
<b>Ung thư 1/3 giữa</b>	3,4,5,6,1	7,8,9,11 2,10	12,13,14	15,16
<b>Ung thư 1/3 trên</b> (tâm phình vị)	1,2,3,4	5,6,7,8,9 11,10	12,13,14	15,16
<b>Nạo vét</b>	D1	D2	D3	D4

**\* Vết hạch D2:**

- Vị trí U 1/3 dưới dạ dày: vết hạch D<sub>2</sub> gồm vết hạch chặng N<sub>1</sub> (3,4,5,6), chặng N<sub>2</sub> (1,7,8,9) [26],[52],[53].

- Vị trí U 1/3 giữa dạ dày: vết hạch D<sub>2</sub> gồm vết hạch chặng N<sub>1</sub>, (3,4,5,6,1), chặng N<sub>2</sub>: (7,8,9,11,2,10) [26],[52],[53].

- Vị trí U 1/3 trên dạ dày: vết hạch D<sub>2</sub> gồm vết hạch chặng N<sub>1</sub>: (1,2,3,4), chặng N<sub>2</sub>:(5,6,7,8,9,10,11)[26],[52],[53].

**\* Vết hạch D2 mở rộng:**

Vết hạch theo vị trí UTDD [26],[52].

- Vị trí u 1/3 dưới dạ dày: vết hạch D2 (N1,N2) và ít nhất một hạch thuộc chặng N3 (11,12,13,14,2,10), chặng N4 (15,16) [1],[22],[23].

- Vị trí u 1/3 giữa dạ dày: vết hạch D2 (N1,N2) và ít nhất một hạch thuộc chặng N3 (12,13,14), chặng N4 (15,16) [1].

- Vị trí u 1/3 trên dạ dày: vết hạch D2 (N1,N2) và ít nhất một hạch thuộc chặng N3 (12,13,14), chặng N4 (15,16) [1].

### **2.2.3. Quy trình phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng**

#### **2.2.3.1. Chỉ định phẫu thuật**

- Chỉ định cắt bán phần đầu dưới dạ dày: Được chỉ định cho các trường hợp ung thư 1/3 dưới dạ dày, hoặc U ở vị trí 1/3 giữa dạ dày, cách tâm vị lớn hơn 6 cm. Phía dưới cắt dưới môn vị 2 cm, phía trên cắt cách khối u ít nhất 5 cm. Vết hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng theo vị trí u. Không phân biệt phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa.

- Chỉ định cắt toàn bộ dạ dày: Được chỉ định cho ung thư 1/3 giữa dạ dày; khối u ở 1/3 trên dạ dày, cách tâm vị lớn hơn hoặc bằng 3 cm (tức là mép cắt trên ở thực quản cách khối u  $\geq 5$ cm). Cắt toàn bộ dạ dày: phía trên cắt thực quản đoạn bụng trên tâm vị 2 cm, phía dưới cắt dưới môn vị 2 cm. Vết hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng theo vị trí u. Phục hồi lưu thông tiêu hóa bằng phương pháp Roux-en-Y hoặc Omega.

#### **2.2.3.2. Chuẩn bị bệnh nhân:**

- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình người bệnh về tình trạng bệnh, kỹ thuật mổ (bao gồm kỹ thuật PTNS cắt dạ dày, vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng và các phương pháp chuyển đổi trong trường hợp không thực hiện được phẫu thuật nội soi), những tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ có thể xảy ra.

- Bệnh nhân tự nguyện và đồng ý phẫu thuật nội soi.
- Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm liên quan đến cuộc mổ.
- Hội chẩn thông qua mổ của Viện và tiểu ban ung thư.
- Bệnh nhân được hướng dẫn nhịn ăn trước mổ ít nhất 12 giờ, thụt tháo phân, vệ sinh vùng mổ.
- Bác sĩ gây mê khám bệnh nhân trước mổ.

#### **2.2.3.3. Chuẩn bị dụng cụ và phương tiện phẫu thuật**

- Bàn máy phẫu thuật nội soi Stryker và Karl – Storz Scope.

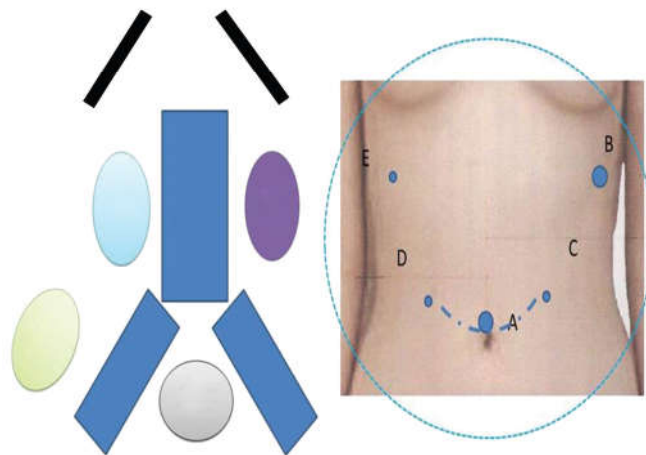
- Optic nội soi thẳng, góc nghiêng 0 – 30 độ
- 5 trocar: 2 trocar 10 mm hoặc 12mm, 3 trocar 5 mm.
- Dao đốt điện đơn cực và lưỡng cực.
- Dao cắt đốt siêu âm Harmonic Scalpel, hoặc ligasure.
- Máy cắt nối Endo – Stapler, echelon cắt D<sub>1</sub> tá tràng nội soi
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Đầu ghi DVD, máy tính ghi lại toàn bộ cuộc mổ.
- Phòng mổ vô khuẩn và hệ thống máy gây mê nội khí quản.
- Bàn mổ đa năng, cho phép thay đổi tư thế trong mổ.

#### 2.2.3.4. Phương pháp vô cảm, tư thế bệnh nhân và vị trí kẹp phẫu thuật

\* Phương pháp vô cảm: Gây mê nội khí quản.

\* Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng khoảng 45<sup>0</sup>, hai tay dang ra hai bên. Tùy từng thì phẫu thuật, tư thế bệnh nhân có thể thay đổi nghiêng phải, nghiêng trái, đầu cao hoặc đầu thấp.



**Hình 2.1: Tư thế bệnh nhân, vị trí kẹp phẫu thuật và vị trí trocar**

Nguồn: theo Wang D.G và cs. (2013), [101]

\* Vị trí kẹp phẫu thuật

- Phẫu thuật viên đứng giữa hai chân bệnh nhân, phụ camera đứng bên phải bệnh nhân, phụ dụng cụ đứng bên trái bệnh nhân [22], [23], [101].

- Hoặc tùy từng thì phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân, phụ đứng bên trái bệnh nhân, phụ camera đứng giữa hai chân bệnh nhân [12].

*2.2.3.5. Các bước kỹ thuật PTNS cắt dạ dày, vét hạch D<sub>2</sub> mở rộng*

Tùy theo vị trí tổn thương, bệnh nhân được cắt bán phần hoặc toàn bộ dạ dày, vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng.

**❖ Bước 1: Đặt trocar, bơm CO<sub>2</sub>, đánh giá tổn thương [22],[23],[65]**

Sử dụng 5 trocar, đầu tiên đặt trocar 10mm ngay giữa rốn hoặc dưới rốn. Bơm CO<sub>2</sub>, áp suất ≤ 14mmHg, đưa camera vào ổ bụng quan sát và đánh giá tổn thương; Nếu độ xâm lấn dạ dày ở mức T4, di căn xa ở gan, mạc nối lớn, tụy, đại tràng ngang, di căn phúc mạc,...thì loại khỏi đối tượng nghiên cứu. Nếu khối u ở mặt sau dạ dày thì đặt thêm các trocar, mở hậu cung mạc nối để đánh giá tổn thương ở mặt sau dạ dày.

- Trocar số 2: Trocar 10mm hoặc 12mm dùng cho thao tác của phẫu thuật viên, vị trí trocar đặt ở ngang rốn và đường giữa đòn trái.

- Trocar số 3: Trocar 5mm dùng cho phẫu thuật viên, vị trí trocar ngang rốn trên đường giữa đòn phải.

- Trocar số 4: 5mm đặt ở vị trí đường nách trước bên phải với dưới bờ sườn 2cm.

- Trocar số 5: 5mm đặt ở vị trí đường nách trước bên trái với dưới bờ sườn 2cm.

\* Đánh giá tổn thương dạ dày gồm:

- Xác định vị trí khối u, kích thước u

- Đánh giá độ xâm lấn thành dạ dày: xâm lấn T1, T2 khối u chưa làm thay đổi lớp thanh mạc dạ dày, thành dạ dày gồ lên, mất đi sự mềm mại. Xâm lấn T3: Khối u làm biến dạng tại vị trí u bề ngoài của thành dạ dày, làm mất sự hồng bóng của lớp thanh mạc.

- Đánh giá tình trạng di căn hạch dạ dày.

- Sau khi đánh giá xong, xác định khả năng cắt bán phần dạ dày hay toàn bộ dạ dày, khả năng vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng.

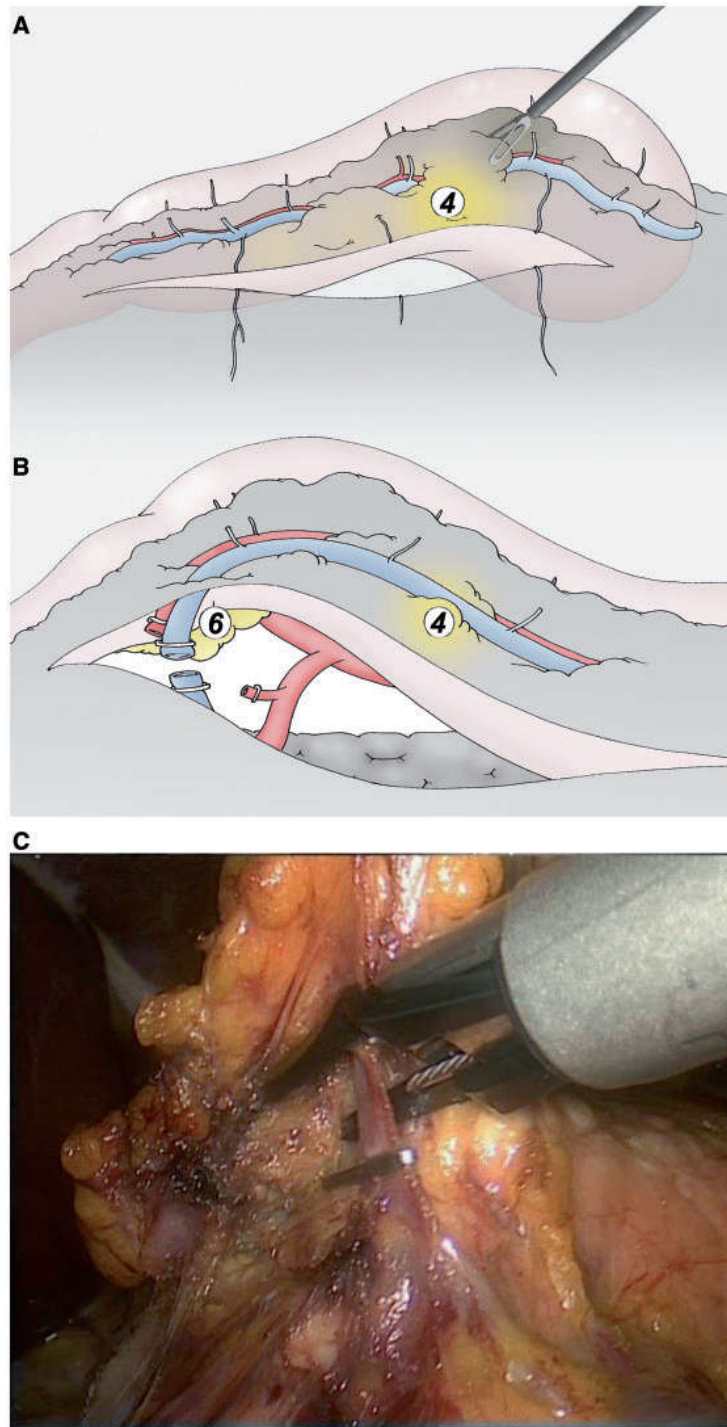
❖ **Bước 2: Cắt mạc nối lớn, vét các hạch nhóm 4,6,14, cắt động mạch vị mạc nối trái, động mạch vị mạc nối phải [22],[23],[11],[13],[65].**

Cắt toàn bộ mạc nối lớn dọc theo đại tràng ngang, đi từ giữa đại tràng ngang sang trái đến gần cuống lách. Phụ mổ dùng dụng cụ nâng mạc nối lớn lên, phẫu thuật viên dùng dao siêu âm cắt mạc treo đại tràng sát đại tràng, kẹp và cắt động mạch vị mạc nối trái bằng Hemolock.

Sau đó giải phóng mạc treo đại tràng ngang sang phải, người phụ nâng dạ dày lên, phẫu thuật viên dùng dao siêu âm cắt toàn bộ mạc nối lớn cách đại tràng ngang 0,5 – 1cm, cắt lá trước của mạc treo đại tràng ngang, vét hạch nhóm 14, nhóm 6, cắt động mạch vị mạc nối phải bằng Hemolock sát gốc. Cắt tĩnh mạch vị mạc nối phải ngay trước thân Henle.

Nếu cắt toàn bộ dạ dày thì tiếp tục cắt các động mạch vị ngấn đi vào dạ dày.

Nhóm 4 được lấy đi cùng dạ dày.



**Hình 2.2. Cắt mạc nối lớn, vết hạch nhóm 4,6, 14, cắt động mạch vị  
mạc nối phải**

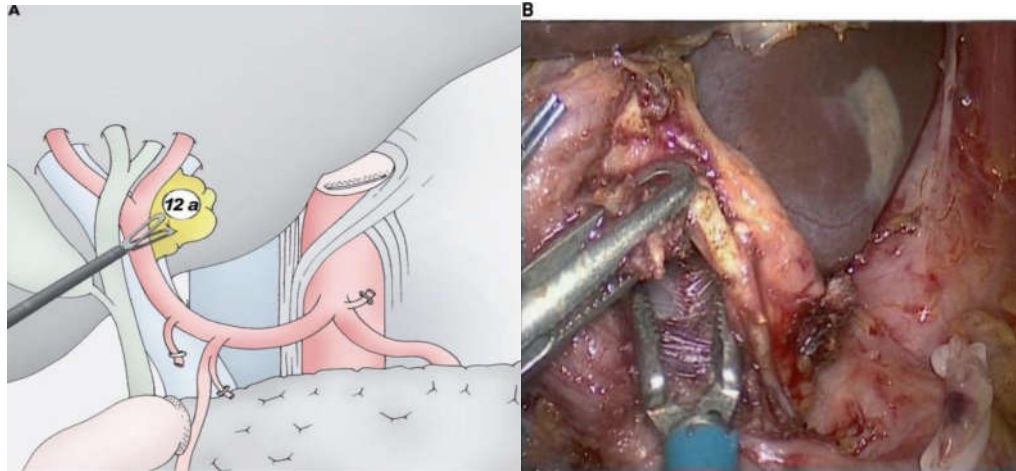
*Nguồn: theo J.S. Azagra và cs. (2013) [65]*



❖ **Bước 3: Vết hạch vùng cuống gan và hạch nhóm 13 [12],[13],[65]**

- Phẫu thuật viên dùng dao siêu âm phẫu tích vết hạch nhóm 5, 12.

- Vết hạch mở rộng: làm di động tá tràng, vết hạch nhóm 12 sau tĩnh mạch cửa, vết hạch nhóm 13.



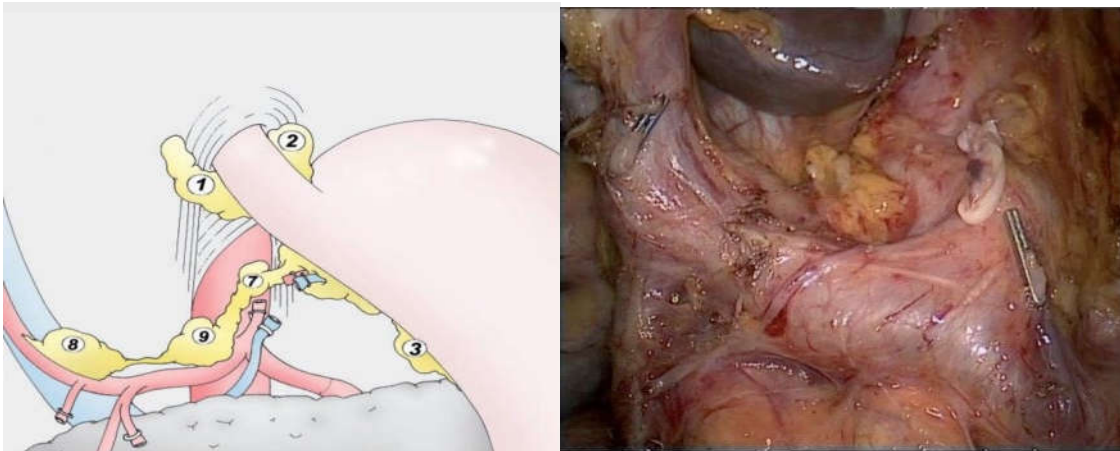
**Hình 2.3. Vết hạch nhóm 5,12**

*Nguồn: theo J.S. Azagra và cs. (2013) [65]*

❖ **Bước 4:Giải phóng mạc nối nhỏ, vết hạch nhóm 8,7,9,11,10,16 cắt động mạch, tĩnh mạch vị trái [11],[14],[65],[67]**

Giải phóng mạc nối nhỏ, vết hạch nhóm 8, phẫu tích vết hạch nhóm 7,9,11, có thể vết từ mặt trước dạ dày hoặc mặt sau dạ dày. Cắt tĩnh mạch vị trái, động mạch vị trái bằng clip hoặc Hemolock, sau đó tiếp tục vết hạch nhóm 10 (với khối u ở 1/3 trên, 1/3 giữa dạ dày và vết hạch mở rộng đối với khối u 1/3 dưới dạ dày).

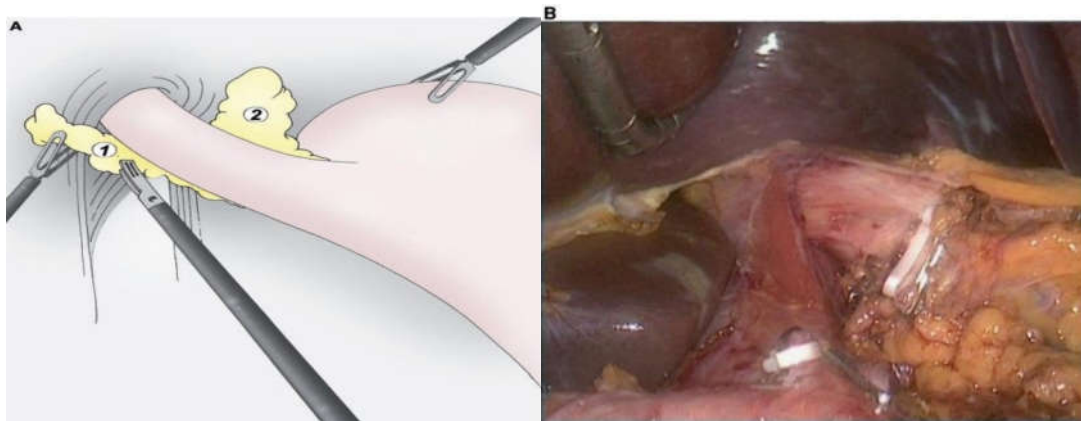
- Vết hạch mở rộng: vết nhóm 16.



**Hình 2.4: Vết hạch nhóm 8,7,9.**

*Nguồn: theo J.S. Azagra và cs. (2013) [65]*

- ❖ **Bước 5: Vết hạch nhóm 1 và 2 (Vết hạch nhóm 2 đối với khối u ở 1/3 trên, 1/3 giữa dạ dày). Nhóm 3 được lấy theo cùng dạ dày [14],[65],[67].**



**Hình 2.5. Vết hạch nhóm 1,2**

*Nguồn: theo J.S. Azagra và cs. (2013) [65]*

- ❖ **Bước 6: Cắt và đóng tá tràng [14],[22],[23],[65].**

- Người phụ nâng tá tràng lên, phẫu thuật viên đưa stapler qua Trocar số 2, kẹp ngang tá tràng, dưới môn vị 2cm, kẹp và cắt đóng tá tràng.

- Hoặc mở thành bụng đường trắng giữa trên rốn 5cm, cắt tá tràng bằng dao điện (không dùng stapler).

❖ **Bước 7: Cắt dạ dày, phục hồi lưu thông tiêu hoá [14],[22],[23],[65],[67].**

- Rạch da đường trắng giữa 5cm, dùng túi nilon vô trùng để che vết mổ, kéo dạ dày ra ngoài.

- Cắt bán phần dạ dày phục hồi lưu thông tiêu hoá kiểu Péan, Polya, hoặc Finterer, hoặc Roux-en-y.

- Hoặc cắt toàn bộ dạ dày, phục hồi lưu thông tiêu hoá kiểu Roux-en-Y, hoặc Omega.

Nhóm 3, 4 được lấy theo cùng dạ dày.



**Hình 2.6: Cắt toàn bộ dạ dày, phục hồi lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Roux-en-Y.**

*Nguồn: theo J.S. Azagra và cs. (2013) [65]*

❖ **Bước 8: Đặt dẫn lưu, kiểm tra và đóng thành bụng.**

#### 2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

##### 2.2.4.1. Ứng dụng PTNS cắt dạ dày, nạo vét hạch D2, D2 mở rộng.

**\* Các chỉ tiêu liên quan đến nghiên cứu chỉ định PTNS cắt dạ dày, nạo vét hạch D2, D2 mở rộng**

▪ **Một số đặc điểm lâm sàng**

- Tuổi: Chia thành các nhóm:

≤ 40 tuổi

> 40 – 50 tuổi

> 50 – 60 tuổi

> 60 – 70 tuổi

>70 tuổi

- Giới tính: Nam/ nữ

- Bệnh nội khoa kết hợp: viêm loét dạ dày, đái tháo đường, tăng huyết áp, xuất huyết tiêu hóa.

- Phân loại chỉ số khối cơ thể theo BMI (Body Mass Index) được tính theo công thức:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Cân nặng (Kg)}}{[\text{Chiều cao (m)}]^2}$$

+ BMI < 18,5: Thiếu cân

+ BMI = 18,5 – 24,9: Trung bình

+ BMI = 25,0 – 29,9: Thừa cân

+ BMI ≥ 30: Béo phì

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Cơ năng: đau bụng, ăn kém, sút cân, nôn, nuốt nghẹn, tự sờ thấy u, sốt.

+ Thực thể: Hội chứng thiếu máu, hội chứng hẹp môn vị, sờ thấy u, xuất huyết tiêu hóa, hạch trên đòn, hội chứng tắc mật, vàng da, phù chi.

▪ **Các chỉ tiêu cận lâm sàng**

- Xét nghiệm máu trước mổ:

+ Số lượng hồng cầu:

Bình thường: 3,8 – 5,0 T/L

Giảm: < 3,8 T/L

+ Hemoglobin (g/l)

Bình thường: Nữ (120 – 150 g/l); Nam (130 – 170 g/l)

Giảm: Nữ (< 120 g/l); Nam (<130 g/l)

Chuẩn đoán thiếu máu theo WHO (2001) khi huyết sắc tố dưới 130g/l ở nam và dưới 120g/l ở nữ.

- Kết quả soi dạ dày trước mổ:

+ Vị trí u: Bờ cong nhỏ, bờ cong lớn, thân vị, hang môn vị (môn vị, tiền môn vị, hang vị).

+ Sinh thiết làm giải phẫu bệnh lý.

- Siêu âm ổ bụng trước mổ xác định:

+ Xác định vị trí u, tình trạng xâm lấn.

+ Xác định tình trạng dịch ổ bụng, hạch ổ bụng.

+ Tình trạng gan, lách, tụy, buồng trứng.

- Chụp cắt lớp vi tính trước mổ:

+ Xác định vị trí u, tình trạng xâm lấn.

+ Xác định tình trạng dịch ổ bụng, hạch ổ bụng.

+ Tình trạng gan, lách, tụy, buồng trứng.

▪ **Đặc điểm giải phẫu bệnh và giai đoạn bệnh sau mổ**

Các bệnh phẩm bao gồm hạch (được đánh số, phân theo nhóm), khối u, diện cắt trên, diện cắt dưới được gửi làm giải phẫu bệnh sau mổ. Lấy kết quả giải phẫu bệnh sau mổ làm tiêu chuẩn để đánh giá phân loại giai đoạn bệnh sau mổ.

➤ **Hình ảnh đại thể**

- Vị trí u: Bờ cong nhỏ, bờ cong lớn, thân vị, hang môn vị (môn vị, tiền môn vị, hang vị). Vị trí u: 1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới (theo JGCA 1995,1998,2011).

- Kích thước u theo GPB sau mổ: Lấy giá trị là đường kính lớn nhất của u. Chia thành các nhóm: < 1 cm, từ 1 đến < 3 cm, từ 3 đến < 5 cm,  $\geq$  5 cm.

- Dạng tổn thương: Theo Hiệp hội nội soi tiêu hóa Nhật Bản (1962), bổ sung và chỉnh lý năm 1995, chia ra thành 5 thể: loét, loét sùi, loét thâm nhiễm, sùi, thâm nhiễm.

➤ **Hình ảnh vi thể**

- Độ xâm lấn của u, chặng hạch di căn, giai đoạn bệnh theo hệ thống TNM của UICC năm 1997 [43], [44] như sau:

T: Khối u

- T<sub>1</sub>: U khu trú ở lớp niêm mạc hoặc hạ niêm mạc.
- T<sub>2</sub>: U xâm lấn lớp cơ hoặc dưới thanh mạc.
- T<sub>3</sub>: U xâm lấn tới lớp thanh mạc.
- T<sub>4</sub>: U xâm lấn qua thanh mạc, xâm lấn vào tổ chức lân cận.

N: Hạch vùng

- N<sub>0</sub>: Không di căn hạch vùng.
- N<sub>1</sub>: Di căn 1 đến 6 hạch vùng.
- N<sub>2</sub>: Di căn 7 đến 15 hạch vùng.
- N<sub>3</sub>: Di căn trên 15 hạch vùng.

- Tương quan giữa độ xâm lấn và kích thước u

- Phân loại type mô bệnh ung thư biểu mô dạ dày học theo WHO 1977 [40] gồm 5 loại:

+ Ung thư biểu mô tuyến:

- UTBM tuyến nhú.
- UTBM tuyến ống.

- UTBM tuyến nhầy.
- UTBM kém biệt hóa.
- UTBM tế bào nhẵn.

- + Ung thư biểu mô không biệt hóa
- + Ung thư biểu mô tuyến vảy
- + Ung thư biểu mô tế bào vảy
- + Ung thư biểu mô không xếp loại
- Giải phẫu bệnh diện cắt trên và dưới.

➤ **Đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ theo UICC năm 1997 [43],[44].**

- + Giai đoạn Ia:  $T_1 N_0 M_0$
- + Giai đoạn Ib:  $T_1 N_1 M_0$   
 $T_2 N_0 M_0$
- + Giai đoạn II:  $T_1 N_2 M_0$   
 $T_2 N_1 M_0$   
 $T_3 N_0 M_0$
- + Giai đoạn IIIa:  $T_2 N_2 M_0$   
 $T_3 N_1 M_0$   
 $T_4 N_0 M_0$
- + Giai đoạn IIIb:  $T_3 N_2 M_0$   
 $T_4 N_1 M_0$
- + Giai đoạn IV:  $T_4 N_2 M_0$ ,  
 $T_{\text{bất kỳ}} N_{\text{bất kỳ}} M_1$ .

**\* Một số đặc điểm kỹ thuật**

- Tư thế bệnh nhân.
- Vị trí PTV.
- Số trocar sử dụng trong mổ: 5 trocar hoặc 6 trocar.
- Đánh giá tổn thương: mặt trước dạ dày, mặt sau dạ dày.
- Số BN vét hạch D2.

- Số BN vết hạch D2 mở rộng.
- Đặc điểm vết hạch nhóm 7,9, 11.
- Đặc điểm vết hạch nhóm 10.
- Đặc điểm vết hạch nhóm 12,13.
- Cắt tá tràng:
  - + Cắt tá tràng bằng stapler.
  - + Cắt tá tràng bằng dao điện
- Phương pháp cắt dạ dày:
  - + Cắt bán phần đầu dưới dạ dày: Là cắt 3/4 hoặc 4/5 dạ dày.
  - + Cắt toàn bộ dạ dày: Là cắt trên tâm vị 2 cm và cắt tá tràng dưới môn vị 2 cm.
- Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa:
  - + Phương pháp Péan.
  - + Phương pháp Finsterer.
  - + Phương pháp Omega.
  - + Phương pháp Roux-en-y.

#### 2.2.4.2. Kết quả PTNS cắt dạ dày, vết hạch D2, D2 mở rộng

##### \* Trong mổ

- Thời gian phẫu thuật: Là thời gian tính từ khi bắt đầu rạch da cho đến lúc kết thúc mũi chỉ cuối cùng mà không tính thời gian vô cảm.
  - + Thời gian phẫu thuật theo phương pháp phẫu thuật (cắt bán phần hay toàn bộ dạ dày).
  - + Thời gian phẫu thuật theo chỉ số BMI
  - + Thời gian phẫu thuật theo độ xâm lấn của khối u.
- Tai biến trong mổ:
  - + Rách mạc treo đại tràng ngang
  - + Thủng đại tràng góc gan



- + Rách nhu mô tụy
- + Rách bao lách.
- + Tổn thương ống mật chủ
- + Tổn thương tĩnh mạch gánh
- + Tổn thương mạch máu lớn

**\* Kết quả nạo vét hạch.**

Vét hạch xung quanh dạ dày, đánh số hạch theo nhóm, ghi số lượng, kích thước hạch.

- Số lượng hạch vét được theo phương pháp phẫu thuật.
- Đặc điểm di căn hạch theo nhóm hạch từ 1 – 16: Số hạch vét được, số hạch di căn, tỷ lệ % hạch di căn/ hạch vét được theo từng nhóm hạch.
- Đặc điểm di căn hạch theo nhóm ở BN ung thư 1/3 dưới dạ dày: số hạch vét được, số hạch di căn, tỷ lệ % số HDC/HVĐ.
- Đặc điểm di căn hạch theo nhóm ở BN ung thư 1/3 giữa và 1/3 trên dạ dày: số hạch vét được, số hạch di căn, tỷ lệ % số HDC/HVĐ.
- Đặc điểm di căn hạch mở rộng chặng N3, N4 ở 1/3 dưới dạ dày.
- Đặc điểm di căn hạch mở rộng chặng N3, N4 ở 1/3 giữa, 1/3 trên dạ dày.
- Đặc điểm di căn hạch mở rộng N3, N4 và độ xâm lấn (theo UICC 1997).
- Phân bố hạch nạo vét và hạch di căn theo chặng.
- Đặc điểm di căn hạch nhảy cóc.
- Đặc điểm di căn hạch theo vùng (Theo UICC 1997): N<sub>0</sub> (Không di căn hạch), N<sub>1</sub> (Di căn 1 - 6 hạch), N<sub>2</sub> (Di căn 7 - 15 hạch), N<sub>3</sub> (Di căn trên 15 hạch).
- Đặc điểm bệnh nhân di căn hạch theo phương pháp phẫu thuật: Số lượng hạch di căn, số lượng hạch di căn trung bình, tỷ lệ % HDC/HVĐ.
- Liên quan giữa di căn hạch vùng với mức độ xâm lấn (theo UICC 1997):
  - + T<sub>1</sub>: U khu trú ở lớp niêm mạc hoặc hạ niêm mạc.
  - + T<sub>2</sub>: U xâm lấn lớp cơ hoặc dưới thanh mạc.

- + T<sub>3</sub>: U xâm lấn tới lớp thanh mạc.
- + T<sub>4</sub>: U xâm lấn qua thanh mạc, xâm lấn vào tổ chức lân cận.
- Liên quan giữa số lượng hạch di căn với độ xâm lấn.
- Liên quan giữa di căn hạch với kích thước u
- Liên quan giữa di căn hạch và vị trí u

### **\*Kết quả sớm**

- Ý thức BN 6-12-24 giờ sau mổ:
  - + Tỉnh, tự thờ
  - + Mê, phải thở máy
- Mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale):
  - + 0 đến 2 điểm: không đau.
  - + 3 đến 4 điểm: đau ít.
  - + 5 đến 6 điểm: đau vừa
  - + 7 đến 8 điểm: đau nhiều
  - + 9 đến 10 điểm: rất đau

Đánh giá mức độ đau của bệnh nhân tại thời điểm 24 giờ sau mổ. Trước khi đo, bệnh nhân phải được nghỉ ngơi. Sau đó, giải thích và mô tả cho bệnh nhân hiểu rõ phương pháp đánh giá cảm giác đau để bệnh nhân tự chỉ ra mức độ đau của mình.

- Thời gian vận động sớm sau mổ (ngày): Được tính từ khi kết thúc cuộc mổ đến khi bệnh nhân tự ngồi dậy được.

- Thời gian trung tiện sau mổ (giờ): Được tính từ khi kết thúc cuộc mổ cho tới khi bệnh nhân có trung tiện trở lại.

- Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng (ngày): Tính từ khi kết thúc mổ đến khi bệnh nhân được rút ống dẫn ổ bụng cuối cùng.

- Biến chứng sớm:
  - + Nhiễm khuẩn vết mổ
  - + Xuất huyết tiêu hóa.
  - + Chảy máu sau mổ.

- + Áp xe dư
- + Rò mủm tá tràng
- + Rò miệng nối.
- + Viêm phúc mạc.
- + Viêm phổi
- + Tắc ruột sớm.

- Thời gian nằm viện sau mổ (ngày): Được tính từ lúc bệnh nhân ra khỏi phòng mổ tới khi bệnh nhân xuất viện hoặc xin về.

- Tử vong sau mổ: Được tính trong vòng 30 ngày kể từ ngày phẫu thuật.

### **\*Kết quả xa**

Để đánh giá kết quả xa của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng, trong nghiên cứu, chúng tôi lập kế hoạch theo dõi, tái khám BN định kỳ 3 tháng 1 lần trong năm đầu, 6 tháng 1 lần trong năm thứ 2.

Theo dõi bệnh nhân qua thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng (siêu âm, nội soi dạ dày, chụp cắt lớp vi tính) trực tiếp tại bệnh viện theo lịch hẹn.

Đối với những bệnh nhân không có điều kiện tái khám thì chúng tôi gọi điện thoại (phỏng vấn theo bộ câu hỏi ở phiếu theo dõi được thiết kế sẵn) hoặc liên hệ theo địa chỉ đã ghi lại để thu thập thông tin, yêu cầu bệnh nhân gửi kết quả khám lâm sàng, cận lâm sàng (nếu có làm tại cơ sở y tế địa phương) qua email.

Theo dõi số BN còn sống, số BN đã chết, số BN mất tin. Chúng tôi ghi nhận thông tin theo các chỉ tiêu nghiên cứu.

- Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Spitzer tại hai thời điểm sau mổ 6 tháng và 12 tháng.

Đánh giá chất lượng cuộc sống của BN sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư nói chung đến nay chưa có sự thống nhất. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu đều cho rằng, chất lượng cuộc sống của các BN sau phẫu thuật UTDD thể hiện trên khả năng cải thiện triệu chứng, hoạt động sinh hoạt hàng

ngày, tình trạng sức khỏe và khả năng hòa nhập vào cuộc sống sau mổ. Cho đến nay có nhiều thang điểm được đưa ra với nhiều cách đánh giá khác nhau về chất lượng cuộc sống, trong đó thang điểm Spitzer được áp dụng rộng rãi do tính đơn giản nhưng hiệu quả. Thang điểm này dựa trên 5 tiêu chí: Hoạt động sinh hoạt hàng ngày, sức khỏe, sự giúp đỡ và đánh giá của bản thân. Chỉ số Spitzer tính theo thang điểm từ 0 – 10. Chỉ số càng cao thì chất lượng sống càng được cải thiện. Cách đánh giá điểm Spitzer theo bảng:

**Bảng 2.2. Đánh giá chất lượng cuộc sống theo Spitzer[102]**

STT	Cách đánh giá	Điểm
1	<i>Hoạt động</i>	
	- Làm việc với thời gian bình thường hoặc gần bình thường.	2
	- Đòi hỏi sự giúp đỡ nhiều hoặc giảm giờ làm việc.	1
	- Không làm việc được.	0
2	<i>Sinh hoạt hàng ngày</i>	
	- Tự hoạt động sinh hoạt hàng ngày kể cả di chuyển.	2
	- Đòi hỏi có sự giúp đỡ đối với sinh hoạt hàng ngày.	1
	- Không tự chăm sóc bản thân ngay cả việc nhẹ.	0
3	<i>Sức khỏe</i>	
	- Cảm thấy khỏe trong phần lớn thời gian trong ngày	2
	- Cảm thấy suy nhược	1
	- Cảm thấy rất yếu	0
4	<i>Sự giúp đỡ</i>	
	- Có mối quan tâm và sự giúp đỡ của người khác	2
	- Giúp đỡ hạn chế do điều kiện bệnh nhân	1
	- Giúp đỡ khi cần thiết	0
5	<i>Đánh giá bản thân</i>	
	- Dễ chịu, cảm thấy lạc quan, tích cực	2
	- Có những giai đoạn lo âu hoặc trầm cảm	1
	- Lo âu và trầm cảm thường xuyên	0

- Theo dõi thời gian sống thêm sau mổ của bệnh nhân:

+ Nếu bệnh nhân còn sống: thời gian sống thêm được tính từ ngày phẫu thuật đến ngày nhận được thư hay thông tin.

+ Nếu bệnh nhân chết: thời gian sống thêm được tính từ ngày phẫu thuật đến ngày chết.

+ Có 2 phương pháp tính thời gian sống thêm sau mổ:

*Phương pháp trực tiếp:* Là phương pháp đánh giá thời gian sống thêm tại thời điểm chọn trước (Sau các mốc 6-12 tháng, >12 – 18 tháng, >18 – 24 tháng, >24 – 30 tháng, >30 – 36 tháng, >36 – 42 tháng, > 42 tháng).

*Thời gian sống thêm được tính theo thuật toán Kaplan-Meier:*

+ Thời gian sống thêm trung bình chung cho toàn bộ nhóm nghiên cứu.

+ Thời gian sống thêm trung bình theo giai đoạn bệnh.

+ Thời gian sống thêm trung bình theo di căn hạch vùng.

+ Thời gian sống thêm trung bình theo độ xâm lấn.

### **2.2.5. Xử lý số liệu**

- Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

- Sử dụng các thuật toán:

+ Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn ( $\bar{X} \pm SD$ ). So sánh kết quả giữa các biến liên tục bằng test t-student.

+ Các biến định tính thứ tự và rời rạc trình bày dưới dạng tỷ lệ %. So sánh kết quả các biến định tính bằng kiểm định khi bình phương ( $\chi^2$ ).

+ Sự khác biệt giữa các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

+ Thời gian sống được tính theo phương pháp Kaplan-Meier, kiểm định sự khác biệt giữa các yếu tố bằng Test Log Rank.

+ Vẽ biểu đồ thời gian sống thêm theo Kaplan – Meier theo các yếu tố đã nêu trong nghiên cứu.

- Loại trừ các sai số do chủ quan: hai người thu thập thông tin một cách độc lập, nhập số liệu độc lập. Sau đó đối chiếu lại thông tin.

#### **2.2.6. Đạo đức nghiên cứu của đề tài**

- Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng chấm đề cương – Trường Đại học Y Hà Nội thông qua nhằm đảm bảo tính khoa học và khả thi.

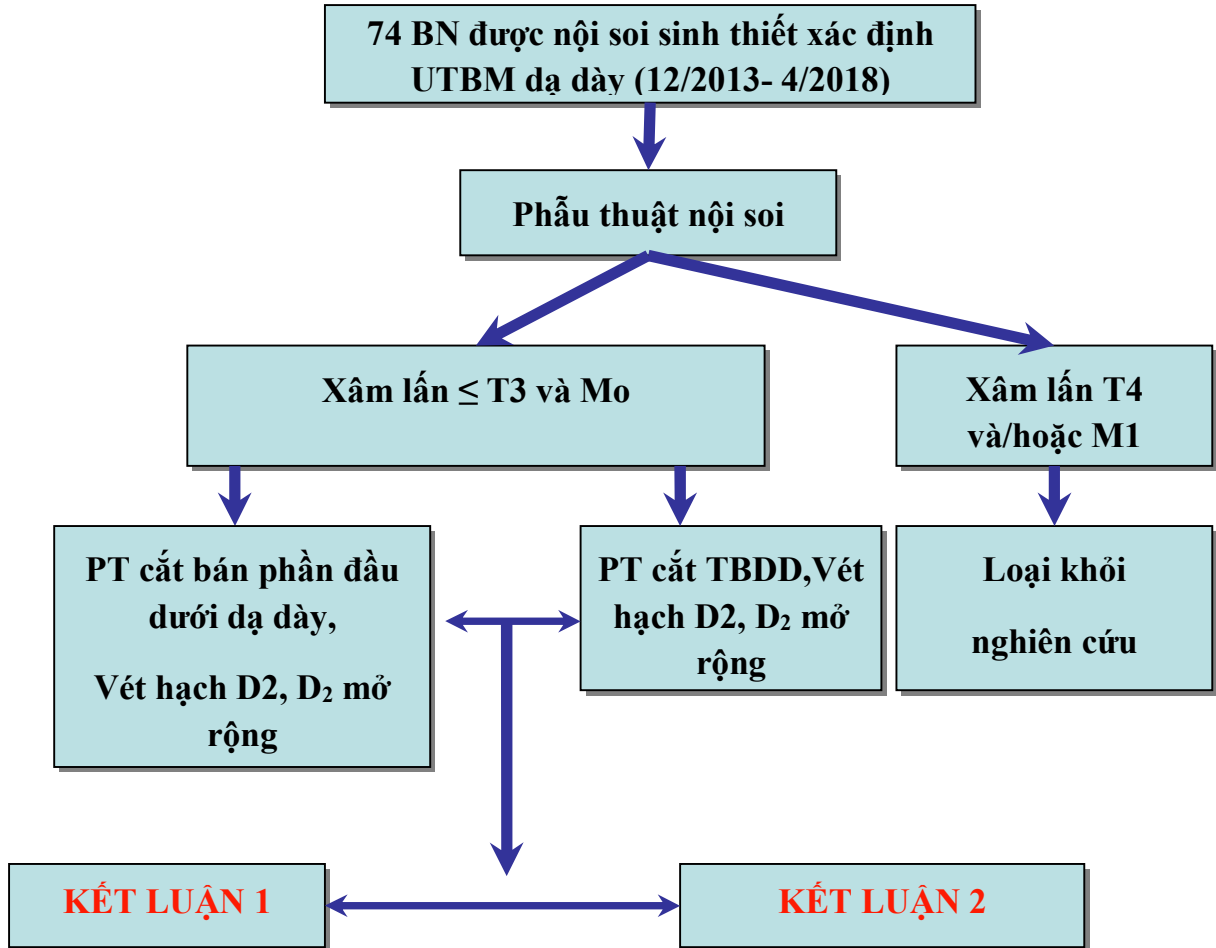
- Những bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được giải thích kỹ về phương pháp điều trị và tự nguyện tham gia trong nghiên cứu.

- Những bệnh nhân không tự nguyện tham gia, không bị phân biệt đối xử trong điều trị.

- Số liệu thu thập có tính khách quan, trung thực.

- Thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

## SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 74 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày, được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng tại bệnh viện trung ương Quân đội 108 (30 bệnh nhân) và bệnh viện Quân y 103 (44 bệnh nhân) trong thời gian từ tháng 12/2013 đến tháng 4/2018, chúng tôi thu được các kết quả sau:

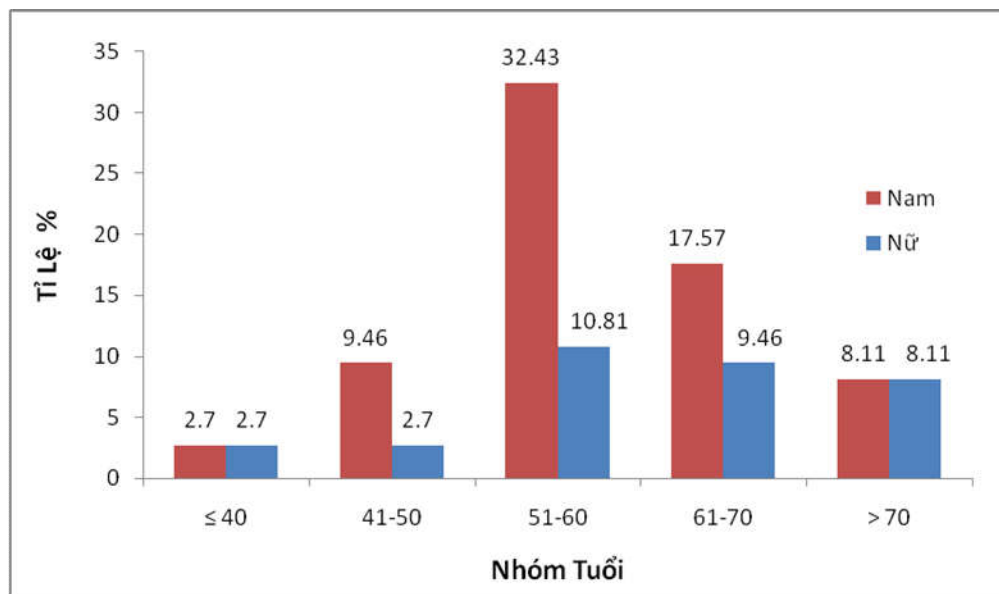
### 3.1. Ứng dụng PTNS cắt dạ dày, nạo vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng

#### 3.1.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh liên quan đến nghiên cứu chỉ định

##### 3.1.1.1. Đặc điểm lâm sàng

##### \* Tuổi:

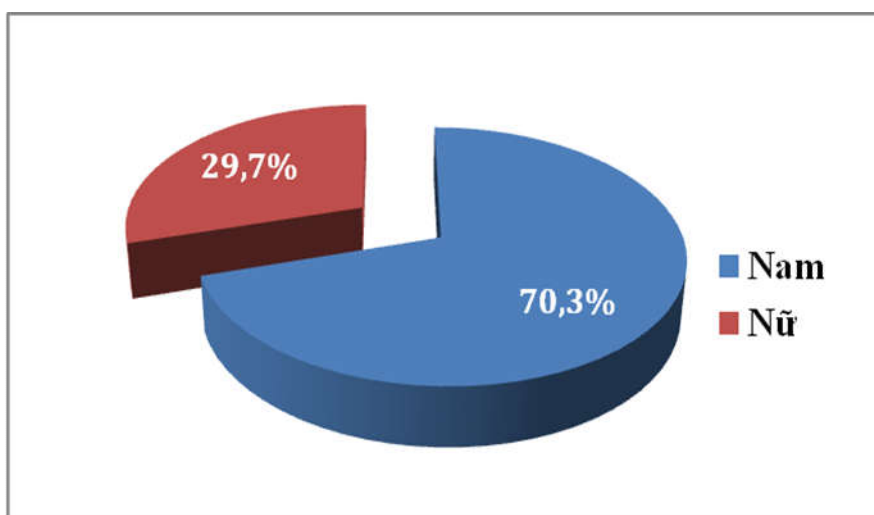
Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là  $58,4 \pm 10,38$  tuổi, thấp nhất là 35 và cao nhất là 82 tuổi, trong đó tuổi trung bình của nam là  $58,9 \pm 9,9$  tuổi, của nữ là  $58,1 \pm 11,7$  tuổi, không có sự khác biệt về tuổi của nhóm bệnh nhân nam và nữ ( $p=0,7$ ).



**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi**

**Nhận xét:** Nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 51 đến 60 tuổi, chiếm 43,24%.



\* **Giới tính****Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới**

**Nhận xét:** Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 70,3%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,36.

\* **Bệnh nội khoa kết hợp****Bảng 3.1. Bệnh nội khoa kết hợp**

Bệnh nội khoa kết hợp	Số bệnh nhân (n = 74)	Tỷ lệ %
Viêm loét dạ dày	11	14,86
Đái tháo đường	4	5,41
Tăng huyết áp	4	5,41
<b>Tổng</b>	<b>19</b>	<b>25,68</b>

**Nhận xét:** Có 19 bệnh nhân có bệnh nội khoa kết hợp, chiếm 25,68%. Trong đó viêm loét dạ dày 11 BN chiếm tỷ lệ cao nhất 14,86%.

**\* Phân loại chỉ số khối cơ thể theo BMI**

**Bảng 3.2. Phân loại chỉ số khối cơ thể theo BMI**

Chỉ số BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Số bệnh nhân (n = 74)	Tỉ lệ %
Thiếu cân (< 18,5)	5	6,76
Trung bình (18,5 – 24,9)	65	87,83
Thừa cân (25,0 – 29,9)	4	5,41
<b>BMI trung bình 21,15 ± 2,31 kg/m<sup>2</sup></b>		

**Nhận xét:** Chỉ số BMI trung bình của BN là 21,15 ± 2,31 kg/m<sup>2</sup>. Bệnh nhân có chỉ số BMI trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 87,83%, BN thiếu cân 6,76%, bệnh nhân thừa cân 5,41% và không có bệnh nhân béo phì (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>).

**\* Triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng**

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (n=74)	Tỉ lệ %
Đau bụng	74	100
Ăn kém	63	85,14
Sút cân	51	68,92
Hẹp môn vị	5	6,76
Hội chứng thiếu máu	4	5,41
Sờ thấy u	0	0
Xuất huyết tiêu hóa	1	1,35

**Nhận xét:** Đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. Các triệu chứng hẹp môn vị (6,76%), hội chứng thiếu máu (5,1%), xuất huyết tiêu hóa chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,35%.

## 3.1.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

**\* Xét nghiệm máu****Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm máu**

Xét nghiệm	Trung bình ( $\bar{X} \pm SD$ )	Bình thường (n=74)		Giảm (n=74)	
		BN	%	BN	%
Hồng cầu(T/l)	4,6±0,61	69	93,24	5	6,76
Hemoglobin(g/l)	130,2±21,47	46	62,16	28	37,84

**Nhận xét:**

+ Chỉ số Hemoglobin trung bình của nhóm nghiên cứu là 130,2±21,47 g/l

+ Có 28 bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu trên xét nghiệm, chiếm 37,84%.

**\* Soi dạ dày**

100% bệnh nhân trong nghiên cứu đều được soi dạ dày, sinh thiết u trước mổ và chẩn đoán giải phẫu bệnh lý là ung thư biểu mô.

**Bảng 3.5. Vị trí u trong soi dạ dày**

Vị trí u	Số bệnh nhân (n=74)	Tỷ lệ %
Bờ cong nhỏ	24	32,43
Bờ cong lớn	2	2,70
Thân vị	10	13,51
Hang môn vị	38	51,36
<b>Tổng số</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** U vùng hang môn vị chiếm tỷ lệ cao nhất 51,36%; bờ cong lớn chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,7%.

**\* Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng**

**Bảng 3.6. Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng**

Phương pháp	Số BN được làm	Xác định được u		Xác định có hạch ổ bụng	
		Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
Siêu âm	74	4	5,41	0	0
Cắt lớp vi tính ổ bụng	71	37	52,11	13	18,31

***Nhận xét:***

+ Có 100% trường hợp được siêu âm ổ bụng, tuy nhiên chỉ xác định 4/74 trường hợp (5,41%) có u dạ dày, không xác định được trường hợp nào có hạch ổ bụng.

+ Có 71 BN được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, trong số đó 37 BN (52,11%) xác định được khối u dạ dày, 13 trường hợp xác định được có hạch ổ bụng (18,31%).

+ Trong 74 BN nghiên cứu, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính không có trường hợp nào có dịch ổ bụng; di căn gan, lách, tụy, buồng trứng.

### 3.1.1.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh và giai đoạn bệnh sau mổ

#### \* Hình ảnh đại thể

**Bảng 3.7. Vị trí u**

Vị trí u		Vị trí theo JGCA			Tổng số	Tỉ lệ %
		1/3 trên	1/3 giữa	1/3 dưới		
Vị trí giải phẫu	Bờ cong nhỏ	0	12	12	24	32,4
	Bờ cong lớn	0	2	0	2	2,7
	Thân vị	1	10	0	10	13,5
	Hang môn vị	0	0	38	38	51,36
<b>Tổng số</b>		1	23	50	74	100
<b>Tỉ lệ %</b>		1,35	31,08	67,57	100	

#### **Nhận xét:**

+ U thường gặp nhất ở vị trí hang môn vị (51,36%) và bờ cong nhỏ (32,4%).

+ Phân chia vị trí theo JGCA, u hay gặp nhất là vùng 1/3 dưới (67,57%), ít nhất là 1/3 trên một BN (1,35%).

**Bảng 3.8. Kích thước u**

Kích thước u	Số lượng (n=74)	Tỉ lệ %
< 1 cm	4	5,41
1 đến < 3 cm	36	48,65
3 đến < 5 cm	29	39,18
≥ 5 cm	5	6,76

**Nhận xét:** U có kích thước từ 1 đến < 3 cm chiếm tỉ lệ cao nhất với 48,65%.

**Bảng 3.9. Dạng tổn thương**

Tính chất	Số lượng	Tỉ lệ %
Loét	32	43,25
Loét sùi	30	40,54
Loét thâm nhiễm	10	13,51
Sùi	2	2,70

**Nhận xét:** U thể loét chiếm tỉ lệ cao nhất (43,25%), u thể sùi chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,70%).

\* Hình ảnh vi thể

**Bảng 3.10. Độ xâm lấn của u**

Độ xâm lấn của u	Phương pháp phẫu thuật		Tổng	Tỉ lệ %
	Cắt bán phần	Cắt toàn bộ		
T1	5 (6,76%)	0	5	6,76
T2	25 (33,79%)	1 (1,35%)	26	35,14
T3	35 (47,30%)	8 (10,81%)	43	58,11
<b>Tổng</b>	<b>65</b>	<b>9</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Xâm lấn T3 chiếm tỷ lệ cao nhất 43 BN (58,11%); T1 thấp nhất 5 BN (6,76%).

**Bảng 3.11. Tương quan giữa độ xâm lấn và kích thước u**

Độ xâm lấn của khối u	Kích thước u (cm)				Tổng
	<1	1 đến < 3	3 đến < 5	≥ 5	
T1	0	5	0	0	5
T2	4	16	6	0	26
T3	0	15	23	5	43
<b>Tổng</b>	4	36	29	5	74

**Nhận xét:** Kích thước u càng lớn thì mức độ xâm lấn càng sâu. 100% khối u có kích thước trên 5 cm xâm lấn T3.

**Bảng 3.12. Phân loại typ mô bệnh học**

Phân typ mô học	Số lượng	Tỉ lệ %
UTBM tuyến nhú	1	1,35
UTBM tuyến ống	33	44,59
UTBM tuyến nhầy	6	8,11
UTBM kém biệt hóa	25	33,79
UTBM không biệt hóa	1	1,35
UTBM tế bào nhân	8	10,81
<b>Tổng</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Ung thư biểu mô tuyến ống chiếm tỉ lệ cao nhất với 33/74 trường hợp (44,59%), sau đó là ung thư biểu mô kém biệt hóa chiếm tỉ lệ 33,79%. Ung thư biểu mô tuyến nhú (1,35%), không biệt hóa (1,35%) chiếm tỉ lệ thấp nhất.

\* Giải phẫu bệnh diện cắt trên và dưới dạ dày: 74 BN (100%) không có tế bào u.

\* Đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ (Theo UICC 1997)

**Bảng 3.13. Đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ (Theo UICC 1997)**

Giai đoạn	Số bệnh nhân (n=74)	Tỉ lệ %
Ia	2	2,70
Ib	14	18,92
II	22	29,73
IIIa	30	40,54
IIIb	6	8,11
Tổng	74	100

**Nhận xét:** Bệnh nhân ở giai đoạn IIIa chiếm tỷ lệ cao nhất 40,54%, giai đoạn II có 22 BN (29,73%), ít nhất là giai đoạn Ia có 2 BN (2,70%).

### **3.1.2. Một số đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D<sub>2</sub>, D<sub>2</sub> mở rộng**

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng, nghiêng phải nghiêng trái tùy theo từng thì phẫu thuật.

- Phẫu thuật viên: đứng giữa 2 chân bệnh nhân, có thể chuyển sang đứng bên phải bệnh nhân khi vét hạch nhóm 12,13.

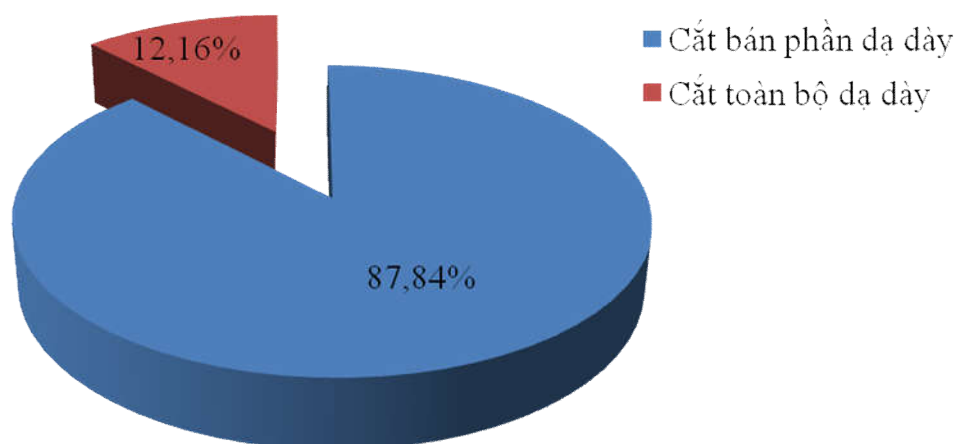
- Sử dụng 5 trocar: 74 BN (100%).

- Đánh giá tổn thương mặt trước dạ dày 74 BN (100%), mặt sau dạ dày 42 BN (56,76%).

- Vét hạch nhóm 12,13 phẫu thuật viên chuyển từ giữa 2 chân BN sang bên phải BN: 36 trường hợp (48,65%).



- Vết hạch nhóm 7,9,11 cắt động mạch tĩnh mạch vị trái từ mặt sau dạ dày 66 BN (89,19%), từ mặt trước dạ dày 8 BN (10,81%)
- Vết hạch nhóm 10 có 25 trường hợp (33,78%)
- Số BN vết hạch D2: 7 BN (9,42%).
- Số BN vết hạch D2 mở rộng: 67 BN (90,54%).
- Phương pháp cắt dạ dày:



**Biểu đồ 3.3. Phương pháp phẫu thuật**

**Nhận xét:** Bệnh nhân cắt bán phần đầu dưới dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất 87,84%.

- Cắt tá tràng:
  - + Cắt tá tràng bằng stapler: 61 trường hợp (82,43%).
  - + Cắt tá tràng bằng dao điện: 13 trường hợp (17,57%).

**Bảng 3.14. Phương pháp cắt dạ dày và phục hồi lưu thông tiêu hóa**

Phương pháp	Cắt bán phần	Cắt toàn bộ	Tổng	Tỉ lệ %
Péan	3	0	3	4,05
Finsterer	38	0	38	51,35
Roux-en-Y	24 (32,43%)	4 (5,41%)	28	37,84
Omega	0	5 (6,76%)	5	6,76

**Nhận xét:** Cắt bán phần đầu dưới dạ dày 65 BN (87,84%); cắt toàn bộ dạ dày 9 BN (12,16%). Phục hồi lưu thông theo phương pháp Finsterer chiếm tỷ lệ 51,35%. Phương pháp Roux-en-Y chiếm tỷ lệ 37,84%.

### 3.2. Kết quả PTNS cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng

#### 3.2.1. Trong mổ

##### 3.2.1.1. Thời gian phẫu thuật

**Bảng 3.15. Thời gian phẫu thuật theo phương pháp phẫu thuật**

Phương pháp phẫu thuật	Số BN (n=74)	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	Chung
Cắt bán phần	65	167,31 ± 43,23 (150–270 phút)	<b>174,39 ± 46,58</b> <b>(150 – 300 phút)</b>
Cắt toàn bộ	9	225,56 ± 49,30 (190–300 phút)	

**Nhận xét:**

+ Thời gian phẫu thuật trung bình 174,39 ± 46,58 phút, ngắn nhất 150 phút, dài nhất là 300 phút.

+ Thời gian phẫu thuật của nhóm cắt toàn bộ dạ dày lớn hơn nhóm cắt bán phần với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.16. Thời gian phẫu thuật theo chỉ số BMI**

<b>Thời gian</b> <b>BMI</b>	<b>Số BN</b> <b>(n=74)</b>	<b>Thời gian phẫu</b> <b>thuật trung bình</b> <i>(phút)</i>	<b>Thời gian phẫu</b> <b>thuật Min - Max</b> <i>(phút)</i>	<b>p</b>
< 18,5 (thiếu cân)	5	166 ± 50,99	150-210	0,581
18,5 – 24,9 (trung bình)	65	173,61 ± 46,79	150-300	
25,0 – 29,9 (thừa cân)	4	197,5 ± 45,83	150-240	
<b>Chung</b>	<b>74</b>	<b>174,39 ± 46,58</b>	<b>150-300</b>	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật ở các nhóm bệnh nhân có BMI khác nhau ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.17. Thời gian phẫu thuật theo độ xâm lấn của khối u**

<b>Thời gian</b> <b>Xâm lấn</b>	<b>Số BN</b> <b>(n=74)</b>	<b>Thời gian phẫu</b> <b>thuật trung bình</b> <i>(phút)</i>	<b>Thời gian</b> <b>phẫu thuật</b> <b>Min - Max</b> <i>(phút)</i>	<b>p</b>
T1	5	174 ± 40,31	160-190	0,101
T2	26	173,08 ± 45,98	150-270	
T3	43	174,60 ± 46,18	150-300	
<b>Tổng</b>	<b>74</b>	<b>174,39 ± 46,58</b>	<b>150-300</b>	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật ở các trường hợp khối u xâm lấn khác nhau ( $p > 0,05$ ).

### 3.2.1.2. Tai biến trong mổ

Chúng tôi gặp 3 trường hợp có tai biến rách mạc treo đại tràng ngang trong mổ, chiếm 4,05%. Không gặp thủng đại tràng góc gan, rách đuôi tụy, rách bao lách, tổn thương ống mật chủ, tổn thương tĩnh mạch gan, tổn thương mạch máu lớn.

### 3.2.2. Kết quả nạo vét hạch

**Bảng 3.18. Số lượng hạch vét được theo phương pháp phẫu thuật**

<b>Phương pháp phẫu thuật</b>	<b>Số BN (n=74)</b>	<b>Hạch vét được</b>	<b>Số hạch vét được trung bình X ± SD</b>	<b>Min - Max</b>	<b>p</b>
Cắt bán phần	65	1465	22,54 ± 2,13	19 - 28	0,000
Cắt toàn bộ	9	237	26,33 ± 0,74	24 - 29	
<b>Chung</b>	<b>74</b>	<b>1702</b>	<b>23,00 ± 2,34</b>	<b>19 - 29</b>	

#### **Nhận xét:**

+ Tổng số hạch vét được là 1702, trung bình là 23,00 ± 2,34 hạch/BN. Ít nhất là 19 và nhiều nhất vét được 29 hạch.

+ Số lượng hạch vét được trong nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân cắt bán phần dạ dày (p< 0,001).

**Bảng 3.19. Đặc điểm di căn hạch theo nhóm**

Nhóm hạch	Số hạch vét được			Số hạch di căn		Tỉ lệ % HDC/HVĐ
	Số hạch được vét âm tính	Số hạch được vét dương tính	Trung bình	Tổng số	Trung bình	
1		86	1,16 ± 0,37	15	0,20 ± 0,00	17,44
2	(12)	29	0,39 ± 0,42	1	0,014 ± 0,00	3,45
3		292	3,96 ± 0,99	36	0,49 ± 0,30	12,33
4		193	2,61 ± 0,96	13	0,18 ± 0,42	6,74
5		91	1,23 ± 0,52	18	0,24 ± 0,00	19,78
6		211	2,85 ± 0,84	21	0,28 ± 0,22	9,95
7		150	2,03 ± 0,40	26	0,35 ± 0,00	17,33
8		147	1,99 ± 0,52	17	0,23 ± 0,46	11,56
9		111	1,50 ± 0,28	11	0,15 ± 0,00	9,91
10	(8)	17	0,23 ± 0,25	0	0	0,00
11		108	1,46 ± 0,58	5	0,07 ± 0,25	4,63
12		170	2,30 ± 0,72	12	0,16 ± 0,39	7,06
13		24	0,32 ± 0,21	4	0,05 ± 0,00	16,67
14		66	0,89 ± 0,00	1	0,014 ± 0,00	1,52
15		-		-		
16		7	0,095 ± 0,00	0	0	0,00
<b>Tổng</b>	<b>(20)</b>	<b>1702</b>	<b>23,00 ± 2,34</b>	<b>180</b>	<b>2,43 ± 2,38</b>	<b>10,58</b>

*Số trong ngoặc đơn ( ) là số hạch vét trong quá trình phẫu thuật, nhưng giải phẫu bệnh lý sau mổ không phải là hạch (âm tính).*

**Nhận xét:**

+ Tổng số hạch vét được là 1702, trung bình vét được 23 hạch/BN. Hạch di căn vét được là 180 hạch, chiếm tỷ lệ 10,58% so với số hạch vét được, hạch di căn trên 1 BN trung bình là  $2,43 \pm 2,38$  hạch. Nhóm 12 hạch di căn chiếm tỷ lệ 7,06%, nhóm 13 hạch di căn chiếm tỷ lệ 16,67%.

+ Nhóm 2 vét được 29 hạch, còn 12 mẫu vét hạch âm tính.

+ Nhóm 10 vét được 17 hạch, 8 mẫu vét hạch âm tính.

**Bảng 3.20: Đặc điểm di căn hạch theo nhóm ở BN ung thư 1/3 dưới dạ dày (n=50)**

Nhóm hạch	Số hạch được vét			Số hạch di căn		Tỷ lệ % HDC/HVĐ
	Số hạch được vét âm tính	Số hạch được vét dương tính	Trung bình	Tổng số	Trung bình	
1		57	1,14± 0,37	10	0,2 ± 0,00	17,54
2	(12)	3	0,06± 0,22	0	0	0
3		192	3,84± 0,99	22	0,44± 0,30	11,46
4		119	2,38± 0,96	8	0,16± 0,42	6,72
5		63	1,26± 0,52	17	0,34± 0,00	26,98
6		158	3,16± 0,84	18	0,36± 0,22	11,39
7		100	2,00± 0,40	19	0,38± 0,00	19
8		102	2,04± 0,52	14	0,28± 0,46	13,73
9		73	1,46± 0,28	9	0,18 ± 0,00	12,33
10		1	0,02± 0,25	0	0	0
11		60	1,2± 0,58	2	0,04± 0,25	3,33
12		120	2,40± 0,72	10	0,2± 0,39	8,33
13		18	0,36± 0,21	3	0,06± 0,00	16,67
14		49	0,98± 0,00	1	0,02 ± 0,25	2,04
15		-		-		
16		4	0,08 ± 0,00	0	0	0
<b>Tổng</b>	<b>(12)</b>	<b>1119</b>	<b>22,38± 2,34</b>	<b>133</b>	<b>2,66± 2,38</b>	<b>11,89</b>

*Số trong ngoặc đơn ( ) là số hạch vét trong quá trình phẫu thuật, nhưng giải phẫu bệnh lý sau mổ không phải là hạch (âm tính).*

**Nhận xét:**

- Số BN vét hạch nhóm 2: trong đó có 3 hạch được vét không di căn, số còn lại 12 mẫu giải phẫu bệnh lý sau mổ là tổ chức mỡ.
- Tỷ lệ HDC/HVĐ là 11,89%.

**Bảng 3.21: Đặc điểm di căn hạch theo nhóm ở BN ung thư 1/3 giữa (23 BN) và 1/3 trên (1 BN) dạ dày.**

Nhóm hạch	Số hạch được vét			Số hạch di căn		Tỷ lệ % HDC/HVĐ
	Số hạch được vét âm tính	Số hạch được vét dương tính	Trung bình	Tổng số	Trung bình	
1		29	1,21 ± 0,37	5	0,21± 0,00	17,24
2		26	1,08 ± 0,42	1	0,04± 0,00	3,85
3		100	4,17 ± 0,99	14	0,58± 0,30	14,00
4		74	3,08 ± 0,96	5	0,21± 0,42	6,76
5		28	1,17 ± 0,52	1	0,04± 0,00	3,57
6		53	2,21 ± 0,84	3	0,13 ± 0,22	5,66
7		50	2,08± 0,40	7	0,29± 0,00	14,00
8		45	1,88 ± 0,52	3	0,13± 0,46	6,76
9		38	1,58± 0,28	2	0,08± 0,00	5,26
10	(8)	16	0,67 ± 0,25	0	0	0,00
11		48	2,00± 0,58	3	0,13 ± 0,46	6,52
12		50	2,08± 0,72	2	0,08 ± 0,00	4,00
13		6	0,25 ± 0,21	1	0,13± 0,00	16,67
14		17	0,71± 0,00	0	0	0,00
15		-		-		
16		3	0,13 ± 0,00	0	0	0,00
<b>Tổng</b>	<b>(8)</b>	<b>583</b>	<b>24,29 ± 2,34</b>	<b>47</b>	<b>1,96± 2,38</b>	<b>8,06</b>

Số trong ngoặc đơn ( ) là số hạch vét trong quá trình phẫu thuật, nhưng giải phẫu bệnh lý sau mổ không phải là hạch (âm tính).

**Nhận xét:**

- Số BN vét hạch nhóm 10 là 25 BN: trong đó có 16 hạch được vét không di căn, số còn lại 8 mẫu giải phẫu sau mổ là tổ chức mỡ.
- Tỷ lệ HDC/HVĐ là 8,06%.

**Bảng 3.22: Đặc điểm di căn hạch mở rộng chặng N3, N4 1/3 dưới dạ dày**

Nhóm hạch di căn mở rộng		Số BN	Tỷ lệ %
Chặng hạch	Nhóm hạch		
Chặng N3	2	0	0
	10	0	0
	11	2	2,70
	12	9	12,17
	13	2	2,70
	14	1	1,35
Chặng N4	15	0	0
	16	0	0
Tổng cộng		14	18,92

**Nhận xét:** Có 14 BN (18,92%) di căn hạch mở rộng vào nhóm 11,12,13,14.

**Bảng 3.23: Đặc điểm di căn hạch mở rộng chặng N3,N4 ở 1/3 giữa, 1/3 trên dạ dày**

Nhóm hạch di căn mở rộng		Số BN	Tỷ lệ %
Chặng hạch	Nhóm hạch		
	12	1	1.35
	13	1	1,35
	14	0	0
Chặng N4	15	0	0
	16	0	0
Tổng cộng		2	2,70

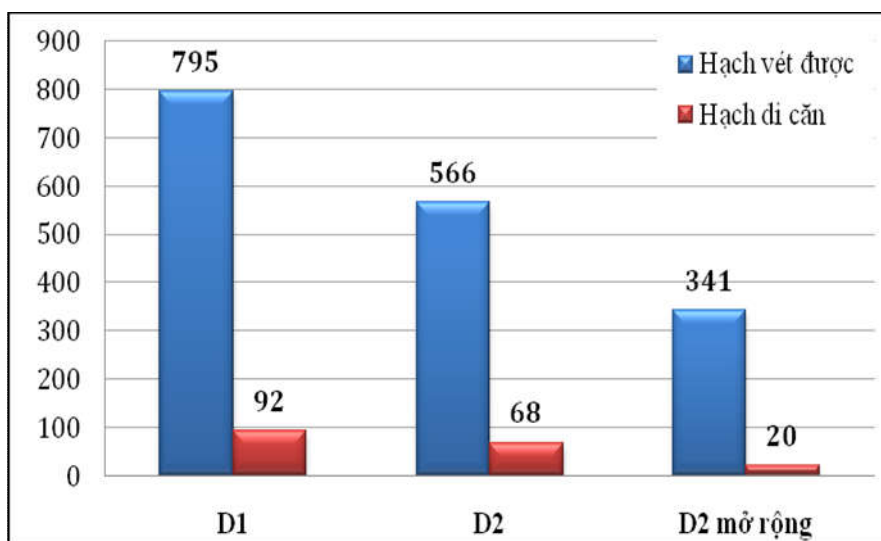
**Nhận xét:** Di căn hạch mở rộng có 2 BN (2,70%) vào nhóm 12,13 thuộc vị trí ung thư 1/3 giữa dạ dày.



**Bảng 3.24: Đặc điểm di căn hạch mở rộng và độ xâm lấn**

Độ xâm lấn	U 1/3 dưới dạ dày	U 1/3 giữa dạ dày	U 1/3 trên dạ dày	Tổng	Tỉ lệ %
	Di căn hạch mở rộng	Di căn hạch mở rộng	Di căn hạch mở rộng		
T <sub>1</sub>	0	0	0	0	0
T <sub>2</sub>	2	0	0	2	2,7
T <sub>3</sub>	12	2	0	14	18,92
<b>Chung</b>	14 (18,92%)	2 (2,70%)	0	16	21,62

**Nhận xét:** Có 16 BN (21,62%) di căn hạch mở rộng. Khối u ở 1/3 dưới dạ dày có 14 BN (18,92%) di căn hạch mở rộng, 2 BN (2,70%) u ở vị trí 1/3 giữa dạ dày di căn hạch mở rộng.

**Biểu đồ 3.4: Phân bố hạch nạo vét và hạch di căn theo chặng**

**Nhận xét:** Vết D2 mở rộng, thấy di căn 20 hạch trên tổng số 341 hạch vét được (5,87%).

**Bảng 3.25. Đặc điểm di căn hạch nhảy cóc**

		Vết hạch D2 và D2 mở rộng (chặng N2,N3)		Tổng
		Không di căn	Có di căn	
Vết hạch D1 (chặng N1)	Không di căn	20	9	29
	Có di căn	11	34	45
Tổng		31	43	74

**Nhận xét:** Có 9 BN (12,61%) không di căn hạch chặng N1 (vết D1) mà di căn chặng N2, N3 (vết hạch D2, D3).

**Bảng 3.26. Đặc điểm di căn hạch theo vùng (Theo UICC 1997)**

Di căn hạch	Số bệnh nhân (n=74)	Tỉ lệ %
N0	20	27,03
N1	47	63,51
N2	7	9,46
Tổng	74	100,0

**Nhận xét:**

- Không di căn hạch 20 BN (27,3%), di căn hạch 54 BN (72,92%).
- Di căn hạch vùng N1 chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,51%, di căn hạch vùng N2 ít nhất với 9,46%, không có trường hợp nào di căn hạch vùng N3.

**Bảng 3.27. Đặc điểm bệnh nhân di căn hạch theo phương pháp phẫu thuật (n=54)**

<b>Phương pháp phẫu thuật</b>	<b>Số BN (n = 54)</b>	<b>Số hạch vét được</b>	<b>Số hạch di căn</b>	<b>Số lượng hạch di căn trung bình <math>\bar{X} \pm SD</math></b>	<b>Tỷ lệ % HDC/HVĐ</b>
Cắt bán phần	46	1050	147	3,2 ± 2,21	14
Cắt toàn bộ	8	208	33	4,13 ± 2,61	15,87
<b>Chung</b>	<b>54</b>	<b>1258</b>	<b>180</b>	<b>3,33 ± 2,38</b>	<b>14,31</b>

**Nhận xét:** Trong 54 BN di căn hạch: tỷ lệ HDC/HVĐ là 14,31%, trung bình có 3,33 ± 2,38 hạch di căn/BN. Số lượng hạch di căn trung bình ở nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày cao hơn có ý nghĩa so với nhóm cắt bán phần đầu dưới dạ dày ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.28: Liên quan giữa di căn hạch vùng và độ xâm lấn**

Di căn hạch vùng	Xâm lấn thành dạ dày			Cộng	Tỉ lệ % di căn hạch (n=74)
	T1	T2	T3		
N0	2 (2,70%)	11 (14,87%)	7 (9,46%)	20	27,03
N1	3 (4,05%)	15 (20,27%)	29 (39,19%)	47	63,51
N2	0	0	7	7	9,46
N3	0	0	0	0	0,00
Cộng	5	26	43	74	100

**Nhận xét:**

- Xâm lấn T1 có 3 BN (4,05%) di căn hạch vùng N1.
- Xâm lấn T2 có 15 BN (20,27%) di căn hạch vùng N1.
- Xâm lấn T3: có 7 BN (9,46%) không di căn hạch, 29 BN (39,19%) di căn hạch N1, 7 BN di căn hạch vùng N2.

**Bảng 3.29. Liên quan giữa số lượng hạch di căn với độ xâm lấn  
(theo UICC 1997)**

Xâm lấn	Số BN	Số hạch di căn	Số hạch di căn trung bình $X \pm SD$	p*
T1	5	4	$0,8 \pm 0,55$	0,001
T2	26	31	$1,19 \pm 1,30$	
T3	43	145	$3,37 \pm 2,55$	
Tổng	74	180	$2,43 \pm 2,38$	

**Nhận xét:**

- + Số hạch di căn trung bình ở mức xâm lấn T3 cao nhất:  $3,37 \pm 2,55$  hạch/ bệnh nhân.
- + Số hạch di căn trung bình ở mức xâm lấn T1 thấp nhất  $0,80 \pm 0,55$  hạch/ bệnh nhân.

**Bảng 3.30. Liên quan giữa di căn hạch với kích thước u**

Kích thước u	Số BN (n=74)	Số hạch di căn	Số hạch di căn trung bình $\bar{X} \pm SD$	P*
< 1 cm	4	6	1,5 ± 2,71	0,042
1 đến < 3 cm	36	61	1,69 ± 1,84	
3 đến < 5 cm	29	89	3,07 ± 2,66	
≥ 5 cm	5	24	4,8 ± 2,41	
<b>Tổng</b>	<b>74</b>	<b>180</b>	<b>2,43 ± 2,38</b>	

**Nhận xét:** Khối u kích thước  $\geq 5$  cm có số hạch di căn trung bình cao nhất  $4,8 \pm 2,41$  hạch/ BN.

Có sự khác biệt về số hạch di căn với các u có kích thước khác nhau, với  $p < 0,05$ .

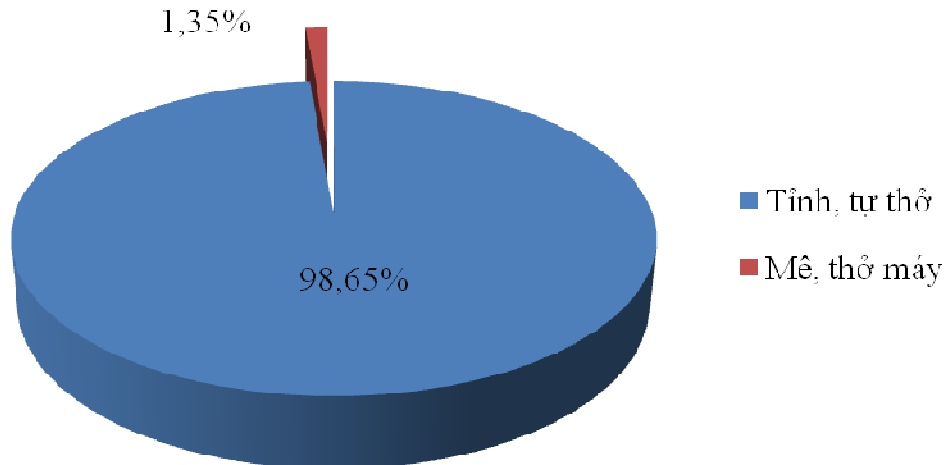
**Bảng 3.31. Liên quan giữa di căn hạch với vị trí u**

Vị trí u	Số BN (n=74)	Số hạch di căn	Số hạch di căn trung bình $\bar{X} \pm SD$	p
1/3 trên	1	2	2,0	0,542
1/3 giữa	23	45	1,96 ± 2,70	
1/3 dưới	50	133	2,66 ± 2,27	
<b>Tổng</b>	<b>74</b>	<b>180</b>	<b>2,43 ± 2,38</b>	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt giữa số lượng hạch di căn với vị trí u,  $p > 0,05$ .

### 3.2.3. Kết quả sớm sau mổ

#### 3.2.3.1. Ý thức bệnh nhân sau mổ 6 giờ



**Biểu đồ 3.5. Ý thức bệnh nhân 6 giờ sau mổ**

**Nhận xét:** Sau mổ 6 giờ, bệnh nhân tỉnh, tự thở chiếm 98,65%, chỉ còn 1 BN (1,35%) thở oxy hỗ trợ. Sau 12 giờ; 24 giờ các BN tỉnh, tự thở hoàn toàn.

#### 3.2.3.2. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm 24 giờ sau mổ

**Bảng 3.32: Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS tại thời điểm 24 giờ sau mổ**

Mức độ đau	Số bệnh nhân (n = 74)	Tỷ lệ %
Đau nhiều	7	9,46
Đau vừa	16	21,62
Đau ít	51	68,92

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân sau mổ trong nhóm nghiên cứu đau vừa và đau ít. Chỉ có 7 bệnh nhân (9,46%) đau nhiều, phải dùng thuốc giảm đau.

### 3.2.3.3. Thời gian vận động, trung tiện rút dẫn lưu, nằm viện sau mổ

**Bảng 3.33. Thời gian vận động, trung tiện rút dẫn lưu, nằm viện sau mổ**

Chỉ tiêu	Sớm nhất	Muộn nhất	Trung bình
Vận động sớm sau mổ (ngày)	1	3	2,36 ± 0,65
Thời gian trung tiện sau mổ (giờ)	38	75	56,07 ± 9,22
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	2	5	3,36 ± 0,65
Nằm viện sau mổ (ngày)	4	27	8,58 ± 4,10

**Nhận xét:**

- + Thời gian vận động sớm sau mổ trung bình 2,36 ± 0,65 ngày.
- + Thời gian trung tiện sau mổ trung bình 56,07 ± 9,22 giờ.
- + Thời gian rút dẫn lưu sau mổ trung bình 3,36 ± 0,65 ngày.
- + Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 8,58 ± 4,10 ngày, nằm viện lâu nhất là 27 ngày và ra viện sớm nhất sau mổ 4 ngày.

### 3.2.3.4. Biến chứng sớm sau mổ

**Bảng 3.34. Biến chứng sớm**

Biến chứng	Số bệnh nhân (n=74)	Tỉ lệ %
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	1,35
Viêm phổi	1	1,35
Tổng	2	2,70%

**Nhận xét:**

- Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 2 trường hợp biến chứng sau mổ (2,70%): nhiễm khuẩn vết mổ 1 BN (1,35%), viêm phổi 1 BN (1,35%).
- Không gặp các biến chứng xuất huyết tiêu hóa, chảy máu sau mổ, áp xe dư, rò môm tá tràng, rò miệng nối, viêm phúc mạc, tắc ruột sớm.
- Không có BN tử vong sau mổ.

### 3.2.4. Kết quả xa

#### 3.2.4.1. Tình hình theo dõi bệnh nhân

**Bảng 3.35: Kết quả theo dõi bệnh nhân**

<b>Kết quả theo dõi bệnh nhân</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Số BN có tin còn sống	65	87,84
Số BN có tin đã chết	9	12,16
Số BN mất tin	0	0
Tổng số	74	100

#### 3.2.4.2. Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Spitzer

**Bảng 3.36. Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang điểm Spitzer tại hai thời điểm**

<b>Thời điểm đánh giá</b>	<b>&lt; 5 điểm</b>		<b>5 – 6 điểm</b>		<b>7 – 8 điểm</b>		<b>9 – 10 điểm</b>	
	<b>Số BN</b>	<b>Tỉ lệ %</b>	<b>Số BN</b>	<b>Tỉ lệ %</b>	<b>Số BN</b>	<b>Tỉ lệ %</b>	<b>Số BN</b>	<b>Tỉ lệ %</b>
Lần 1 (6 tháng sau mổ) (n=74)	1	1,35	5	6,76	7	9,46	61	82,43
Lần 2 (12 tháng sau mổ) (n=65)	1	1,54	1	1,54	1	1,54	62	95,38

**Nhận xét:**

- Một bệnh nhân có số điểm dưới 5 điểm (1,35%) do suy kiệt cơ thể, không ăn được.

- Số điểm tăng dần sau mổ 12 tháng: 9 – 10 điểm đạt 95,38%.



### 3.2.4.3. Theo dõi thời gian sống thêm sau mổ

\* Thời gian sống sau mổ theo phương pháp trực tiếp:

**Bảng 3.37. Thời gian sống thêm sau mổ tính theo tháng**

<b>Thời gian theo dõi (tính theo tháng)</b>	<b>Số BN theo dõi</b>	<b>Số BN còn sống</b>	<b>Số BN đã chết</b>
6-12 tháng	74	73	1
> 12 – 18 tháng	63	61	2
> 18 – 24 tháng	46	46	0
> 24 – 30 tháng	33	29	4
> 30 – 36 tháng	16	15	1
> 36 – 42 tháng	9	8	1
> 42 tháng	6	6	0

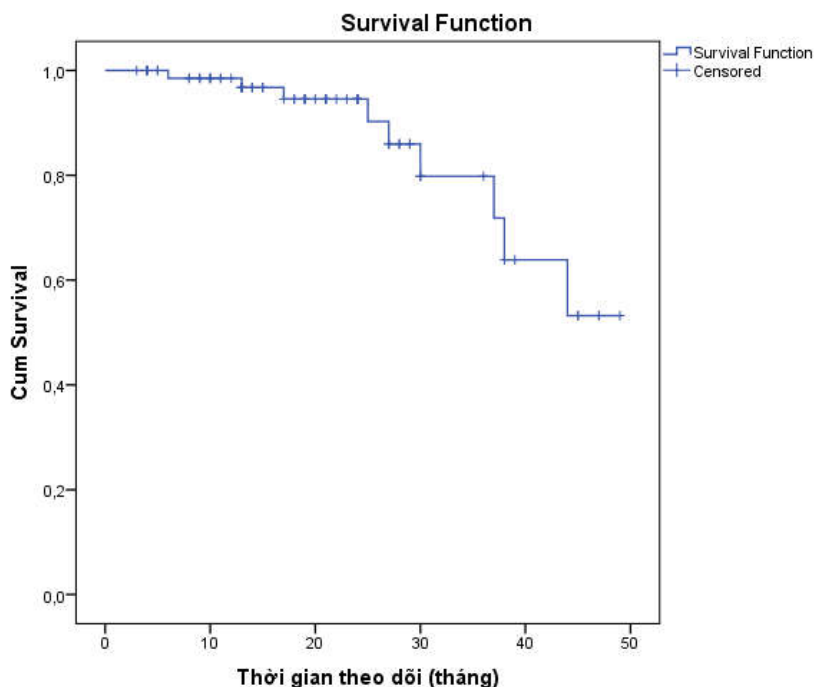
**Nhận xét:**

- Bệnh nhân theo dõi thấp nhất là 6 tháng, cao nhất là 52 tháng.
- Có 6 BN sống thêm từ > 42 tháng.
- Kết thúc thời gian theo dõi có 9 BN đã chết.

### 3.2.4.4. Thời gian sống thêm sau mổ theo Kaplan-Meier

- **Thời gian sống thêm trung bình chung cho toàn bộ nhóm nghiên cứu**

Thời gian sống thêm trung bình của nhóm nghiên cứu là  $41,51 \pm 2,09$  tháng.



**Biểu đồ 3.6: Thời gian sống thêm sau mổ**

- Sau 6 tháng theo dõi, xác suất sống sót tích lũy là 98,5%
- Sau 25 tháng, xác suất sống sót tích lũy là 90,3%
- Sau 38 tháng, xác suất sống sót tích lũy là 63,9%
- Sau 44 tháng, xác suất sống sót tích lũy là 53,2%

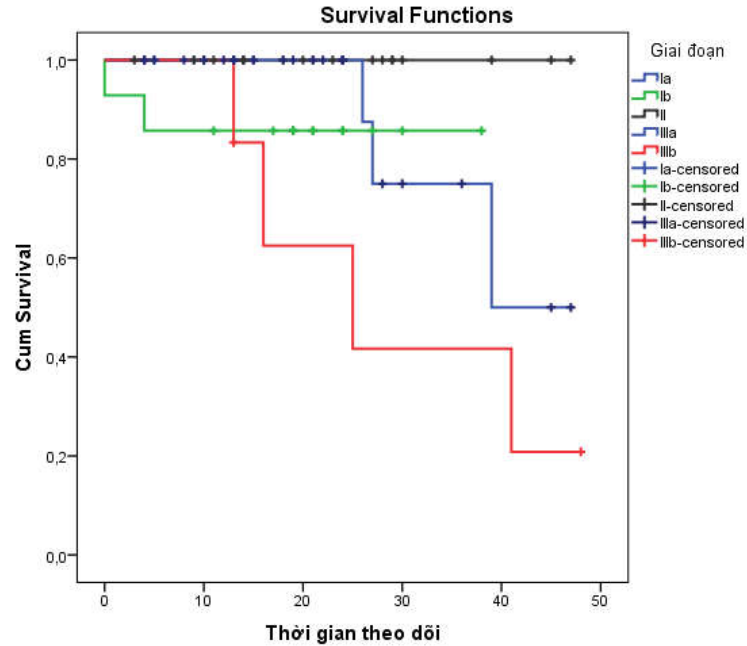
- **Thời gian sống thêm trung bình theo giai đoạn bệnh**

**Bảng 3.38: Thời gian sống thêm trung bình theo giai đoạn bệnh**

Giai đoạn	Số lượng	Tử vong	X ± SD (tháng)	P (2,4,5)
Ia (1)	2	0		<i>Test Log Rank</i> $\chi^2 = 2,568$ $p = 0,277$
Ib (2)	14	1	35,71±2,20	
II (3)	22	0		
IIIa (4)	30	4	38,56 ±2,84	
IIIb (5)	6	4	30,29 ± 6,33	

**Nhận xét:**

- Đến thời điểm kết thúc theo dõi giai đoạn Ia, giai đoạn II còn sống 100%.
- Giai đoạn IIIb có thời gian sống thêm trung bình thấp nhất (30,29 ± 6,33 tháng)



**Biểu đồ 3.7: Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh**

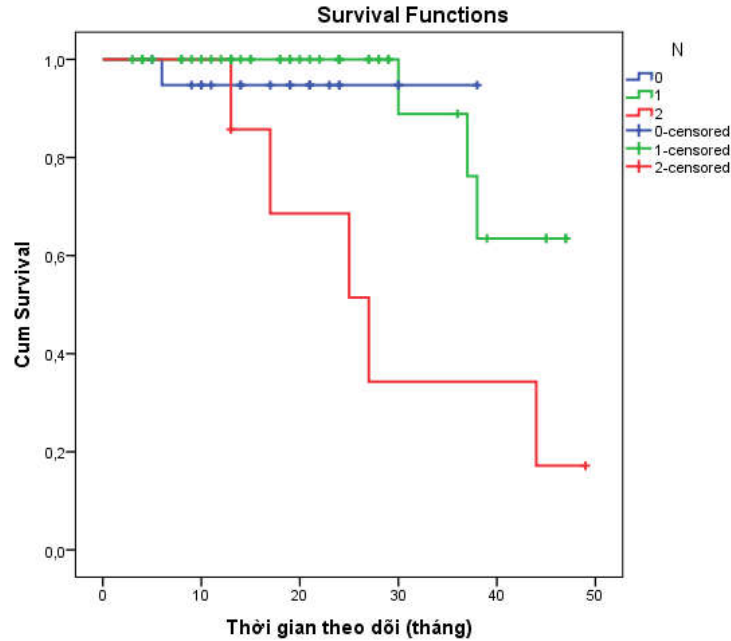
- Thời gian sống thêm trung bình theo theo di căn hạch vùng

**Bảng 3.39: Thời gian sống thêm trung bình theo di căn hạch vùng**

Di căn hạch vùng	Số lượng	Tử vong	$\bar{X} \pm SD$ (tháng)	P
N0	20	1	36,31 ± 1,64	<i>Test Log Rank</i> $\chi^2 = 9,419$ $p = 0,009$
N1	47	3	42,70 ± 2,08	
N2	7	5	29,63 ± 5,30	
Chung	74	9	41,51 ± 2,09	

**Nhận xét:**

- Kết thúc thời gian theo dõi di căn hạch vùng N0 không có di căn hạch, 19 BN còn sống (98,65%), 1 BN (1,35%) chết do suy kiệt.
- Thời gian sống thêm chung cho di căn hạch vùng N0,N1,N2 là 41,51 ± 2,09 tháng, khác biệt có ý nghĩa với  $p < 0,01$ .



**Biểu đồ 3.8: Thời gian sống thêm theo chặng hạch di căn**

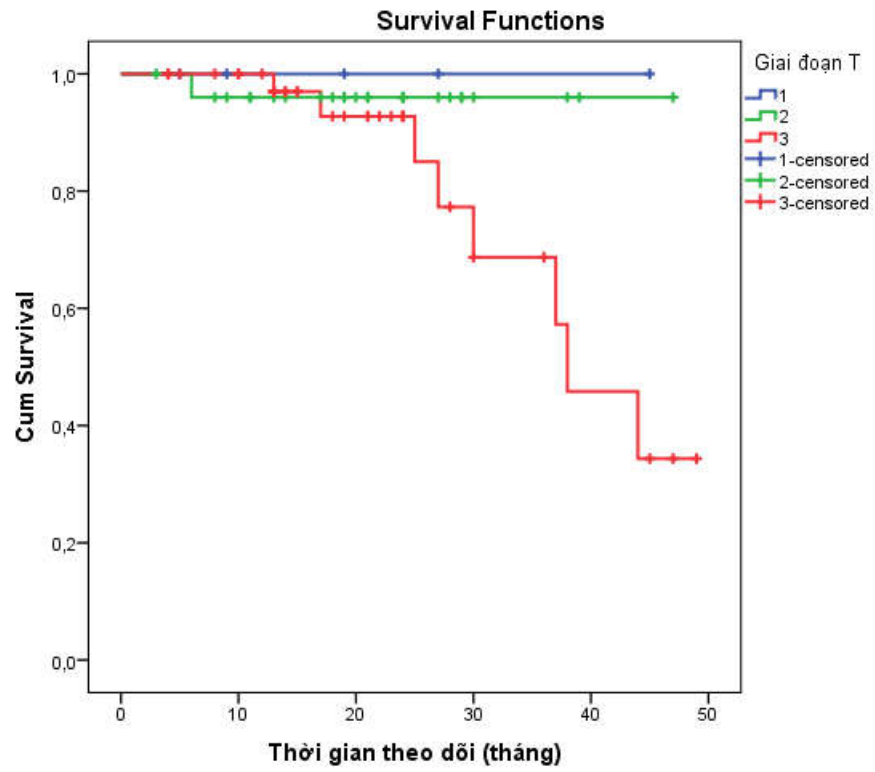
- Thời gian sống thêm trung bình theo độ xâm lấn

**Bảng 3.40: Thời gian sống thêm trung bình theo độ xâm lấn (T)**

Độ xâm lấn	Số lượng	Tử vong	$\bar{X} \pm SD$ (tháng)	P (2,3)
(1)T1	5	0		<i>Test Log Rank</i> $\chi^2 = 2,490$ $p = 0,115$
(2)T2	26	1	$45,36 \pm 1,61$	
(3)T3	43	8	$38,17 \pm 2,21$	

**Nhận xét:**

- Độ xâm lấn T1 hiện còn sống 100%.
- Thời gian sống thêm trung bình của độ xâm lấn T2 là  $45,36 \pm 1,61$  tháng.



***Biểu đồ 3.9: Thời gian sống thêm theo độ xâm lấn***

## **Chương 4**

### **BÀN LUẬN**

#### **4.1. Một số đặc điểm chung liên quan đến chỉ định phẫu thuật**

##### ***4.1.1. Tuổi và giới***

Trong 74 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi gồm: 52 nam chiếm tỷ lệ 70,3%, 22 nữ chiếm tỷ lệ 29,7%. Tỷ lệ nam/nữ: 2,36. Tuổi trung bình là  $58,64 \pm 10,38$  tuổi, không có sự khác biệt về tuổi giữa nhóm bệnh nhân nam và nữ ( $p=0,7$ ). Tuổi thấp nhất là 35 tuổi, tuổi cao nhất là 82 tuổi.

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước về UTDD là nam nhiều hơn nữ, tuổi thường gặp từ 45 đến 65 tuổi [1],[22],[23],[34],[97]. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả Trịnh Hồng Sơn là  $54,6 \pm 24,55$  tuổi [1], Đỗ Văn Tráng là  $54,9 \pm 12,07$  [23], Hồ Chí Thanh là  $57,0 \pm 11,98$  [22], Nguyễn Quang Bộ là  $56,7 \pm 10,9$  [103]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy không có chống chỉ định PTNS tuổi từ 35-82, tỷ lệ nam/nữ là 2,36.

##### ***4.1.2. Một số triệu chứng lâm sàng***

Triệu chứng lâm sàng của UTDD thường nghèo nàn, không đặc hiệu. Trong 74 BN UTDD, triệu chứng đau bụng vùng thượng vị gặp 100%. Đây là lý do để bệnh nhân đi khám bệnh. Triệu chứng chán ăn gặp 85,14%, sút cân 68,92%. Tỷ lệ này tương tự tỷ lệ của các giả trong nước [22], [23],[104]. Các triệu chứng đau bụng vùng thượng vị, chán ăn và sút cân chiếm tỷ lệ cao ở các tác giả: Đỗ Văn Tráng đau bụng vùng thượng vị 98,2%; chán ăn 64,3%; sút cân 94,4% [23]; Lê Thanh Sơn là 98,5%, 50% và 57,4% [104]; Hồ Chí Thanh là 97,9%, 91,8% và 61,2% [22]. Chúng tôi không gặp trường hợp nào bệnh nhân tự sờ thấy khối u. Bảng 3.3, triệu chứng hẹp môn vị 5 BN (6,76%), hội chứng

thiếu máu 4 BN (5,49%), xuất huyết tiêu hóa 1 BN (1,35%). Những BN suy kiệt cơ thể do hẹp môn vị được nuôi dưỡng tĩnh mạch. Những BN thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa được truyền máu, điều trị hết xuất huyết tiêu hóa. Khi thể trạng tốt hơn, các chỉ số xét nghiệm máu gần với chỉ số bình thường, hoặc bình thường, chúng tôi chỉ định phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng. Đỗ Văn Tráng PTNS vét hạch D2 cho 3 BN (4,30%) xuất huyết tiêu hóa [23]. Hồ Chí Thanh PTNS cho 8 BN (8,20%) hẹp môn vị; 3 BN (3,10%) xuất huyết tiêu hóa [22].

Tiền sử mắc các bệnh kết hợp: Bệnh nhân tuổi càng cao, thì càng có nhiều bệnh kết hợp. Nghiên cứu của chúng tôi có 11 bệnh nhân có tiền sử viêm loét dạ dày chiếm tỷ lệ 14,86%. Đái tháo đường 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 5,41%. Tăng huyết áp có 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 5,41%. Tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ của Hồ Chí Thanh: đái tháo đường 3,1%, tăng huyết áp 5,1% [22]. Tác giả Hồ Chí Thanh còn gặp 1 trường hợp Basedow, 1 trường hợp vẩy nến, 1 bệnh nhân viêm phổi tắc nghẽn mãn tính. Đỗ Văn Tráng gặp 2 bệnh nhân lao phổi cũ (2,9%), 3 bệnh nhân tiểu đường (4,3%) [23]. Theo tác giả Chen K. và cs. (2014), PTNS cho 240 bệnh nhân thấy tỷ lệ mắc bệnh kết hợp là 34,5% trong đó bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (21,6%), tiểu đường 8,6%, bệnh lý tim mạch 6,5% [12]. Các bệnh nhân có bệnh kết hợp chúng tôi điều trị ổn định vẫn chỉ định phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng.

Đặc điểm thể trạng bệnh nhân theo BMI ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ): Thể trạng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu theo chỉ số BMI trung bình là:  $21,15 \pm 2,31 \text{ kg}/\text{m}^2$  tương đương với tác giả Hồ Chí Thanh [22], thấp hơn các tác giả nước ngoài, Chen K. và cs., là  $22,7 \pm 3,0$  [12]. Bảng 3.2 thấy BN thiếu cân (6,76%), trung bình (87,83%), thừa cân (5,41%) đều được chỉ định phẫu thuật nội soi. Tác giả Lee J. và cs. (2015) [69] đã PTNS 400 BN ung thư dạ dày có tình trạng BMI khác nhau, cho kết quả tốt.

### **4.1.3. Các xét nghiệm cận lâm sàng**

#### *- Xét nghiệm máu*

Tại bảng 3.4 chỉ số hồng cầu trung bình là  $4,6 \pm 0,61$ , huyết sắc tố là  $130,2 \pm 21,47$ . Theo WHO, huyết sắc tố ở nam dưới 130g/l là thiếu máu, huyết sắc tố ở nữ dưới 120g/l là thiếu máu. Đối chiếu với WHO, chúng tôi có 28 BN (37,84%) thiếu máu qua xét nghiệm Hemoglobin và 5 BN (6,76%) qua xét nghiệm hồng cầu. Kết quả nghiên cứu của tác giả Hồ Chí Thanh [22] có chỉ định PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 cho 48 BN (48,97%) có tình trạng thiếu máu. Trịnh Hồng Sơn [1] phẫu thuật cắt dạ dày vét hạch D2, D3 cho bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa chiếm tỷ lệ 11,1%. Các trường hợp thiếu máu chúng tôi đều có chỉ định PTNS cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng để giải quyết nguyên nhân thiếu máu và xuất huyết tiêu hóa.

#### *- Soi dạ dày*

Là phương pháp chẩn đoán chính xác nhất, có giá trị chẩn đoán cao nhất. Càng sinh thiết nhiều mảnh, độ chính xác càng lớn.

Chúng tôi nghiên cứu 74 BN nội soi dạ dày, trong nội soi dạ dày, xác định vị trí u, kích thước u, các dạng tổn thương đại thể và được sinh thiết làm chẩn đoán MBH. 74 bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu, chẩn đoán MBH trước mổ là UTBM dạ dày (100%). Các nghiên cứu của các tác giả trong nước và nước ngoài đều soi dạ dày cho BN ung thư dạ dày, sinh thiết làm MBH trước mổ. Hồ Chí Thanh [22], Đỗ Văn Tráng [23], Fabio Cianchi và cs. [68], Hoon Hur và cs. [11], Ke Chen và cs. [13], Yanfeng Hu và cs. [15]... cũng như chúng tôi, chỉ định PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng khi có chuẩn đoán MBH là UTBM dạ dày.

Nhờ áp dụng phương pháp nội soi dạ dày và sinh thiết, tỷ lệ phát hiện sớm UTDD ngày càng tăng [105].



*- Siêu âm ổ bụng*

Kết quả nghiên cứu trong bảng 3.6, trong 74 BN, có 4 trường hợp xác định được khối u, chiếm tỷ lệ 5,41%. Không có trường hợp nào xác định được hạch trong ổ bụng. Có lẽ do chúng tôi chọn bệnh nhân có độ xâm lấn T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub> để phẫu thuật nội soi, do đó siêu âm xác định hạch trong ổ bụng là khó khăn. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ của các tác giả Đỗ Văn Tráng [23] phát hiện 4 BN (5,71%) có u, 2 BN (2,86%) có hạch ổ bụng. Hồ Chí Thanh [22] siêu âm xác định được khối u ở 41 BN (41,8%), hạch ổ bụng 27 BN (27,5%).

Siêu âm ổ bụng nhằm mục đích phát hiện di căn của UTDD (dấu hiệu dịch ổ bụng, di căn gan, hạch cuống gan,...). Trong nghiên cứu này, 74 BN siêu âm không có di căn xa. Siêu âm là một tiêu chuẩn để lựa chọn BN trước mổ, nếu không có di căn xa như: di căn gan, phúc mạc, dịch ổ bụng... BN được chỉ định PTNS.

*- Chụp cắt lớp vi tính*

Chụp cắt lớp vi tính có 71 BN được làm chiếm tỷ lệ 95,9%. Trong đó 37 BN ( 52,1%) xác định được khối u dạ dày, 13 trường hợp xác định được có hạch trong ổ bụng (18,31%). Không có trường hợp nào phát hiện di căn gan, phúc mạc, dịch ổ bụng. Hồ Chí Thanh chụp cắt lớp xác định được khối u là 89,1%, xác định được tình trạng hạch trong ổ bụng là 41,3% [22]. Cũng như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính là một tiêu chuẩn để lựa chọn BN trước mổ. Các BN không có di căn xa được chỉ định PTNS cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng.

## **4.2. Ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng**

### **4.2.1. Chỉ định phẫu thuật**

#### *4.2.1.1. Chỉ định phẫu thuật theo vị trí u*

Bảng 3.7 cho thấy vị trí u thường gặp nhất ở vùng hang môn vị chiếm tỷ lệ 51,36%, ở bờ cong nhỏ là 32,4%, còn bờ cong lớn là 2,7%, thân vị là

13,5%. Không có bệnh nhân nào có u vùng tâm phình vị, phân chia vị trí theo JGCA, u hay gặp nhất là vùng 1/3 dưới (67,57%), sau đó đến 1/3 giữa dạ dày (31,08%), 1/3 trên dạ dày chiếm tỷ lệ thấp nhất (1,35%). Tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ của các tác giả Lê Thanh Sơn, nghiên cứu trên 106 ca, có tới 54,7% số bệnh nhân có khối u lớn nằm ở toàn bộ vùng hang, môn vị [104]. Trịnh Hồng Sơn gặp ung thư hang vị là 55,88% và BCN là 28,76% [1]. Nguyễn Xuân Kiên, ung thư 1/3 dưới: 58,3%; 1/3 giữa: 29,2%; 1/3 trên: 9,7%; toàn bộ dạ dày: 2,8% [34]. Đặng Trần Tiến cho biết ung thư 1/3 dưới chiếm 52,6% [106]; Wei W.(Trung Quốc), 1/3 trên: 5,6%; 1/3 giữa: 39,6% còn 1/3 dưới: 54,8% [107]. Nghiên cứu của Shen Z.L, trên 1637 bệnh nhân UTBMDD của Trung Quốc cho thấy u 1/3 trên: 15,8%; 1/3 giữa: 19,9%; 1/3 dưới: 60,3%; toàn bộ dạ dày: 4% [108]. Vị trí khối u quyết định phương pháp cắt dạ dày. Kết quả nghiên cứu có 9 BN (12,16%), cắt toàn bộ dạ dày (87,84%) theo vị trí u. Chúng tôi chỉ định cắt dạ dày như sau:

- U 1/3 dưới dạ dày (bờ trên khối u cách tâm vị  $\geq 6$  cm): cắt bán phần dưới dạ dày.

- U 1/3 giữa dạ dày (bờ trên khối u cách tâm vị  $\geq 6$  cm): cắt bán phần dạ dày.

- U 1/3 giữa dạ dày (bờ trên khối u cách tâm vị  $< 6$ cm): cắt TBDD.

- U 1/3 trên dạ dày: cắt toàn bộ dạ dày.

Chúng tôi có 1 BN (1,35%) ở vị trí giáp ranh giữa 1/3 giữa và 1/3 trên, khối u lan lên trên cách tâm vị 3cm, nên xếp vào vị trí 1/3 trên. Cắt thực quản đoạn bụng trên tâm vị 2 cm. Do đó mép cắt trên ở thực quản cách khối u  $\geq 5$  cm, bảo đảm qui định về cắt dạ dày triệt căn. Căn cứ vào vị trí u, chỉ định cắt dạ dày chúng tôi tương tự các tác giả trong nước và nước ngoài: Hồ Chí Thanh [22], Đỗ Văn Tráng [23], chỉ định PTNS cắt bán phần dạ dày, vét hạch D2 cho UTDD 1/3 dưới. Tác giả Toshihiko Shinohara và cs [14] chỉ định PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 với vị trí u 1/3 trên 40%, 1/3 giữa 53%, toàn bộ dạ

dày 7%. Tác giả Fabio Cianchi và cs. [68] chỉ định PTNS cắt bán phần dạ dày vét hạch D2 với vị trí u 1/3 dưới là 58,5%, 1/3 giữa là 41,5%; PTNS sử dụng Robotic với vị trí 1/3 dưới là 66,7%; 1/3 giữa là 33,3%. Tác giả Ke Chen và cs. (2013) [13] chỉ định PTNS cắt bán phần dạ dày vét hạch D2 cho 139 BN ung thư 1/3 dưới dạ dày. Như vậy vị trí u là một yếu tố quyết định cho chỉ định phương pháp cắt dạ dày.

#### 4.2.1.2. Chỉ định phẫu thuật theo kích thước u

Kích thước u là một yếu tố quan trọng giúp cho chẩn đoán sơ bộ bệnh ở giai đoạn sớm hay muộn và cũng là yếu tố quan trọng trong chỉ định phương pháp cắt DD và vét hạch. Nghiên cứu của chúng tôi u có kích thước từ 1 – < 3 cm chiếm tỉ lệ cao nhất với 48,65% (36 bệnh nhân), các u kích thước 3 - <5 cm gặp 29 BN (39,19%), có 5 trường hợp (6,76%) khối u kích thước từ 5cm trở lên.

Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và nước ngoài: Nguyễn Xuân Kiên cho thấy u < 2cm chiếm 14,6%, 2-5 cm gặp 46,6% kích thước trung bình là  $5,01 \pm 2,24$  cm [34]. Vũ Hải kích thước u < 3cm chiếm 14%, từ 3-10cm chiếm 76,1% và có 9,3% u > 10cm [109]. Bozzetti F. và cs. thấy kích thước u dưới 2cm; từ 2-5 cm và trên 5cm, trên 10 cm lần lượt là: 23,5%; 50,3%; 22,5% và 3,7% [110]. Wei W. cho thấy u nhỏ hơn hoặc bằng 2,5 cm chiếm 13,4% còn từ 2-5cm và trên 5cm có tỷ lệ lần lượt là 47,2% và 39,4% [107]. Trong nghiên cứu 2405 bệnh nhân UTDD, Zhao L.Y thấy có tới 64,8% u có kích thước 2,5- 7,5cm, kích thước nhỏ hơn 2,5cm có 19,4% và kích thước trên 7,5 cm chỉ có 15,8% [111]. Shen. Z. L nhận thấy kích thước u trung bình 5,5cm ở những BN Trung Quốc và 3,5 cm ở những BN Hàn Quốc [108]. Từ các kết quả nghiên cứu cho thấy kích thước u thay đổi rất nhiều nhưng đều có tỷ lệ cao trong khoảng 2-5 cm, kích thước trung bình dao động từ 3,5cm tới 5,5cm. Kích thước u càng lớn thì khả năng mổ thăm dò và nối vị

tràng ngày càng cao. Theo Vũ Hải [10], kích thước khối u < 3cm không có trường hợp nào nổi vị tràng và mổ thăm dò; kích thước u từ 3- 6cm tỷ lệ nổi vị tràng là 5,6%, mổ thăm dò là 0,1%; kích thước u từ 6-10cm tỷ lệ nổi vị tràng là 23,3%, mổ thăm dò là 6,0%. Trong nghiên cứu, có 5 BN (6,76%) có u kích thước trên 5cm nhưng không có trường hợp nào kích thước u lớn hơn 6,5 cm. Tất cả 74 BN (100%) có kích thước u khác nhau (Bảng 3.8) đều được chỉ định PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng. Nghiên cứu của các tác giả Ke Chen và cs. (2014) [12] có kích thước u trung bình là  $3,6 \pm 3,0$  cm; Yanfeng và cs. (2016) [15] có kích thước u trung bình là  $4,0 \pm 2,0$  cm; Ke Chen và cs. (2013) [13] kích thước u trung bình là  $3,8 \pm 2,1$ cm; Fabio Cianchi và cs. (2016) [68] kích thước u trung bình là  $5,3 \pm 0,5$  cm đều chỉ định PTNS cắt dạ dày vét hạch D2.

#### 4.2.1.3. Chỉ định phẫu thuật theo các thể giải phẫu bệnh

Kết quả của chúng tôi cho thấy: Thể loét chiếm tỉ lệ cao nhất (43,25%), sau đó là thể loét sùi (40,54%), loét thâm nhiễm (13,51%), sùi (2,7%), không gặp trường hợp nào thể thâm nhiễm. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Kiên, Nguyễn Minh Hải và Đặng Trần Tiến là thể loét có tỷ lệ cao nhất [33], [34], [1], [106]. Các dạng thể loét, loét sùi, loét thâm nhiễm, sùi (Bảng 3.9) đều khu trú ở các vị trí khác nhau của dạ dày, do đó vẫn được chỉ định PTNS cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng. Theo tác giả Vũ Hải [109], thể thâm nhiễm có tỷ lệ mổ thăm dò và nổi vị tràng cao (15,6% và 32,8%) do thể này có tính chất thâm nhiễm lan rộng toàn bộ dạ dày, nhiều trường hợp dạ dày cứng như mo cau. Tác giả chỉ định cắt bán phần dạ dày theo thể giải phẫu bệnh với tỷ lệ như sau: thể sùi là 57,7%, thể loét là 87,0%, thể thâm nhiễm là 35,9%, thể kết hợp là 49,3%. Chỉ định cắt TBDD: thể sùi 23,1%, thể loét 4,3%, thể thâm nhiễm 15,6%, thể kết hợp 20,9%.

#### 4.2.1.4. Chỉ định phẫu thuật theo độ xâm lấn

Xâm lấn khối u theo hệ TNM năm 1997 tại bảng 3.10, xâm lấn chủ yếu là T2 (35,14%), T3 (58,11%). Còn T1 có 5 BN chiếm tỷ lệ thấp 6,76%. Xâm lấn T1 5 BN (6,76%) được chỉ định PTNS cắt bán phần đầu dưới dạ dày vét hạch D2. Xâm lấn T2 chỉ định cắt bán phần đầu dưới dạ dày 25 BN (33,79%) và cắt toàn bộ dạ dày 1 BN (1,35%) vét hạch D2, D2 mở rộng. Xâm lấn T3 chỉ định cắt bán phần đầu dưới dạ dày 35 BN (47,30%) cắt toàn bộ dạ dày 8 BN (10,81%) vét hạch D2, D2 mở rộng. Sở dĩ độ xâm lấn T1 vét hạch đến D2, xâm lấn T2,T3 vét hạch mở rộng đến chặng N3,N4 bởi vì: Theo hướng dẫn điều trị UTDD của các tác giả Nhật Bản năm 2010 [59], năm 2014 [6] trong mổ không xác định được hạch di căn đến chặng nào, chỉ xác định được bằng MBH sau mổ. Do đó PTV nghi hạch di căn đến chặng nào thì vét đến chặng đó, để tránh sót tế bào ung thư và giai đoạn bệnh. Chỉ định PTNS cắt bán phần dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2,D2 mở rộng chúng tôi căn cứ vào vị trí u và các chặng hạch theo tác giả Kodama [52] và hội nghiên cứu ung thư dạ dày Nhật Bản (JRSGC) [26]. Để vét hạch đến mức nào, chỉ định vét hạch còn phải căn cứ vào độ xâm lấn T1,T2,T3,T4.

Xâm lấn T1 nhiều tác giả chỉ định vét hạch D2: Hồ Chí Thanh PTNS cắt bán phần dạ dày cho 9 BN (9,2%) xâm lấn T1 [22]. Đỗ Văn Tráng PTNS cắt bán phần dạ dày vét hạch D2 cho 26 BN (37,1%) cho xâm lấn T1 [23]. Nguyễn Quang Bộ và cs [103] chỉ định phẫu thuật D2 cho 11 BN (19,6%) UTDD cho xâm lấn T1. Ke Chen và cs. (2013) [13] chỉ định PTNS cắt bán phần dạ dày vét hạch D2 cho 70 BN (50,4%) xâm lấn T1. Toshihiko Shinohara và cs. (2009) [14] chỉ định PTNS cắt TBDD cho 24 BN xâm lấn T1 trên tổng số 55 BN. Ke Chen và cs. (2014) [12] PTNS cắt bán phần DD vét hạch D2 cho 109 BN trên 204 BN ung thư dạ dày xâm lấn T1. Nghiên cứu vét hạch D2 cho xâm lấn T1 của các tác giả cho kết quả tốt, không tăng biến

chúng, thời gian phẫu thuật không kéo dài thêm. Qua chỉ định của các tác giả trên, chúng tôi thấy vét hạch D2 cho xâm lấn thành dạ dày mức T1 là cần thiết. Xâm lấn T2, T3, T4 các tác giả chỉ định cắt bán phần, hoặc toàn bộ dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng, D3. Vũ Hải [109] cắt bán phần dạ dày T2 (95,1%) T3 (84,5%); cắt toàn bộ dạ dày T3 (12,1%), T4 (9,4%). Nguyễn Quang Bộ [103] cắt bán phần dạ dày và toàn bộ dạ dày vét hạch D2 với T2 (48,2%), T3 (32,2%). Đỗ Văn Tráng [23] PTNS cắt bán phần đầu dưới dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng chỉ định cho T2 là 21 BN (30%), T3 là 20 BN (28,6%), T4 là 3 BN (4,3%). Hồ Chí Thanh [22] PTNS cắt bán phần đầu dưới dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng chỉ định cho T2 (44,9%), T3 (45,9%). Yanfeng Hu và cs. [15] chỉ định PTNS cắt bán phần dạ dày vét hạch D2 cho mức xâm lấn T2 (25,4%), T3 – T4a (73,8%), T4b (0,8%). Ke Chen và cs. (2014) [12] chỉ định cắt bán phần dưới vét hạch D2 cho mức xâm lấn T2 là 36 BN, T3 là 31 BN, T4 là 64 BN trên tổng số 240 BN. Toshihiko Shinohara và cs. [14] chỉ định PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 với T2-T4 là 31 BN trên tổng số 55 BN. Ke Chen và cs. (2013) [13] chỉ định PTNS cắt bán phần dưới dạ dày vét hạch D2 cho T2 (12,9%), T3 (15,8%), T4 (29,5%). Hội PTNS tiêu hóa Hàn Quốc đã có thử nghiệm KLASS-02 đã chỉ định PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 cho 1050 BN ung thư dạ dày xâm lấn T2-T4a. Các kết quả nghiên cứu trên chỉ định cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng cho xâm lấn T1,T2,T3,T4 cho thấy phẫu thuật an toàn, biến chứng thấp. Các tác giả PTNS cắt DD, vét hạch D2, D2 mở rộng chỉ định cho mức xâm lấn T1-T4. Chúng tôi chỉ định PTNS cắt DD, vét hạch D2, D2 mở rộng cho độ xâm lấn T1,T2,T3.

#### *4.2.1.5. Chỉ định phẫu thuật theo phân loại vi thể ung thư dạ dày*

Ung thư dạ dày có nhiều loại khác nhau, có chỉ định điều trị khác nhau như: u lympho dạ dày không phải Hodgkin điều trị tia xạ với hóa chất, hoặc

phẫu thuật cắt rộng dạ dày nhưng không nạo vét hạch. Các u nguồn gốc trung mô (sacrom cơ trơn, fibrosarcom, schwannome), u nguồn gốc biểu mô (u carcinoit, carcinome dạng biểu bì, carcimorarcome). Các loại ung thư trên chiếm tỷ lệ thấp, phương pháp điều trị bằng nội khoa hoặc nếu phẫu thuật thì không vét hạch. Ung thư biểu mô dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất, ung thư này xuất phát từ niêm mạc dạ dày, xâm lấn vào thành dạ dày và di căn đến nhóm hạch thuộc các chặng khác nhau. Ung thư biểu mô dạ dày được chỉ định cho cắt dạ dày (cắt bán phần dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày, cắt dạ dày hình chêm,...) vét hạch D1,D2, D2 mở rộng, D3.

Chúng tôi chỉ định PTNS cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng cho UTBM dạ dày. Tại bảng 3.12 thấy UTBM tuyến ống chiếm tỷ lệ 44,59%, sau đó đến UTBM kém biệt hóa 33,79% ; UTBM tuyến nhú, tuyến nhầy, không biệt hóa, tế bào nhẵn lần lượt là 1,35%; 8,11%; 1,35%; 10,81%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy UTBM tuyến ống chiếm tỷ lệ cao nhất, kết quả này tương tự như kết quả của các tác giả trong nước.

Nguyễn Xuân Kiên gặp UTBM tuyến ống là 40,3%, UTBM kém biệt hóa là 33,3% [34]. Nguyễn Minh Hải tỷ lệ UTBM tuyến ống là 53,3%, UTBM kém biệt hóa là 28,61%, UTBM tuyến nhú 1,2%, UTBM tế bào nhẵn 4,8%[33]. Lê Thanh Sơn gặp UTBM tuyến ống là 33,1%, UTBM kém biệt hóa là 31,2% [104]. Các loại UTBM tuyến vẩy, tế bào vẩy rất hiếm gặp, thường dưới 1% và có tiên lượng xấu hơn cả; Đặng Trần Tiến gặp 2% [106].

UTBM tế bào nhẵn chiếm tỷ lệ 10,81%, đây là type ung thư có độ ác tính cao. Theo nhiều tác giả nhận thấy UTBM tế bào nhẵn có tiên lượng xấu hơn một cách có ý nghĩa so với các type mô học khác. Sự khác biệt này có thể do các tế bào u có xu hướng tách rời nhau, do đó dễ di căn và dễ xâm nhập sâu hơn. UTBM tuyến nhầy và UTBM tế bào nhẵn là hai loại UTBM dạ dày có biểu hiện chế nhầy nội bào hoặc ngoại bào hoặc cả hai nội và ngoại bào.

Nhiều tác giả cho biết UTBM tuyến nhầy thường xâm nhập mạnh và hay gặp ở giai đoạn muộn hơn, do đó tỷ lệ sống thêm của UTBM tuyến nhầy thấp hơn type không nhầy. Trong trường hợp UTBM nhầy giai đoạn muộn, nên phẫu thuật rộng mô xung quanh và nạo vét hạch kỹ hơn.

Đối với UTBM tuyến nhú, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 1,35%, tương tự với Nguyễn Minh Hải 1,2% [33], thấp hơn Hồ Chí Thanh (9,2%) [22]. Theo Yasuda, tỷ lệ UTBM tuyến nhú tới 11,5%, tác giả còn nhận thấy thời gian sống thêm 5 năm của bệnh nhân type này thấp hơn một cách có ý nghĩa so với các bệnh nhân type khác [112]. Các tác giả trong nước và tác giả nước ngoài chỉ định PTNS cũng như mổ mở, cắt dạ dày vét hạch D1,D2,D3 điều trị UTBM dạ dày [1],[11],[12],[13],[14],[15],[18],[22],[23],[33],[68],[103],[104].

#### *4.2.1.6. Chỉ định phẫu thuật theo giai đoạn bệnh*

Bảng 3.13 giai đoạn bệnh sau mổ theo WHO 1997, kết quả như sau: giai đoạn Ia, Ib, II, IIIa, IIIb lần lượt là 2,70%; 18,92%; 29,73%; 40,54%; 8,11%. Như vậy giai đoạn II, IIIa, là chủ yếu. Phẫu thuật cắt bán phần dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày được chỉ định theo giai đoạn bệnh. Trong nghiên cứu có 65 BN (87,84%) cắt bán phần đầu dưới dạ dày; 9 BN (12,16%) cắt toàn bộ dạ dày cho các giai đoạn bệnh từ giai đoạn Ia đến giai đoạn IIIb. Giai đoạn bệnh chỉ được đánh giá đúng khi có kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ. Vì trước mổ không đánh giá chính xác được giai đoạn bệnh, nên chúng tôi thấy cần thiết vét hạch D2 cho giai đoạn Ib (T2N0 hoặc T1N1). Giai đoạn Ia (T1N0) xâm lấn T1, không có di căn hạch, theo chúng tôi không nên chỉ định vét hạch D2 cho giai đoạn này, nhưng do không xác định chính xác độ xâm lấn, có hay không di căn hạch trước và trong mổ, nên có thể vét hạch D2 vì thời gian phẫu thuật không kéo dài thêm, tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ thấp.



Giai đoạn II (T3N0, T2N1, T1N2) chỉ định vét hạch D2 là hợp lý, nhiều tác giả cũng chỉ định như vậy. Cũng như trình bày ở trên, trước mổ không xác định được di căn hạch đến chặng nào, hạch nhảy cóc, số lượng hạch di căn, do đó chúng tôi thấy cần thiết vét hạch D2 mở rộng cho giai đoạn này. Kết quả nghiên cứu cho thấy giai đoạn II, IIIa, IIIb có 16 BN (21,62%) di căn hạch mở rộng chặng N3, N4. Vì vậy vét hạch D2 mở rộng để tránh bỏ sót giai đoạn bệnh. Nghiên cứu của các tác giả chỉ định vét hạch D2, D2 mở rộng cho giai đoạn bệnh từ giai đoạn Ia đến giai đoạn IV. Đỗ Văn Tráng [23] giai đoạn bệnh Ia, Ib, II, IIIa, IIIb, IV lần lượt là 31,4%; 20,0%; 15,7%; 10,0%; 12,9%; 10,0%. Hồ Chí Thanh [22] giai đoạn Ia, Ib, II, IIIa, IIIb, IV lần lượt là 6,1%; 19,4%; 19,4%; 14,3%; 24,5%; 16,3%. Như vậy là 2 tác giả này chỉ định PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 cho giai đoạn Ia, Ib là khá cao. Tác giả Kitano S và cs. (2006) [56] PTNS cho 1185 BN ung thư dạ dày sớm thấy di căn chặng N2 là 0,5%, nên tác giả chỉ định cho cả ung thư dạ dày sớm. Các tác giả khác cũng chỉ định vét hạch D2, D2 mở rộng cho các giai đoạn UTDD sớm và UTDD tiến triển như: Ke Chen và cs. (2014) [12] giai đoạn I, II, III lần lượt là 128, 45, 67 BN. Toshihiko Shinohara và cs. (2009) [14] giai đoạn Ia, Ib, II, IIIa, IIIb, IV lần lượt là 22%, 9%, 22%, 20%, 9%, 18%. Ke Chen và cs. (2013) [13] giai đoạn I, II, III lần lượt là 50,4%; 18,05%; 31,7%. Fabio Cianchi và cs. (2016) [68] giai đoạn bệnh I, II, III lần lượt là 36,6%; 36,6%; 26,8%. Yanfeng Hu và cs. (2016) [15] giai đoạn Ia, Ib, II, IIIa, IIIb, IV lần lượt là 16,8%; 12,3%; 26,4%; 13,3%; 28,9%; 2,1%. Để tiện theo dõi về chỉ định cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng theo giai đoạn bệnh của các tác giả, chúng tôi lập bảng 4.1 dưới đây:

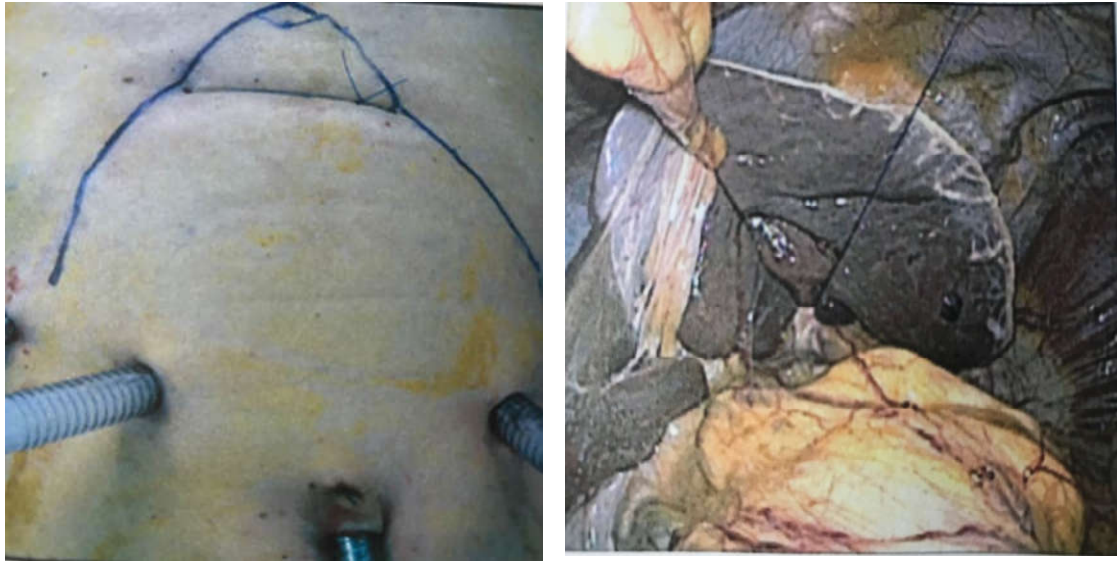
**Bảng 4.1: Chỉ định cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng theo giai đoạn bệnh.**

Tác giả	Ia (%)	Ib (%)	II (%)	IIIa (%)	IIIb (%)	IV (%)
Chúng tôi	2,7	16,2	35,1	35,6	9,5	
Đỗ Văn Tráng [23]	31,4	20,0	14,3	14,3	10	10
Nguyễn Xuân Kiên [34]	11,1	10,4	20,1	13,9	13,9	30,6
Nguyễn Minh Hải [33]	2,4	20,2	17,8	25,0	21,4	13,1
Trịnh Hồng Sơn [1]	0,65	3,92	9,48	25,16	36,27	24,52
Hồ Chí Thanh [22]	6,1	19,4	19,4	14,3	24,5	16,3
Toshihiko Shinohara và cs. [14]	22	9	22	20	9	18
Yanfeng Hu và cs. [15]	16,8	12,3	26,4	13,3	28,9	2,1

Qua bảng trên ta thấy, các tác giả chỉ định vét hạch D2 cho UTDD sớm chiếm tỷ lệ cao. Một số tác giả chỉ định vét hạch D2, D2 mở rộng cho giai đoạn bệnh IV.

#### **4.2.2. Một số đặc điểm kỹ thuật**

Trong phẫu thuật nội soi, cần tạo phẫu trường đủ rộng để vét hạch được thuận lợi. Một phẫu thuật viên tại một bệnh viện Hàn Quốc [113] có sáng kiến tạo ra một “van” hình tam giác. Van này có một kim khâu đơn sợi dài 90 cm, đưa vào khoang bụng, khâu cố định vào màng trên của dạ dày hoành thực quản, sau đó đưa kim ra ngoài và buộc cố định lại (hình 4.1 và hình 4.2). Nó có thể thay thế một trocar và giải phóng tay cho người phụ.



**Hình 4.1: Dây và lỗ đặt van chữ V    Hình 4.2: Phẫu trường được nhìn rõ**

*Nguồn: [113]*

Chúng tôi ứng dụng tạo trường mổ nội soi nhờ giải phẫu dạ dày di động cùng với mạc nối lớn, để tạo trường mổ. Phẫu thuật viên cặp vào thân dạ dày mặt trước nơi không có mạch máu kéo lên góc phải, mạc nối lớn di chuyển lên góc gan để tạo ra vùng mổ phẫu tích mạc nối lớn khỏi đại tràng ngang. Các dụng cụ kẹp vào dạ dày và mạc nối lớn tuân theo nguyên tắc bộc lộ hình tam giác cân sẽ tạo trường mổ rõ ràng. Do dạ dày có khối lượng nặng nên lực kéo cần vừa đủ tránh rách thành dạ dày và không tác động trực tiếp vào thương tổn như khối u ung thư. Đối với mặt sau dạ dày có thể bộc lộ bằng cách mở mạc nối lớn, sau đó dùng dụng cụ luồn vào mặt sau để nâng lên, trọng lực của đại tràng ngang sẽ giúp hạ thấp đại tràng hướng xuống dưới tạo khoang để vào hậu cung mạc nối và mặt sau dạ dày rộng dần khi phẫu tích.

Ứng dụng sự di động của dạ dày đại tràng, mạc nối lớn với trọng lực của các nội tạng khi mổ nội soi là việc nghiêng bàn mổ khi phẫu tích vị trí bên phải hoặc bên trái làm bộc lộ vùng mổ tối đa, khắc phục nhược điểm trường mổ hẹp. Đây là ứng dụng cần sự ước lượng và tư duy chính xác nhưng rất có lợi.

Để phẫu tích các thương tổn phức tạp trong một phẫu thuật cắt dạ dày nội soi nhất là nạo vét hạch trong ung thư, PTV cần nhớ rõ giải phẫu và nhận diện các cấu trúc giải phẫu liên tục tránh nhầm lẫn trong suốt quá trình mổ. Sử dụng dụng cụ phẫu tích vừa phẫu tích bộc lộ vừa nhận biết chi tiết với từng vị trí khác nhau.

Trong quá trình phẫu thuật, xây dựng các bước kỹ thuật giữa các tác giả có khác nhau: Đỗ Văn Tráng 10 bước [23], Hồ Chí Thanh 6 bước [22], Trịnh Hồng Sơn và cs.[1], Tanimura và cs. 8 bước [114]. Vết hạch  $D_2$ ,  $D_2$  mở rộng phụ thuộc vào vị trí của khối u [26],[52].

- Vị trí U 1/3 dưới dạ dày, vết hạch  $D_2$ ,  $D_2$  mở rộng gồm vết hạch chặng  $N_1$  (3,4,5,6), chặng  $N_2$  (1,7,8,9) và ít nhất một hạch chặng  $N_3, N_4$ .

- Vị trí U 1/3 giữa dạ dày, vết hạch  $D_2$ ,  $D_2$  mở rộng gồm vết hạch chặng  $N_1$ , (3,4,5,6,1), chặng  $N_2$ : (7,8,9,11,2,10) và ít nhất một hạch chặng  $N_3, N_4$ .

- Vị trí U 1/3 trên dạ dày, vết hạch  $D_2$ ,  $D_2$  mở rộng gồm vết hạch chặng  $N_1$ : (1,2,3,4), chặng  $N_2$ :(5,6,7,8,9,10,11) và ít nhất một hạch chặng  $N_3, N_4$ .  
Thực hiện các bước phẫu thuật chúng tôi thấy thuận lợi và khó khăn sau:



**Hình 4.3: Tư thế bệnh nhân**

*Nguồn: BN Đông Văn T, 54 tuổi, MBA: 15268978*

**\* Bước 1:** Đặt trocar, bơm CO<sub>2</sub>, đánh giá tổn thương.

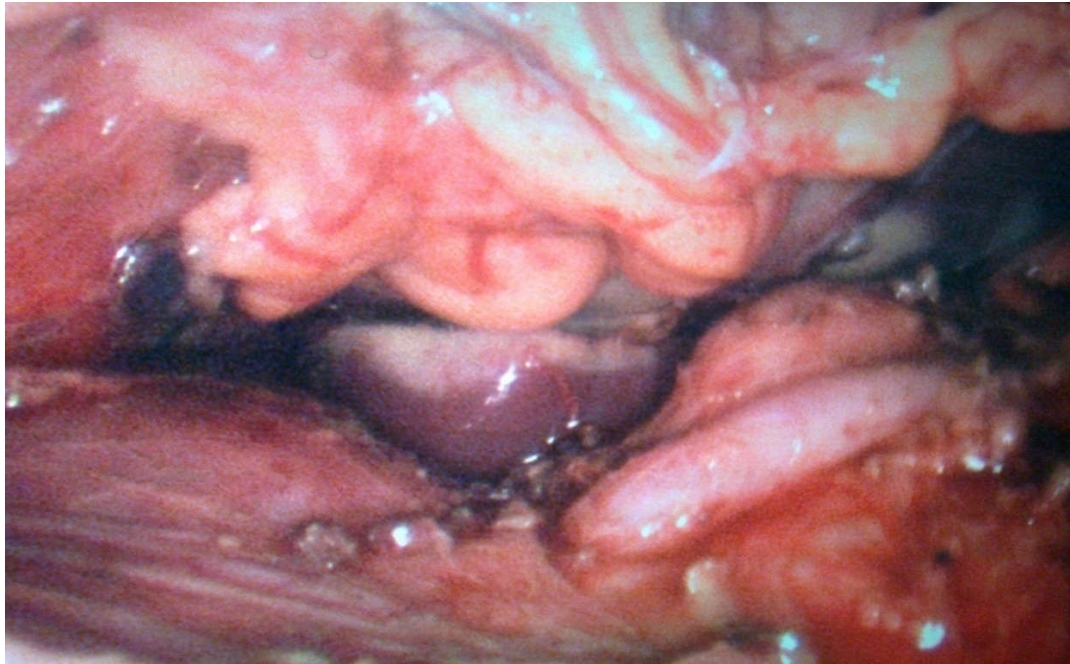
Chúng tôi sử dụng 5 trocar. Đỗ Văn Tráng sử dụng 4 trocar cho 50 bệnh nhân, 5 trocar cho 19 bệnh nhân, 6 trocar cho 01 bệnh nhân [23]. Còn đa số các tác giả sử dụng 5 trocar [23],[65],[97]. Chúng tôi thấy rằng, nếu sử dụng 4 trocar thì vết hạch D<sub>2</sub> mở rộng rất khó khăn, còn sử dụng 5 trocar vết hạch có thuận lợi hơn. Trong quá trình đánh giá tổn thương, nếu thành dạ dày xâm lấn T<sub>4</sub> (vào cấu trúc lân cận), di căn xa, chúng tôi loại khỏi nghiên cứu. 74 BN đánh giá tổn thương mặt trước dạ dày thuận lợi. Việc đánh giá tổn thương mặt sau dạ dày gặp khó khăn hơn, phải mở mạc nối lớn vào hậu cung mạc nối 42 trường hợp (56,76%).

**\* Bước 2:** Cắt mạc nối lớn, vết hạch nhóm 4,6,14, cắt động mạch vị mạc nối trái, động mạch vị mạc nối phải.

Có một tỷ lệ nhất định mạc nối lớn dính vào cực dưới của lách. Khi nâng mạc nối lớn lên để thăm dò tổn thương, hoặc giải phóng mạc nối lớn, mạc nối lớn bị căng kéo bong chỗ bám vào cực dưới lách gây chảy máu. Do đó trước khi giải phóng mạc nối lớn, chúng tôi dùng dao siêu âm cắt điểm bám này. Giải phóng mạc nối lớn ở vị trí giữa đại tràng ngang thuận lợi, giải phóng sang phải phía đại tràng gặp khó khăn. Vùng này mạc treo đại tràng ngang, tá tràng, ống môn vị, đầu tụy chập dính vào nhau, phẫu tích nhóm 6,14 dễ chảy máu, nên PTV, phụ mổ phải phối hợp nhịp nhàng, phẫu tích cẩn thận. Nhóm 4 được lấy theo cùng dạ dày.

**\* Bước 3:** Vết hạch vùng cuống gan. Chúng tôi thấy vết hạch mở rộng gồm nhóm 12 sau dưới tĩnh mạch gan và nhóm 13 gặp khó khăn. Vị trí phẫu thuật viên chuyển sang bên phải bệnh nhân (36 trường hợp) thì thấy vết hạch thuận lợi hơn. Vết hạch nhóm 12 nằm sau tĩnh mạch gan dễ bị tổn thương. Tĩnh mạch khi phẫu tích dễ bị chảy máu, nên PTV vết hạch nhóm này phải hết sức thận trọng và tỉ mỉ. Vết hạch nhóm 13 cũng rất khó khăn, PTV phẫu

tích làm di động tá tràng, lật mặt sau đầu tụy lên, vết hạch nhóm 13. Còn nhóm 5, nhóm 12 bên trái cuống gan (động mạch gan riêng), bên phải cuống gan (ống mật chủ) vết thuận lợi, không chảy máu.



**Hình 4.4: Vết hạch nhóm 5, 12 cắt động mạch vị phải**

*Nguồn: BN Đồng Văn T. 54t. MBA: 15268978*

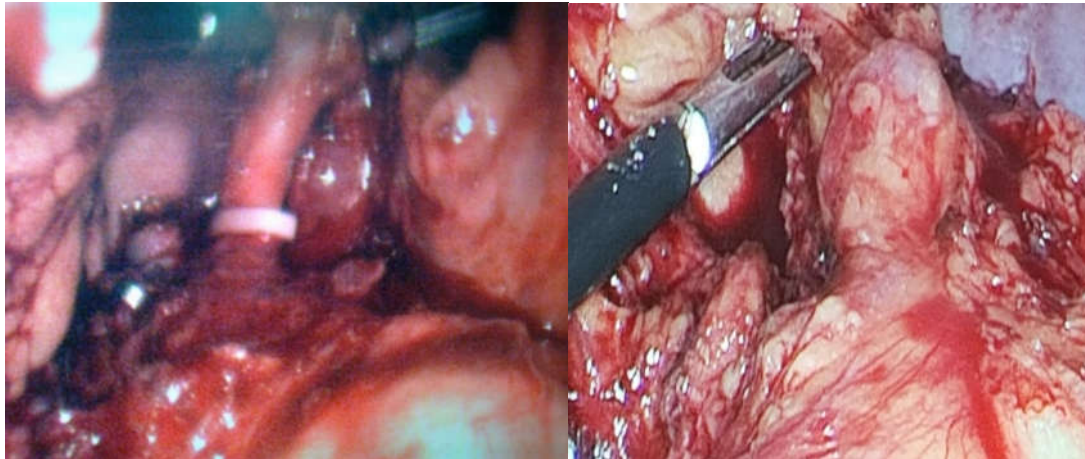


**Hình 4.5: Vết hạch nhóm 12 sau tĩnh mạch gánh**

*Nguồn : BN Đồng Văn T. 54t. MBA : 15268978*

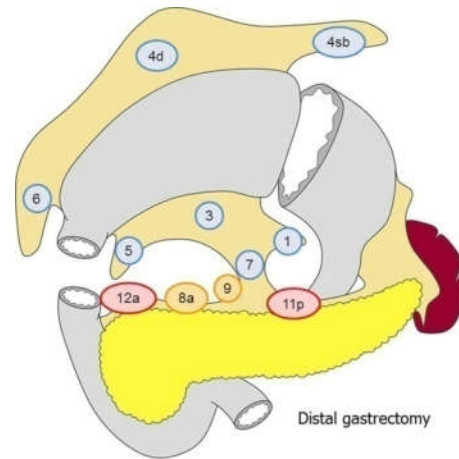
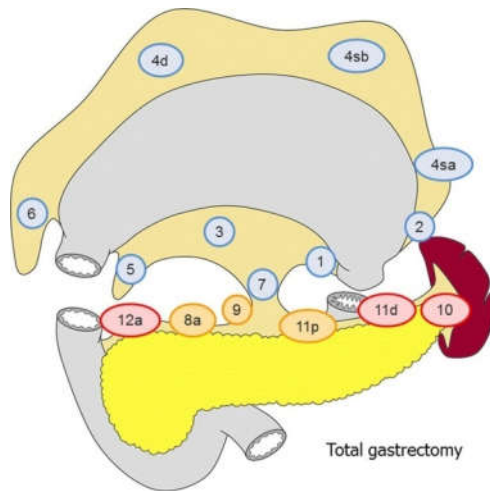
\* **Bước 4:** Giải phóng mạc nối nhỏ, vét hạch nhóm 8,7,9,11,10,16, cắt động mạch, tĩnh mạch vị trái. Vét hạch nhóm 8 thuận lợi. Vét hạch nhóm 7,9,11 từ mặt trước dạ dày 8 BN (10,81%), vét hạch nhóm 7,9,11 từ mặt sau dạ dày 66 BN (89,19%).

Trong 66 trường hợp (89,19%) vét hạch nhóm 7,9,11 từ mặt sau dạ dày, chúng tôi thấy thuận lợi hơn so với vét hạch từ mặt trước dạ dày (10,81%), vì dạ dày được cố định ở đầu dưới và đầu trên, người phụ nâng mặt sau dạ dày lên, tĩnh mạch vị trái và động mạch vị trái được căng ra, bờ trên tuy được bộc lộ, cuống lách cũng được bộc lộ, vét hạch nhóm 10 cũng thuận lợi (vét hạch nhóm 10 cho vị trí khối u ở 1/3 giữa, 1/3 trên dạ dày). Vét hạch nhóm 10 có 25 BN (33,78%) gồm: 1 BN u 1/3 dưới dạ dày, 23 BN u 1/3 giữa dạ dày, 1 BN u 1/3 trên dạ dày. Vét hạch nhóm 10 khó khăn, do cuống lách có nhiều nhánh tĩnh mạch, động mạch, lách dễ vỡ, nhất là cuống lách ngắn.



**Hình 4.6:** Vét hạch nhóm 8, 7, 9, 11  
cắt động mạch, tĩnh mạch vị trái  
Nguồn : BN Đồng Văn T., 54 tuổi  
MBA : 15268978

**Hình 4.7:** Vét hạch nhóm 7, 9, 11, 10  
Nguồn: BN Đồng Văn T, 54 tuổi  
MBA : 15268978



**Hình 4.8: Cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2**

**Hình 4.9: Cắt bán phần dưới dạ dày vét hạch D2**

*Nguồn: Hướng dẫn điều trị UTDD năm 2014 của Nhật Bản [6]*

\***Bước 5:** Vét hạch nhóm 1 và 2 (vét hạch nhóm 2 đối với khối u ở 1/3 trên, 1/3 giữa dạ dày, nhóm 3 được lấy theo cùng dạ dày). Vét hạch các nhóm này thuận lợi không gặp khó khăn.

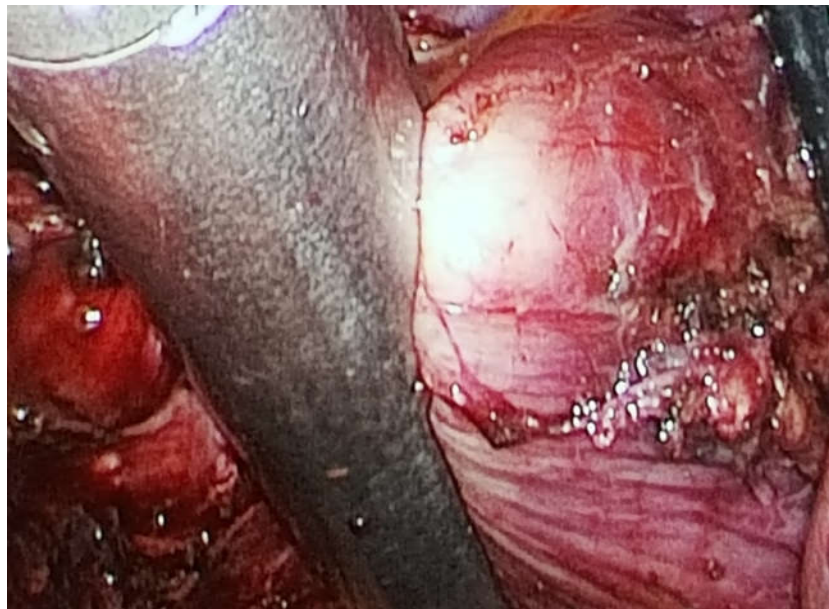
\***Bước 6:** Cắt và đóng tá tràng. Cắt tá tràng bằng Stapler, đưa dụng cụ qua trocar 12 cắt tá tràng thuận lợi.

- Cắt và đóng tá tràng bằng stapler 61 BN (82,43%) thuận lợi.
- Cắt tá tràng bằng dao điện 13 BN (17,57%) gặp khó khăn do vết mổ nhỏ, tá tràng nằm ở sâu.

Tác giả Đỗ Văn Tráng [23] cắt và đóng mồm tá bằng stapler 13 trường hợp, khâu tăng cường mồm tá tràng bằng mũi chữ u, hoặc khâu vắt. Còn 57 trường hợp tác giả cắt tá tràng bằng dao điện. Hồ Chí Thanh [22] cắt tá tràng bằng stapler 69 trường hợp, khâu tăng cường mồm tá bằng khâu vắt, 29 trường hợp cắt mồm tá bằng dao điện. Chúng tôi khâu tăng cường mồm tá bằng 3 mũi chỉ rời ở 2 đầu và giữa mồm cắt nhằm tránh bong ghim, không có trường hợp nào rỉ rò mồm tá tràng. Hai tác giả trên khâu tăng cường mồm tá



nhằm cầm máu và chống sùi rò. Hồ Chí Thanh cắt và đóng tá tràng ở bước 3, sau đó tiếp tục vét hạch nhóm 1,3,7,8a,9,11p. Đỗ Văn Tráng cắt tá tràng ở bước 8. Điểm giống nhau giữa chúng tôi và tác giả Đỗ Văn Tráng là vét hạch xong mới cắt tá tràng, khác biệt với Hồ Chí Thanh (cắt tá tràng xong, tiếp tục vét hạch các nhóm hạch còn lại).

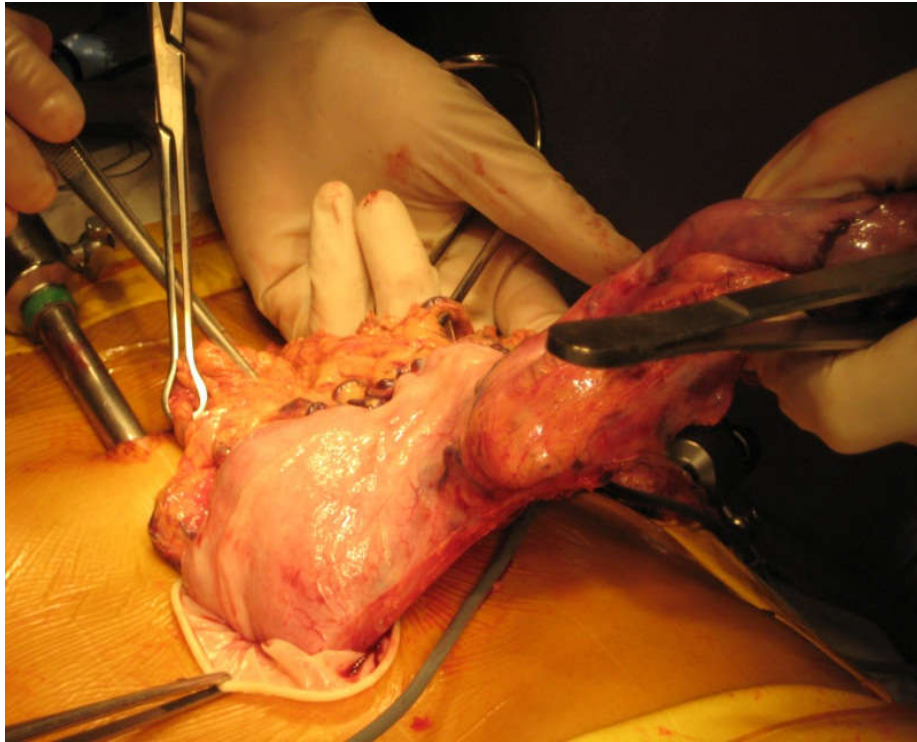


**Hình 4.10: Cắt và đóng mổ tá tràng**

*Nguồn: BN Đồng Văn T. 54 tuổi. MBA: 15268978*

**\*Bước 7:** Cắt dạ dày, phục hồi lưu thông tiêu hóa.

Cần phải lưu ý khi kéo dạ dày ra ngoài, không được kéo quá mạnh làm căng góc dạ dày gây chảy máu, phải che phủ vết mổ tốt không để khối u chạm trực tiếp vào thành bụng gây phát tán tế bào ung thư. Thực hiện phục hồi lưu thông tiêu hóa gặp khó khăn khi bệnh nhân có chỉ số BMI lớn. Trong 9 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày, chúng tôi thực hiện miệng nối thực quản – hồi tràng khó khăn do vết mổ nhỏ, thực quản ở sâu.



**Hình 4.11: Cắt dạ dày**

*Nguồn: BN Đồng Văn T. 54 tuổi. MBA: 15268978*

Chúng tôi vét hạch D2 cho 7 BN (9,46%), đó là những trường hợp u có kích thước nhỏ, độ xâm lấn T1, T2, nên vét hạch thuận lợi. 67 BN (90,54%) vét hạch D2 mở rộng, chúng tôi thấy không khó khăn hơn vét hạch D2 với những trường hợp u có kích thước lớn, xâm lấn T2, T3, những trường hợp được vét D2 mở rộng chỉ vét thêm một, hoặc một số hạch chặng N3, N4. Thời gian vét hạch D2 mở rộng cũng không kéo dài hơn.

*\* Các phương pháp cắt dạ dày và phục hồi lưu thông tiêu hóa*

Trong 74 bệnh nhân nghiên cứu, cắt bán phần dạ dày 65 bệnh nhân (87,84%); cắt toàn bộ dạ dày 9 BN (12,16%). Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ của các tác giả, cắt bán phần là chủ yếu, cắt toàn bộ dạ dày chiếm tỷ lệ thấp [1],[109],[115]. Nghiên cứu của các tác giả phần lớn chỉ định cắt bán phần đầu dưới dạ dày cho ung thư ở 1/3 dưới dạ dày [1],[12],[22],[23],[24],[67]. Nghiên cứu về cắt TBDD còn thấp, trong 9 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày

chúng tôi bảo tồn không cắt lách. Việc cắt lách hay không cắt lách trong mổ mở cũng như mổ nội soi còn nhiều tranh cãi. Tác giả Usui S và cs. [82] trong nghiên cứu của mình, đã phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 cho 78 bệnh nhân ung thư dạ dày. Tác giả so sánh 59 bệnh nhân bảo tồn lách với 19 bệnh nhân cắt lách và kết luận bảo tồn lách là khả thi và an toàn. Chúng tôi cắt toàn bộ dạ dày bảo tồn lách 9 bệnh nhân không chảy máu, không tổn thương tụy, lách, mạch máu. Theo hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Nhật Bản năm 2014 [6] không nên cắt lách, trừ khi khối u T2 – T4 xâm lấn trực tiếp vào lách.

Những năm gần đây, phẫu thuật nội soi cắt bán phần đầu dưới dạ dày tăng nhanh, nhưng phẫu thuật nội soi cắt TBDD cũng ít hơn so với cắt bán phần. Lý do là trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày thực hiện miệng nối thực quản – hồng tràng khó khăn hơn.

Năm 1993 đến năm 1997, Azagra J.S phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày cho 13 bệnh nhân UTDD [116]. Năm 1999, Uyama I. và cs., cắt toàn bộ dạ dày nội soi, kết hợp với cắt lách, thân và đuôi tụy, nạo vét hạch D2 cho 2 BN UTDD tiến triển. Thành công này cho thấy về mặt kỹ thuật, PTNS có thể áp dụng cho UTDD giai đoạn tiến triển khi còn có thể cắt bỏ được dạ dày, kết hợp với vét hạch D2 mở rộng, cắt lách và đuôi tụy [74]. Năm 2013, Azagra J.S. và cs., đã có báo cáo phẫu thuật nội soi cắt TBDD cho UTDD tiến triển [65]. Gần 11 năm đến tháng 3 năm 2018, Toshihiko Shimnohara và cs., đã phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày, vét hạch D2, xâm lấn thành dạ dày từ T1 đến T4 cho 55 bệnh nhân UTDD tiến triển. Tác giả kết luận phẫu thuật này là khả thi về mặt kỹ thuật và an toàn với bác sĩ có kinh nghiệm [14].

Tháng 2 năm 2016, tại hội nghị phẫu thuật nội soi châu Á, Usui S. và cs., đã báo cáo phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 [82]. Tác giả kết luận PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 là khả thi với kết quả ngắn hạn.

Trong nghiên cứu, 9 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 an toàn trong và sau mổ.

Tại bảng 3.14 phục hồi lưu thông theo phương pháp Péan là 4,05%, Finsterer là 51,35%, Roux-en-Y là 37,84%, Omega là 6,76%. Sự phục hồi lưu thông tiêu hóa phụ thuộc vào vị trí u, kích thước u, độ xâm lấn và thói quen của phẫu thuật viên. 65 BN cắt bán phần dạ dày có 3 BN (4.05%) phục hồi lưu thông tiêu hóa bằng phương pháp Péan, 38 BN (51,35%) bằng phương pháp Finsterer, 24 BN (32,43%) bằng phương pháp Roux-en-y. Với các phương pháp này, sự lưu thông tiêu hóa sau mổ đều tốt. Nguyễn Văn Bộ [103] thực hiện miệng nối Polya 66,07%; Roux -en-y 14 BN (25%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, 9 BN cắt toàn bộ dạ dày nội soi có 4 BN (5,41%) thực hiện miệng nối Roux-en-y; 5 BN(6,76%) thực hiện miệng nối Omega; không có trường hợp nào rò rỉ miệng nối. Tác giả Toshihiko Shinohara và cs., thực hiện miệng nối thực quản – hồng tràng bằng nội soi cho 55 BN cắt toàn bộ dạ dày, không có trường hợp nào rò rỉ [14].

Phương pháp Roux-en-Y là phương pháp ưa thích để chống trào ngược đề phòng viêm dạ dày thực quản, ung thư miệng nối. Phương pháp này có thể áp dụng cho cắt bán phần dạ dày và toàn bộ dạ dày. Phương pháp Péan có ưu điểm đơn giản về mặt kỹ thuật, chỉ có một miệng nối, bảo đảm sinh lý. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn bị trào ngược, khó áp dụng ở bệnh nhân béo phì, không thực hiện được với khối u lớn ở vị trí 1/3 dưới gần 1/3 giữa hoặc 1/3 giữa dạ dày vì phải cắt dạ dày cách khối u trên 6 cm. Phương pháp Finsterer được áp dụng nhiều nhất cho cắt bán phần đầu dưới dạ dày, nó cho kích thước miệng nối phù hợp và lưu thông tiêu hóa tốt. Còn phương pháp Omega được thực hiện ít, áp dụng chủ yếu cho cắt toàn bộ dạ dày.

\* **Bước 8:** Đặt dẫn lưu, kiểm tra và đóng thành bụng.

Sau khi cắt dạ dày, phục hồi lưu thông tiêu hóa, tiến hành rửa ổ bụng, kiểm tra xem có chảy máu không, tiếp tục đặt dẫn lưu dưới gan, hồ lách qua các trocar 2 bên mạng sườn. Sau đó đóng thành bụng và các lỗ trocar.

### **4.3. Kết quả PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng**

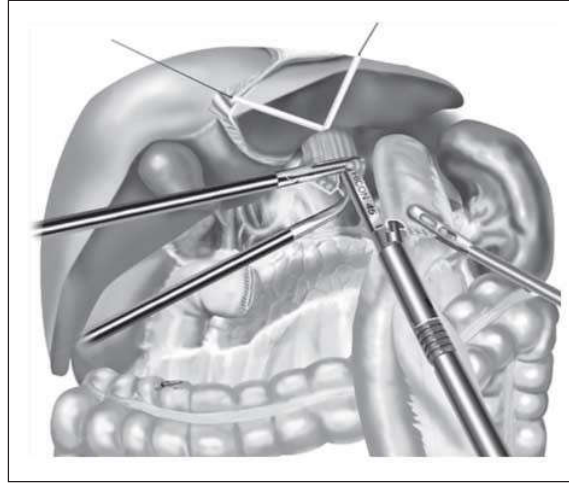
#### **4.3.1. Kết quả trong mổ**

##### *4.3.1.1. Thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan*

So sánh thời gian mổ nội soi với mổ mở, các tác giả trên thế giới : Tamimura S. và cs., [114]; Zhen- Hong Zu và cs. [85]; Hoon Hur và cs. [11]; Yanfeng Hu và cs. [15]; Ming Cui và cs. [67] đều kết luận thời gian mổ nội soi dài hơn mổ mở.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là  $174,39 \pm 46,58$  phút, phù hợp với Hồ Chí Thanh là  $186,1 \pm 48,49$  phút [22], Đỗ Minh Hùng và cs., là  $182,8 \pm 35,5$  phút [99] ngắn hơn các tác giả Đỗ Văn Tráng là  $211,1 \pm 47,22$  phút [23], Triệu Triều Dương là 267 phút [18], Phạm Đức Huân và cs., là  $206,5 \pm 48,2$  [98], Tanimura S. và cs., là 242 phút [117], Fabio Cianchi và cs. là  $262 \pm 8,6$  phút [68].

Bảng 3.15: Thời gian phẫu thuật của nhóm cắt toàn bộ dạ dày lâu hơn nhóm cắt bán phần đầu dưới dạ dày; thời gian cắt toàn bộ dạ dày nhanh nhất là 190 phút; lâu nhất là 300 phút. Tác giả Toshihiko Shinohama và cs. thời gian phẫu thuật nội soi trung bình cắt toàn bộ dạ dày là 406 phút [14]. Tác giả thực hiện miệng nối bằng esophagojejunostomy Stapleol qua nội soi, nên thời gian phẫu thuật lâu hơn chúng tôi.



**Hình 4.12: Nội thực quản dạ dày – hồng tràng trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày nội soi.**

*Nguồn: [14]*

Chúng tôi chia BN có chỉ số BMI liên quan đến thời gian phẫu thuật thành 3 nhóm: nhóm 1 có chỉ số BMI nhỏ hơn hoặc bằng 18,5 kg/m<sup>2</sup>, nhóm 2 có chỉ số BMI từ 18,6-24,9 kg/m<sup>2</sup>, nhóm 3 có chỉ số BMI từ 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>. Nhóm 1 có thời gian phẫu thuật trung bình là 116 ± 50,99 phút, nhóm 2 là 173,61 ± 46,79 phút; nhóm 3 là 197,5 ± 45,83 phút. Qua bảng 3.16 chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật không phụ thuộc vào BMI; có lẽ do bệnh nhân nhóm 1 (5BN), nhóm 3 (4BN) còn ít, nên chúng tôi không thấy thời gian phẫu thuật của nhóm BN thiếu cân, thừa cân, ngắn hơn hoặc kéo dài hơn BN có chỉ số BMI trung bình. Tác giả Noshiro H. và cs., thấy nhóm BN béo phì thời gian phẫu thuật kéo dài hơn nhóm BN có BMI trung bình và dưới trung bình, nhưng được hưởng lợi do PTNS giảm đau, phục hồi nhanh [118].

Bảng 3.17 chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật của nhóm T1 là 174 ± 40,31 phút, không khác biệt so với nhóm T2, T3 với  $p > 0,05$ . Có lẽ nhóm T1 số lượng BN còn ít (4BN). Số lượng chưa đủ lớn để có kết quả chính xác.

#### *4.3.1.2. Tai biến và biến chứng trong phẫu thuật.*

Trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi không có trường hợp nào tổn thương mạch máu lớn phải chuyển mổ mở và phải truyền máu. Đỗ Văn Tráng [23], Hồ Chí Thanh [22] cũng không có trường hợp nào, tổn thương mạch máu lớn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như tác giả khác, trong mổ mất máu ít. Chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào nào vỡ lách, thủng đại tràng, thủng ống mật chủ. Chúng tôi có 3 trường hợp (4,05%) rách mạc treo đại tràng ngang. Đây chính là những bệnh nhân trong nhóm thừa cân, chúng tôi đã tiến hành khâu lại mà không phải thêm trocar hay chuyển đổi phương pháp. Khi phẫu tích bóc lá trước của mạc treo đại tràng ngang dễ thủng hay gặp ở những bệnh nhân béo phì.

#### ***4.3.2. Kết quả nạo vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày.***

##### *4.3.2.1. Số hạch vét được theo phương pháp phẫu thuật*

Trong 74 bệnh nhân có 65 BN cắt bán phần dạ dày, số hạch vét được 1465 hạch, trung bình là  $22,54 \pm 2,13$  hạch. Cắt TBDD có 9 BN, số hạch vét được là 237 hạch, số hạch vét được trung bình là  $26,33 \pm 0,74$  hạch. Chúng tôi thấy vét hạch nhóm toàn bộ dạ dày thuận lợi hơn nhóm cắt bán phần đầu dưới dạ dày vì các hạch dọc theo BCL, BCN được lấy theo cùng dạ dày liền một khối ra ngoài. Số hạch vét được trung bình của nhóm cắt bán phần đầu dưới dạ dày ít hơn số hạch vét được trung bình của nhóm cắt toàn bộ dạ dày.

Tổng số hạch vét được là 1702 hạch, trung bình là  $23,00 \pm 2,34$  hạch/BN; ít hơn các tác giả: Fabio Cianchi và cs. là  $30,5 \pm 2,0$  [68]; Liz Y. và cs. là  $33 \pm 13$  [20]; Usui và cs., là  $39,9 \pm 17,0$  [82]; Cui M. và cs., là  $29,3 \pm 11,8$ . [86]; Lee J. và cs., là 25 hạch [69]; tác giả Toshihiko Shinohara và cs. (41 hạch) [14] nhiều hơn các tác giả Đỗ Văn Tráng, trung bình vét được 15,3

$\pm 7,34$  hạch/BN [23], Nguyễn Minh Hải và cs. vét được 16,5 hạch [96], Phạm Đức Huân và cs. là  $15,99 \pm 6,6$  hạch/ BN [98]; tương đương với các tác giả Đỗ Minh Hùng và cs. là  $21,7 \pm 7,2$  hạch [99]. Trong phẫu thuật mở mở: Trịnh Hồng Sơn vét được trung bình là 17,6 hạch/BN [1]; Nguyễn Minh Hải là  $19 \pm 7,7$  [33]; Giuliani A và cs., là 22,59 hạch [32]; Wu C.W. và cs., là 33,67 hạch [58]; Degiuli M. và cs., là 37,3 hạch [119].

Nghiên cứu của các tác giả so sánh phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở mở cho thấy không có sự khác biệt về nạo vét hạch: Tamimura S. và cs., (2008) [117]; Wang W. và cs (2013) [84]; Shinohara T. và cs (2013) [83]; Zhen – Hong Zou và cs., (2014) [85]; Lu C. và cs., (2015) [21]; Yanfeng Hu và cs., (2016) [15]; Liz và cs., (2016) [20]; Hu Y và cs., (2016) [19]. Các tác giả kết luận PTNS điều trị UTDD an toàn, kết quả điều trị có thể so với mở mở, bảo đảm đảm được nguyên tắc về mặt ung thư học. Nhưng nó có ưu điểm giảm đau, hồi phục nhanh, giảm ngày nằm điều trị và thẩm mỹ. Tuy nhiên, tác giả Zhou D và cs. (2014) đã tiến hành một phân tích meta, nghiên cứu gồm 1100 BN được lựa chọn, so sánh giữa nhóm LADG và nhóm ODG, phân tích cho thấy đường cong học tập có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật nội soi và mở mở; một PTV phải hoàn thành 40 trường hợp PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 mới đạt được kết quả tối ưu [120].

#### 4.3.2.2. Đặc điểm di căn hạch

Hạch bạch huyết là con đường di căn chính của UTDD. Có hay không có di căn hạch là yếu tố quan trọng trong tiên lượng UTDD, do đó vét hạch là cần thiết. Theo Trịnh Hồng Sơn [1] trong nhóm UTBM dạ dày còn có thể cắt được thì có đến 81,8% đã di căn hạch. Di căn hạch có thể xảy ra cả ở giai đoạn sớm, di căn hạch không phụ thuộc vào lứa tuổi.



Bảng 3.19 các hạch được vét theo nhóm, vét hạch ở mức D2, D2 mở rộng tổng số hạch vét được là 1702 hạch, trung bình vét được 23 hạch/BN ít hơn các tác giả Antonio Viúdez- Berral và cs. [24], Ke Chen và cs. (2014) [12], Toshihiko Shinohara và cs. (2009) [14], Ming Cui và cs. (2012) [67]; nhiều hơn tác giả Hồ Chí Thanh [22], Đỗ Văn Tráng [23]. Trong nghiên cứu, nhóm 2 có 12 mẫu bệnh phẩm (âm tính) được vét MBH là tổ chức mỡ. Tương tự nhóm 10 cũng vậy, có 8 mẫu bệnh phẩm của nhóm 10 không có hạch, chỉ là tổ chức mỡ. Phiên bản tiếng Anh lần 3 của JGCA năm 2011 [5] hướng dẫn tại chặng bạch huyết được cắt bỏ, nếu bệnh phẩm làm mô bệnh học không có cấu trúc hạch thì được ghi nhận là một hạch lympho, ký hiệu ly(-). Như vậy chúng tôi vét hạch có 20 ly(-), vét hạch nhóm 10 khó khăn do có nhiều mạch máu đi vào rốn lách và lách dễ vỡ, hạch rốn lách nằm đan xen giữa các mạch máu, nên vét hạch nhóm này phải thận trọng, tỉ mỉ. Nếu để chảy máu phải cắt lách, thì những trường hợp cắt bán phần dạ dày đầu dưới phải chuyển sang cắt toàn bộ dạ dày, vì dạ dày không còn mạch máu nuôi dưỡng. Trong tổng số 74 BN ung thư dạ dày, hạch di căn vét được là 180 hạch, trung bình  $2,43 \pm 2,38$  hạch di căn/ BN. Tỷ lệ HDC/HVĐ là 10,58%. Các nhóm hạch khác nhau có tỷ lệ HDC/HVĐ khác nhau. Kết quả của các tác giả cũng khác nhau (Bảng 4.2).

**Bảng 4.2. So sánh tỷ lệ di căn hạch ở các nhóm hạch**

Nhóm	Tỷ lệ di căn của các tác giả					
	Aretxabala X.D [121]	Maruyama K. [57]	T. H. Sơn [1]	N. M.Hải [33]	N.X. Kiên [34]	Chúng tôi
1	6,0	25	11,7	24,7	16,5	17,44
2	7,2	10	14,3	3,6	10,5	3,45
3	26,3	53	59,8	41,7	41,6	12,33
4	3,4	39	46,6	30,9	40,2	6,74
5	20,0	9,0	8,8	15,5	19,1	19,78
6	13,3	34	43,5	41,7	38,2	9,95
7	13,3	35	40,6	28,6	22,2	17,33
8	13,0	25	33,6	26,2	20,1	11,56
9	5,5	20	24,2	7,1	22,2	9,91
10	-	9,0	42,9	4,8	9,5	0,00
11	8,6	12	15,85	11,9	11,9	4,63
12	2,7	8,0	17,6	5,9	13,1	7,06
13	1,8	2,0	19,7	3,6	10,8	16,67
14	2,3	4,0	10,5	4,8	11,1	1,52
15	-	1,0	9,4	1,2	8,8	
16	-	8,0	10,2	0	18,9	0,00
BN	300	1931	251	84	144	74

*Nguồn: Aretxabala X.D và cs., [121]; Maruyama K. [57], Trịnh Hồng Sơn [1], Nguyễn Minh Hải [33], Nguyễn Xuân Kiên [34].*

Qua bảng 4.2 ta thấy: theo tác giả Muruyama [57]. Trịnh Hồng Sơn [1], Nguyễn Minh Hải [33], Nguyễn Xuân Kiên [34], các nhóm hạch đều có di căn. Còn tác giả Aretxabala X.D. và cs. [121] nhóm 10, nhóm 15, 16 không có di căn. Chúng tôi vét hạch 15 nhóm hạch, nhóm 10, 16 không có di căn hạch, nhóm 15 không vét hạch, còn các nhóm khác có di căn hạch. Tỷ lệ di

căn hạch ở các nhóm của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ di căn hạch của các tác giả trên. Chúng tôi gặp tỷ lệ di căn hạch nhiều nhất ở các nhóm: nhóm 1 (17,44%), nhóm 3 (12,33%), nhóm 5 (19,78%), nhóm 7 (17,33%), nhóm 8 (11,56%), nhóm 13 (16,67%).

Đối với ung thư 1/3 dưới dạ dày có 50 BN, bảng 3.20 chúng tôi vét 15 nhóm hạch, nhóm 15 không vét hạch. Tổng số vét được là 1119 hạch, tỷ lệ HDC/HVĐ là 11,89%. Nhóm 2 có 12 mẫu âm tính. Nhóm 2,10,16 không di căn hạch, các nhóm khác có di căn hạch. Nhóm 3 (11,46%), nhóm 4 (6,72%), nhóm 5 (26,98%), nhóm 6 (11,39%) có tỷ lệ di căn hạch cao, và các nhóm 7 (19%), nhóm 8 (13,73%), nhóm 9 (12,33%) cũng có tỷ lệ di căn hạch cao. Tỷ lệ di căn hạch của các nhóm này cũng giống nhận xét của tác giả Trịnh Hồng Sơn [1], điều này cũng phù hợp với phân bố vùng giải phẫu bạch huyết của dạ dày: ung thư 1/3 dưới thường lan theo nhóm hạch bờ cong nhỏ (nhóm 3) đổ về chuỗi vành vị (nhóm 7), rồi vào nhóm thân tạng (nhóm 9) cùng với nhóm động mạch gan chung (nhóm 8). Khi vét hạch ở các chặng N3,N4 thấy nhóm 11 di căn hạch tỷ lệ 3,33%; nhóm 12 (8,33%) nhóm 13 (16,67%), nhóm 14 (2,04%). Kết quả nghiên cứu cho thấy đối với UTDD vị trí 1/3 dưới, nên vét hạch nhóm 11,12,13,14. Đặc biệt là nhóm 13 khi di căn hạch nhóm này dễ gây nên tắc mật.

Đối với ung thư 1/3 giữa và 1/3 trên, ở vị trí 1/3 trên có 1 BN, khối u nằm ở điểm giữa 1/3 giữa và 1/3 trên lan lên trên nên chúng tôi xép khối u của BN này ở vị trí 1/3 trên. Tổng cộng có 24 BN ở 2 nhóm này được vét 15 nhóm hạch, nhóm 15 không vét hạch. Tổng số hạch vét được là 583 hạch, HDC/HVĐ là 47 hạch. Tỷ lệ HDC/HVĐ là 8,06%. Nhóm 10 có 8 mẫu vét hạch âm tính, 16 hạch không có di căn. 1 BN ung thư 1/3 trên dạ dày không di căn hạch nhóm 12,13. Ung thư DD ở 1/3 giữa nhóm 12,13 có tỷ lệ di căn hạch là 4,00%; 16,67%. Tác giả Trịnh Hồng Sơn [1], thấy ung thư 1/3 giữa dạ dày

có di căn hạch nhóm 10,11,12,14 nên tác giả đề nghị ở vị trí 1/3 dưới dạ dày cần vét hạch các nhóm 10,11,12,14. Chúng tôi thấy có di căn hạch nhóm 13, nên cũng cần phải vét thêm hạch nhóm 13.

#### 4.3.2.3. Đặc điểm di căn trong vét hạch D2 mở rộng

Chúng tôi vét hạch dựa theo tác giả Kodama Nhật Bản, Hội nghiên cứu UTDD Nhật Bản năm 1995. (mục 2.2.2), vét hạch D1, D2, D3, D4 tương ứng với các chặng hạch N1, N2, N3, N4. Vét hạch D2 mở rộng đối với UTDD 1/3 dưới là vét hạch D2 và ít nhất 1 hạch chặng N3,N4; đối với ung thư 1/3 giữa và 1/3 trên là vét hạch D2 và ít nhất một hạch chặng N3,N4. Phân loại của JGCA 2<sup>nd</sup> chia làm 3 chặng hạch N1,N2, N3; vét hạch D1, D2, D3 cũng tương ứng với các chặng hạch. Còn hướng dẫn điều trị UTDD của JGCA năm 2010 [59], năm 2014 [6] không còn phân chia các chặng hạch, vét hạch D1, D2 được quy định vét những nhóm hạch cụ thể theo phương pháp cắt toàn bộ dạ dày, cắt bán phần dạ dày xa. Cũng theo hướng dẫn này, cắt dạ dày vét hạch D2 mở rộng là vét hạch vượt quá D2.

Bảng 3.22 vét hạch D2 mở rộng có 14 BN ung thư 1/3 dưới dạ dày có tỷ lệ di căn các nhóm 11,12,13,14 lần lượt là 2,70%; 12,17%; 2,70%; 1,35%. Theo Trịnh Hồng Sơn, UTDD 1/3 dưới tỷ lệ di căn ở các nhóm 11, 12,13,14,15,16 lần lượt là: 17,6%; 14,1%; 19,7%; 10,5%; 9,4%; và 10,2% [1]. Theo Hồ Chí Thanh, tỷ lệ di căn hạch nhóm 12b là 0,8%, 12p là 2,5%. 13 là 33,33%, 15 là 7,69% [22]. Bảng 3.23, BN ung thư 1/3 giữa có 2 BN, di căn hạch nhóm 12 là (1,35%), nhóm 13 là (1,35%). Như vậy, chúng tôi có 16 BN di căn hạch mở rộng chặng N3, N4, chiếm tỷ lệ 21,62%. Đỗ Văn Tráng vét hạch D2 mở rộng 11 BN, thấy tỷ lệ di căn là 22,3% [23]. Đào Quang Minh và cs. [115] nạo vét hạch D2 mở rộng là 32,5%, Trịnh Hồng Sơn [1] trong nghiên cứu của mình có vét hạch D2 mở rộng, vét hạch D3. Antonio và cs (2012) so sánh PTNS vét hạch D2 với D2 mở rộng (vét hạch nhóm 16 thuộc

chặng N4) thời gian sống thêm sau 5 năm của nhóm vét D2 là 69,2%, nhóm vét D2 mở rộng (vét hạch nhóm 16) là 70,3% [24]. Năm 2015 Fujita T và cs. [92] đã đánh giá kết quả PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng sử dụng dụng cụ bằng dao siêu âm. Tác giả kết luận không thể tránh khỏi tổn thương do nhiệt gây ra trong quá trình phẫu thuật. Năm 2015, Chen RF và cs. [93] người Trung Quốc đã có báo cáo PTNS cắt dạ dày vét hạch D2 cho 994 BN ung thư dạ dày tiến triển. Tác giả so sánh PTNS cho 330 BN vét hạch D2 và 664 BN vét hạch D2 cộng với vét hạch thuộc nhóm 11, nhóm 12 (nhóm 11, 12 thuộc chặng N3) cho kết quả tốt và an toàn về mặt kỹ thuật. Chen QY và cs (2016) từ tháng 4 năm 2008 đến tháng 12 năm 2014 đã PTNS cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng 1096 BN ung thư dạ dày tiến triển. Tác giả vét hạch nhóm 14v (thuộc chặng N3) cho 151 BN ung thư dạ dày tiến triển, di căn hạch nhóm 14v chiếm tỷ lệ 17,2% [94]. Kidogami S và cs. (2015) phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 và vét hạch nhóm 16a<sub>2</sub> cho 1 bệnh nhân UTDD tiến triển (giai đoạn CT<sub>4a</sub>, N0, M1). Bệnh nhân được điều trị hóa liệu trước mổ [95]. Năm 2016 Kim YW và cs. [89] đã so sánh PTNS sử dụng Robot cho 87 BN và 228 BN ung thư 1/3 dưới DD phẫu thuật nội soi thông thường vét hạch xung quanh động mạch lách (nhóm 10,11 thuộc chặng N3). Tác giả kết luận PTNS sử dụng Robot có lợi hơn LADG trong việc vét hạch D2, đặc biệt là các hạch xung quanh động mạch lách (nhóm hạch mở rộng). Chúng tôi thấy, di căn hạch chặng N3, N4 còn liên quan đến độ xâm lấn (bảng 3.24): xâm lấn T2 di căn hạch mở rộng là 3 BN (2,70%), xâm lấn T3 di căn hạch mở rộng là 14 BN (18,92%) (biểu đồ 3.4). Trong nhóm vét hạch D2 mở rộng, hạch vét được là 341 hạch, hạch di căn là 20 (5,87%). Như vậy vét hạch D2 mở rộng là cần thiết, tránh bỏ sót tế bào ung thư; giai đoạn bệnh để cho phẫu thuật UTDD triệt để càng triệt để hơn. Bởi di căn hạch không tuân tự từ nhóm 1 đến nhóm 16, mà còn có sự di căn hạch nhảy cóc.

#### 4.3.2.4. Đặc điểm di căn hạch nhảy cóc

Theo Otani Y. và cs., di căn hạch nhảy cóc là hiện tượng hạch ở gần khối u (hạch góc công) không bị di căn, nhưng hạch ở xa bị di căn [122]. Theo JGCA 2<sup>nd</sup>, để xác định được hạch nhảy cóc cần vét hạch tối thiểu là D2. Nghiên cứu của chúng tôi có 9 BN không di căn hạch chặng D1, nhưng lại di căn hạch chặng D2 và D2 mở rộng, chiếm tỷ lệ 12,16%. Tác giả Trịnh Hồng Sơn gặp 10,6% [1]; Phan Văn Hội và cs. gặp 5,5% [123]; Hồ Chí Thanh gặp 8,16% [22]; Meonig S.P. và cs. gặp 6,7% [54]. Qua kết quả của các tác giả, cần phải vét hạch D2, hoặc D2 mở rộng để đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ.

#### 4.3.2.5. Di căn hạch và các liên quan

Theo phân loại của UICC lần thứ 5, năm 1997, hạch di căn đã chuyển từ vị trí giải phẫu sang số lượng hạch di căn [45]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh số lượng tuyệt đối của hạch di căn là một yếu tố tiên lượng độc lập, đáng tin cậy và khách quan, có ý nghĩa tiên lượng trong UTDD. Nghiên cứu của chúng tôi có 20 BN (27,6%) không di căn hạch (N0). Trong đó có 7 BN xâm lấn T3 không di căn hạch (9,46%), đó là: BN Vũ Khắc U. 59 tuổi, SLT 543; Nguyễn Đình Đ. 57 tuổi, SLT 3087; Trần L. 71 tuổi, SLT 2813; Nguyễn Xuân B. 37 tuổi, MBA 15266109; Đào Văn H. 56 tuổi, SLT 412; Bùi Hữu H. 51 tuổi, MBA 16144120; Nguyễn Duy D. 66 tuổi, MBA 17144259. Chủ yếu là di căn hạch vùng N1 (63,51%), còn di căn hạch vùng N2 là 9,46%, không có di căn hạch vùng N3.

Khối u càng lớn thì di căn hạch càng cao, khả năng phẫu thuật triệt để càng thấp. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả: khối u càng lớn, độ xâm lấn càng sâu thì di căn càng nhiều [1],[33],[34],[104].

Bảng 3.29, xâm lấn T1 số hạch di căn trung bình là  $0,8 \pm 0,55$  hạch/BN; T2 ( $1,19 \pm 1,30$  hạch/BN); T3 ( $3,37 \pm 2,55$  hạch/BN). Mức độ xâm lấn liên quan chặt chẽ với di căn hạch, độ xâm lấn càng lớn thì di căn hạch

càng nhiều. Theo Vũ Hải, mức độ xâm lấn T1 tỷ lệ di căn hạch là 66%, T2 là 49,2%, T3 là 71,9%, T4 là 99,2% [109]. Tác giả Trịnh Hồng Sơn [1], Nguyễn Quang Bộ [103], Đào Quang Minh [115] cũng thấy di căn hạch tỷ lệ theo độ xâm lấn.

Bảng 3.31 không có sự khác biệt giữa số lượng hạch di căn với vị trí u,  $p > 0,05$ . Có lẽ số lượng UTDD ở 1/3 giữa 23 BN (31,08%), 1,3 trên 1 BN (1,35%) còn thấp. Còn nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn [1], Vũ Hải [109] có sự khác biệt giữa hạch di căn và vị trí u.

### **4.3.3. Kết quả sớm sau mổ**

#### *4.3.3.1. Kết quả hồi phục sớm sau mổ*

Theo dõi ý thức BN sau mổ 6 giờ chúng tôi thấy 73 BN (98,65%) tỉnh tự thở. Chỉ có 1 BN không tự thở, phải thở oxy hỗ trợ, chiếm tỷ lệ 1,35%; BN này có chỉ số BMI thấp, thời gian mổ lâu (245 phút); sau 10 giờ BN tự thở, không phải thở oxy hỗ trợ.

Đánh giá mức độ giảm đau sau mổ, chúng tôi thấy đa số BN đau vừa và đau ít; chỉ có 7 BN (9,46%) đau nhiều, phải dùng thuốc giảm đau. Việc đánh giá này mang tính chất chủ quan, vì không có nhóm mổ mở để so sánh. Với một vết rạch thành bụng 5cm hầu hết các tác giả đều thống nhất PTNS là phẫu thuật xâm hại tối thiểu, BN đỡ đau hơn mổ mở.

Theo dõi phục hồi sau mổ (Bảng 3.33). Thời gian trung tiện trung bình là  $56,07 \pm 9,22$  giờ, tương đương với Phạm Đức Huân và cs., [98], Đỗ Văn Tráng [23], Đỗ Minh Hùng [99], Nguyễn Minh Hải và cs [96]. Trung tiện sau mổ là đánh giá sự hoạt động của cơ quan tiêu hóa, BN có thể ăn sớm, sức khỏe nhanh phục hồi. Zhen- Hong Zou và cs.(2014) [85]; Huang Z và cs. (2014) [80]; Hoon Hur và cs. (2015) [11]; Yanfeng Hu và cs. [15] nghiên cứu đối chứng, các tác giả đều thấy thời gian trung tiện của bệnh nhân PTNS sớm hơn mổ mở. Các BN sau 2 ngày đều có thể tự vận động tại giường, ngồi dậy.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của chúng tôi là  $8,58 \pm 4,10$  ngày, ngắn hơn các tác giả Tanimura S. và cs., [114], Lin J.X. và cs., [124]; và dài hơn các tác giả Phạm Đình Huân và cs., [98], Đỗ Minh Hùng và cs., [99], Đỗ Văn Tráng [23], Hồ Chí Thanh [22]. Các nghiên cứu đối chứng của các tác giả Zhen - Hong Zou và cs. (2014) [85], Huang Z và cs. (2014) [80], Hoon Hur và cs. (2015) [11], Yanfeng Hu và cs. [15] đều khẳng định đỡ đau, hồi phục nhanh là ưu điểm của PTNS.

#### *4.3.3.2. Biến chứng sớm sau mổ*

Sau mổ chúng tôi không gặp trường hợp nào chảy máu sau mổ, xuất huyết tiêu hóa. Áp xe dư, rò mồm tá tràng, rò miệng nối, tắc ruột sớm. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ. Trong 74 BN chúng tôi lo nhất là 9 BN cắt toàn bộ dạ dày, nhưng không có BN nào rò miệng nối thực quản- hỗng tràng. Có 1 BN (1,35%) nhiễm trùng vết mổ do cơ thể suy kiệt, chỉ cần nuôi dưỡng tĩnh mạch, kháng sinh, thay băng hàng ngày, BN liền vết mổ sau 14 ngày. Viêm phổi 1 BN (1,35%), đó là BN có chỉ số BMI thấp, suy nhược cơ thể, đái tháo đường tuýp II, BN được dùng kháng sinh, rút sonde dạ dày, ngồi dậy sớm, thở oxy hỗ trợ, sau 10 ngày BN hết sốt, hết khó thở. Đỗ Văn Tráng gặp 2 trường hợp nhiễm khuẩn mổ, 4 trường hợp sốt và ho [23]. Hồ Chí Thanh gặp biến chứng sau mổ là 4 BN chiếm tỷ lệ 4,08% [22], gồm 1 BN nhiễm trùng vết mổ, 1 BN viêm phế quản. Kitano S. và cs., gặp biến chứng sau mổ là 12,7% gồm chảy máu 1,09%, hẹp miệng nối 2,95%, rò miệng nối 2,10%, áp xe dư 1,43% và nhiễm trùng vết mổ 1,35% [66].

#### *4.3.4. Theo dõi xa sau mổ*

##### *4.3.4.1. Chất lượng sống sau mổ*

Đánh giá chất lượng sống sau mổ của 74 BN được PTNS cắt dạ dày, vết hạch D2, D2 mở rộng, chúng tôi sử dụng thang điểm Spitzer. Bảng 3.36 đánh giá chất lượng sống tại thời điểm 6 tháng sau mổ: có 1 BN có số điểm dưới 5 điểm (1,35%) do cơ thể suy kiệt, không ăn uống được; có 61 BN



(82,43%) đạt điểm 9-10. Đánh giá 12 tháng sau mổ có 1 BN (1,54%) dưới 5 điểm, BN này bị di căn hạch chằng N3 (di căn hạch mở rộng). Như vậy BN đạt điểm 9-10 điểm tăng dần từ 82,43% lên 95,38%. Đa số BN hài lòng với kết quả phẫu thuật. Đỗ Văn Tráng thấy chất lượng sống của BN phục hồi sau 6 tháng là 81,7% [23]. Ikenaga N. và cs., đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ bằng 15 câu hỏi, BN trả lời, thấy phần lớn PTNS có sự cải thiện sau mổ [125]. Adachi Y. và cs., khảo sát chất lượng cuộc sống của BN sau PTNS bằng 24 câu hỏi, phần lớn BN hài lòng với kết quả phẫu thuật, sức khỏe hồi phục, 100% BN ăn được khẩu phần ăn bình thường, cảm giác ngon miệng đạt 95%, tỷ lệ sống 5 năm sau mổ là 90% [61].

#### 4.3.4.2. Thời gian sống thêm sau mổ

Do thời gian theo dõi tất cả BN trong nhóm nghiên cứu chưa đủ 5 năm, nên thời gian sống thêm của BN sau mổ chúng tôi tính theo 2 phương pháp:

- Phương pháp trực tiếp nhằm có một cái nhìn cụ thể về thời gian sống thêm sau mổ thực tế. Đó là phương pháp đánh giá thời gian sống thêm tại thời điểm chọn trước.

- Phương pháp Kaplan-Meier để tính xác suất sống thêm trung bình của nhóm BN sau mổ nói chung, và để so sánh phân tích giữa các nhóm BN hoặc các yếu tố tiên lượng về bệnh. Phương pháp này được chấp nhận rộng rãi, bởi các nhà nghiên cứu như muốn đánh giá về các yếu tố tiên lượng và so sánh giữa các nhóm BN liên quan đến thời gian sống thêm sau mổ. Cách tính này chỉ cho biết xác suất (còn gọi là xác suất có điều kiện) về thời gian sống thêm trong quá trình theo dõi dọc, chứ không phải tỷ lệ thực tế của thời gian sống thêm, vì thế có sự khác biệt về giá trị giữa 2 loại số liệu này.

#### \* Theo dõi thời gian sống thêm theo phương pháp trực tiếp

Vì số BN theo dõi không đủ theo các mức thời gian chọn trước, nên chúng tôi không tính tỷ lệ phần trăm cho thời gian sống thêm theo năm được.

Sau đây chúng tôi chỉ nêu số BN được theo dõi từng mức thời gian tính theo tháng còn sống, và đã chết, cụ thể như sau:

- Thời gian theo dõi 6 - 12 tháng: số BN được theo dõi là 74, còn sống là 73 BN, đã chết là 1 BN.

- Thời gian theo dõi >12 - 18 tháng: số BN theo dõi là 63, còn sống là 61 BN, đã chết là 2 BN.

- Thời gian theo dõi >18 - 24 tháng: số BN theo dõi là 46, còn sống là 46 BN, không có bệnh nhân nào chết trong thời gian theo dõi này.

- Thời gian theo dõi > 24 - 30 tháng: số BN theo dõi là 33, còn sống là 29 BN, đã chết là 4 BN.

- Thời gian theo dõi > 30 - 36 tháng: số BN theo dõi là 16, còn sống là 15 BN, đã chết là 1 BN.

- Thời gian theo dõi > 36 - 42 tháng: số BN theo dõi là 9, còn sống là 8 BN, đã chết là 1 BN.

- Thời gian theo dõi > 42: số BN theo dõi là 6, còn sống là 6 BN, không có bệnh nhân nào chết trong thời gian theo dõi này.

Thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 52 tháng. Với thời gian sống thêm được theo dõi bằng phương pháp trực tiếp, chúng tôi thấy là khả quan. Trong 9 BN đã chết, chúng tôi thấy có 8 BN liên quan đến độ xâm lấn, di căn hạch mở rộng chặng N3,N4: xâm lấn T3 có 2 BN không di căn chặng N3, BN sống được 26 và 36 tháng; có 6 BN chết liên quan đến di căn chặng N3, N4, thời gian sống thấp nhất 1 BN là 13 tháng, thời gian sống lâu nhất 1 BN là 42 tháng. Như vậy là độ xâm lấn càng lớn, di căn hạch đến chặng N3, N4 càng nhiều, thì tiên lượng càng xấu. Vết hạch D2 mở rộng nhằm đánh giá đúng giai đoạn bệnh sau mổ và tiên lượng bệnh sau mổ.

\* Theo dõi thời gian sống thêm sau mổ bằng phương pháp Kaplan Meier

- Thời gian sống thêm trung bình của nhóm nghiên cứu là  $41,51 \pm 2,09$  tháng.
- Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh

Kết quả giai đoạn bệnh theo UICC lần thứ 5 năm 1997, và thời gian sống thêm sau mổ ở bảng 3.38, kết thúc thời gian theo dõi giai đoạn Ia, II hiện còn sống 100%, thời gian sống trung bình của giai đoạn Ib là  $35,71 \pm 2,20$  tháng, IIIa là  $38,56 \pm 2,84$  tháng, IIIb là  $30,29 \pm 6,33$  tháng.

- Giai đoạn Ia và Ib , 16 BN theo dõi 6 tháng đến 52 tháng . 1 BN suy kiệt chết vào tháng thứ 6. (BN có MBA 15266109).
- Giai đoạn II, 22 BN theo dõi 12 tháng đến 45 tháng, không BN nào chết ở giai đoạn này.
- Giai đoạn IIIa, 30 BN theo dõi 13 đến 47 tháng, thời gian sống trung bình  $38,56 \pm 2,84$  tháng. Có 4 BN chết, 1 BN chết ở tháng thứ 16, 1 BN chết ở tháng thứ 26, 1 BN chết ở tháng thứ 29, 1 BN chết ở tháng thứ 36.
- Giai đoạn IIIb, 7 BN theo dõi 13 đến 45 tháng thời gian sống trung bình là  $21,13 \pm 2,68$  tháng. 4 BN đã chết: 1 BN chết ở tháng thứ 13; 2 BN chết ở tháng thứ 25; 1 BN chết ở tháng thứ 42.

Trong luận án của Đỗ Văn Tráng, thời gian sống thêm trung bình ở nhóm giai đoạn III và IV là  $19,8 \pm 3,87$  tháng, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Nghiên cứu thời gian sống thêm sau mổ 5 năm của PTNS cắt dạ dày, vét hạch D2 của các tác giả là: Theo Kim K.H và cs., 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% [126]. 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% [13]. Các tác giả kết luận thời gian sống thêm sau mổ liên quan chặt chẽ với giai đoạn bệnh.

- Thời gian sống thêm trung bình theo di căn hạch vùng.

Bảng 3.39 thời gian sống thêm trung bình theo di căn hạch vùng (theo UICC lần thứ 5) có liên quan chặt chẽ với nhau. Kết thúc thời gian theo dõi di căn hạch vùng N0 không có di căn hạch, 19 BN còn sống (98,65%), 1 BN (1,35%) chết do suy kiệt. Di căn hạch vùng N1 di căn 1-6 hạch có thời gian sống trung bình là  $42,70 \pm 2,08$  tháng. Di căn hạch vùng N2 di căn 7-15 hạch có thời gian sống trung bình là  $29,63 \pm 5,30$  tháng. Như vậy di căn hạch vùng N1 có thời gian sống thêm trung bình lâu hơn chặng N2 với  $p = 0,009$ . Thời gian sống trung bình của 3 nhóm là  $41,51 \pm 2,09$  tháng.

Các tác giả Đỗ Văn Tráng [23], Nguyễn Minh Hải [33], Đỗ Xuân Kiên [34], nhóm không di căn hạch có thời gian sống thêm 2 năm là 100%. Theo Nguyễn Minh Hải di căn hạch vùng N1 có tỷ lệ sống 2 năm là 88,9%, di căn hạch vùng N2 là 86,7%, và N3 là 0%, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [33]. Theo Nguyễn Xuân Kiên, không di căn hạch thời gian sống trung bình là 69,35 tháng, di căn vùng N1 thời gian sống trung bình là 35,55 tháng, N2 là 17,55 tháng, N3 là 13,17 tháng [34]. Như vậy là số lượng hạch di căn là yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTDD.

- Thời gian sống thêm trung bình và độ xâm lấn (theo UICC 1997)

Kết thúc thời gian theo dõi, xâm lấn T1 hiện còn sống là 100%, xâm lấn T2 theo dõi 26 BN có 25 BN còn sống (33,78%), 1 BN đã chết (1,35%). Thời gian sống trung bình của nhóm T2 là  $45,36 \pm 1,61$  tháng. Xâm lấn T3 theo dõi 43 BN, 35 BN còn sống (47,30%), 8 BN đã chết (10,81%). Thời gian sống trung bình của nhóm T3 là  $38,17 \pm 2,21$  tháng. Như vậy thời gian sống trung bình của T2 và T3 không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Kết quả của chúng tôi khác với kết quả của Nguyễn Xuân Kiên. Theo Nguyễn Xuân Kiên, thời gian sống trung bình theo độ xâm lấn T1, T2, T3, T4 lần lượt là: 74,1; 58,22; 36,2; 21,91 tháng [34]. Nguyễn Minh Hải theo dõi 2 năm sau mổ thấy

xâm lấn T1 và T2 sống 100%, T3 là 84,6%, T4 là 0% [33]. Lee S.W và cs., tỷ lệ sống 5 năm sau PTNS xâm lấn T1 là 93,4%; T2 là 70,0%; T3 là 76,7%; T4a là 57,1% [127]. Chen K và cs., PTNS cắt bán phần dưới dạ dày vét hạch D2, tỷ lệ sống 5 năm không bệnh tật ở nhóm xâm lấn T1 là 90,65, T2 là 81,2%; T3 là 67,6%, T4a là 33,9% [13]. Qua kết quả nghiên cứu của tác giả trên, thời gian sống thêm của các giai đoạn xâm lấn T1, T2, T3, T4 có khác nhau, độ xâm lấn càng lớn thì thời gian sống thêm sau mổ càng ngắn. Chúng tôi chưa thấy sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa T2 và T3, có lẽ thời gian theo dõi sau mổ của chúng tôi chưa đủ dài.

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu 74 bệnh nhân ung thư biểu mô dạ dày được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 12 năm 2013 đến tháng 4 năm 2018. Chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

### 1. Ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

*\* Chỉ định:*

- Vị trí ung thư dạ dày: 1/3 dưới dạ dày: 67,57%; 1/3 giữa dạ dày: 31,08%.
- Kích thước u: 1 - < 3cm chiếm tỷ lệ 48,65%; 3 - < 5 cm chiếm tỷ lệ 39,19%.
- Thể giải phẫu bệnh: thể loét: 43,25%; thể loét sùi 40,54%.
- Xâm lấn thành dạ dày (UICC 1997): T2: 35,14%; T3: 58,11%.
- Ung thư biểu mô dạ dày: ung thư biểu mô tuyến ống: 44,59%; ung thư biểu mô kém biệt hóa: 33,79%.
- Giai đoạn bệnh: giai đoạn II chiếm tỷ lệ 29,73%; giai đoạn IIIa chiếm tỷ lệ 40,54%; giai đoạn IIIb chiếm tỷ lệ 8,11%.

Tuổi cao, giới tính, bệnh kết hợp (tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm loét dạ dày), thiếu máu, xuất huyết tiêu hóa, các tình trạng BMI khác nhau không có chống chỉ định phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng.

*\* Kỹ thuật:*

- Sử dụng 5 trocar: 74 bệnh nhân (100%).
- Đánh giá tổn thương mặt sau dạ dày 42 trường hợp (56,76%).
- Vét hạch nhóm 12,13 phẫu thuật viên chuyển vị trí từ đứng giữa hai chân bệnh nhân sang đứng bên phải bệnh nhân 36 trường hợp (48,65%).
- Vét hạch nhóm 7,9,11 từ mặt sau dạ dày 66 trường hợp (89,19%).
- Vét hạch nhóm 10: 25 bệnh nhân (33,78%).

- Vết hạch D2: 9,42%; D2 mở rộng: 90,54%.
- Phương pháp cắt dạ dày: cắt bán phần dạ dày 87,84%; cắt toàn bộ dạ dày 12,16%.
- Cắt tá tràng bằng stapler 82,43%; cắt tá tràng bằng dao điện 17,57%.
- Phục hồi lưu thông tiêu hóa: phương pháp Finsterer 51,35%; Roux-en-Y 37,84%.

## **2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vết hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư dạ dày.**

### *\* Kết quả sớm*

Thời gian phẫu thuật trung bình  $174,39 \pm 46,58$  phút; ngày nằm điều trị trung bình sau mổ là  $8,58 \pm 4,10$  ngày. Tai biến trong mổ là 4,05%; biến chứng sau mổ 2,70%. Không có bệnh nhân tử vong.

### *\* Kết quả nạo vết hạch*

- Số lượng hạch vét được là 1702 hạch, trung bình  $23,00 \pm 2,34$  hạch/bệnh nhân.
- Tỷ lệ hạch di căn trên hạch vét được là 10,58%.
- Ung thư dạ dày 1/3 dưới di căn hạch mở rộng 14 bệnh nhân (18,92%); 1/3 giữa là 2 bệnh nhân (2,70%).
- Vết hạch D2 mở rộng: tỷ lệ hạch di căn trên hạch vét được là 5,87%.
- Di căn hạch vùng: N0 là 27,03%; N1 là 63,51%; N2 là 9,46%.

### *\* Kết quả xa*

- Thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 52 tháng.
- Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ theo thang điểm Spitzer: sau 6 tháng và 12 tháng điểm 9 – 10 tăng từ 82,43% lên 95,38%.
- Thời gian sống thêm trung bình sau mổ là  $41,51 \pm 2,09$  tháng.

## **CÁC CÔNG TRÌNH KHOA HỌC CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. **Phạm Văn Nam, Nguyễn Cường Thịnh, Diêm Đăng Bình (2012).** “Nhận xét qua 225 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày”, *Tạp chí y học thực hành* – Bộ Y tế xuất bản năm 2012, ISSN 1859 – 1663, tr.15-17.
2. **Phạm Văn Nam, Diêm Đăng Thanh, Phạm Việt Hùng (2015).** “Nghiên cứu một số đặc điểm di căn hạch và kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2 mở rộng, điều trị ung thư dạ dày”, *Tạp chí y học thực hành* – Bộ Y tế xuất bản năm 2015, ISSN 1859 – 1663, tr.126-129.
3. **Phạm Văn Nam, Hồ Hữu An, Phạm Việt Hùng, Triệu Triều Dương (2015).** “Nhận xét kết quả điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị bằng phẫu thuật nội soi cắt đoạn dạ dày - Vét hạch D2”, *Tạp chí y học thực hành* – Bộ Y tế xuất bản năm 2015, ISSN 1859 – 1663 tr.153 – 156.
4. **Phạm Văn Nam, Triệu Triều Dương, Hà Văn Quyết (2018).** “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh trong phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày”, *Tạp chí y học thực hành* – Bộ Y tế xuất bản năm 2018, ISSN 1859 – 1663, số 8 (1076), tr.98 – 100.
5. **Phạm Văn Nam, Triệu Triều Dương, Hà Văn Quyết (2018).** “Nghiên cứu kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày”, *Tạp chí y học thực hành* – Bộ Y tế xuất bản năm 2018, ISSN 1859 – 1663, số 9 (1080), tr.126 – 129.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn** (2001), *Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y, Hà Nội.
2. **Jemal A., Bray F., Center M., Ferlay J., Ward E. (2011)**, "*Global Cancer Statistics*", CA CANCER J CLIN, 61(2), pp. 69-90.
3. **Nguyễn Bá Đức, Phạm Hoàng Anh, Nguyễn Chấn Hùng, Nguyễn Mạnh Quốc, (2001)**, "*Đặc điểm dịch tễ học ung thư dạ dày ở Việt Nam*", tài liệu hội thảo lần 2-Trung tâm hợp tác nghiên cứu của tổ chức y tế thế giới về UTDD, Hà Nội, tr.1-7.
4. **Japanese gastric cancer Association (1998)**, "*Japanese classification of gastric carcinoma - 2<sup>nd</sup> English Edition*" gastric cancer, 1, pp. 10-24.
5. **Japanese Gastric Cancer Association, (2011)**. "*Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition*", Gastric Cancer, 14, pp. 101-112.
6. **Japanese Gastric Cancer Association (2017)**. "*Japanese gastric cancer Treatment guidelines 2014 (ver.4)*", Gastric Cancer, pp. 1-19.
7. **Bonenkamp J. J; Hermans J; Sasa M. (1999)**, "*Extended lymphnode dissection for gastric cancer*", The New England Journal of Medicine, 340 (12), pp. 908 – 914.
8. **Nishi M., Omori Y; Mirva K., (1995)**, "*Japanese classification of gastric carcinoma*", Japanese Research Society for gastric cancer, first English edition, Kanehara Co.Ltd, Tokyo, pp. 1-103.
9. **Trịnh Hồng Sơn và Đỗ Đức Vân (1998)**, "*Kết quả theo dõi thời gian sống sau mổ của nhóm bệnh nhân ung thư dạ dày có phẫu thuật nhưng không cắt được dạ dày và khối u*", Y học thực hành, 9 (354), 21-24.

10. **Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Đức Vân (1999)**, “*Bước đầu đánh giá kết quả nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật UTDD*”. Tạp chí thông tin Y Dược, số chuyên đề Ung thư, tr. 62 – 65.
11. **Hoon Hur, Hyun Yong Lee, Hyuk-Joon Lee. et al (2015)**, “*Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: the protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial*”, Hur et al. BMC Cancer, 15:355.
12. **Ke Chen, Yi-Ping Mou\*, Xiao-Wu Xu et al (2014)**, “*Short-term surgical and long-term survival outcomes after laparoscopic distal gastrectomy with D<sub>2</sub> lymphadenectomy for gastric cancer*”, BMC Gastroenterology, 2014, 14:41.
13. **Ke Chen, Xiaowu Xu, Yiping Mou, Yu Pan et al (2013)**, “*Totally Laparoscopic Distal Gastrectomy with D<sub>2</sub> 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. 2013, 10(11), 1462-1470.
14. **Toshihiko Shinohara, Seiichiro Kanaya, Keizo Taniguchi et al (2009)**, “*Laparoscopic Total Gastrectomy With D2 Lymph Node Dissection for Gastric Cancer*”, *Arch Surg*, 144(12), p.1138-1142.
15. **Yanfeng Hu, Changming Huang, Yihong Sun. et al (2016)**, “*Morbidity and Mortality of Laparoscopic Versus Open D2 Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Randomized Controlled Trial*”, *American Society of Clinical Oncology*.
16. **Kitano S. (2012)**, “*Trends in Laparoscopic Gastrectomy in Japan*”, *Laparoscopic Gastrectomy for Cancer: Standard Techniques and Clinical Evidences*, Springer, London, pp. 3-6.

17. **Woo Y, Hyung WJ, Pak Kyung-Ho et al (2011).** *Robotic Gastrectomy as an Oncologically Sound Alternative to Laparoscopic Resection for the Treatment of Early-Stage Gastric Cancer. Arch Surg.*; 146(9): 1086-1092.
18. **Triệu Triệu 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.* 12(4): tr 204-08.
19. **Hu Y., Huang C., Sun Y., Su X. et al (2016),** "Morbidity and Mortality of Laparoscopic Versus Open D2 Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Randomized Controlled Trial", *J Clin Oncol*, 34 (12), pp.1350-1357.
20. **Li Z., Shi Y., Zhao Y., Qian F. et al (2016),** "Efficacy comparison of laparoscopic versus open distal gastrectomy with D2 lymph dissection for advanced gastric cancer", *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*, 19 (5), pp. 530-534.
21. **Lu C., Zhou S, Peng Z, Chen L. (2015),** "Quality of D2 lymphadenectomy for advanced gastric cancer: is laparoscopic-assisted distal gastrectomy as effective as open distal gastrectomy?", *Surg Endosc*, 29 (6), pp.1537-1544.
22. **Hồ Chí Thanh (2016),** *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103.* Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
23. **Đỗ Văn Tráng (2012),** *Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị,* Luận án tiến sĩ khoa học y dược, Đại học y, Hà Nội.
24. **Antonio Viúdez-Berral et al (2012),** "Current management of gastric cancer", *Rev Esp Enferm Dig (Madrid).* Vol. 104. N.3 pp.134-141, 2012.

25. **Đỗ Xuân Hợp (1977)**, "*Dạ dày*", Giải phẫu bụng, Nxb Y học, Hà Nội, tr. 107-124.
26. **Japanese Research society for gastric cancer (1995)**, "*The general rules for gastric cancer study in surgery and pathology*", 11<sup>th</sup> Ed Kanehara Shuppan, Tokyo, Jpn J Surg, 11, pp. 127-145.
27. **Frank. Netter, MD.** "**Atlas giải phẫu người**" NXB Y học 2017.
28. **Moynihan B.** (1914), " Chapter XV: The Operative treatment of cancer of the stomach", *Abdominal Operations*, London, pp. 285-317.
29. **Rouviere.H. (1932)**, *Les lymphatique de l'homme, Anatomie Humaine - Masson Edit, Paris.*
30. **Pissac A., Papamiltiades M. (1981)**, "*Our experience on anotomical injections of the lymphatic vessels*", *Lyphology*, 14, pp. 145-148.
31. **Ngô Quang Dương (1996)**, *Nghiên cứu giá trị một số phương pháp hình thái học chẩn đoán ung thư dạ dày*, Luận án Phó Tiến sĩ khoa học Y - Dược, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
32. **Giuliani a., Caporale A., Corona M. et al. (2004)**, "*Lympha denectomy in Gastric Cancer: Influence on Prognosis of Lymph Node Count.*", *J. Exp. Clin. Cancer Res*, 23(2), pp. 215-224.
33. **Nguyễn Minh Hải (2003)**, *Lựa chọn phương pháp phẫu thuật dựa trên thương tổn xâm lấn thành dạ dày và di căn trong Ung thư biểu mô tuyến dạ dày*, Luận án tiến sỹ Y học, TP. Hồ Chí Minh.
34. **Nguyễn Xuân Kiên (2005)**, *Nghiên cứu một số yếu tố giải phẫu bệnh liên quan đến thời gian sống thêm sau phẫu thuật ung thư dạ dày*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
35. **Aiko T., Sasako M. (1998)**, "*The new Japanese Classification of gastric carcinoma: Points to be revised*", *Gastric cancer*, 1, pp. 25-30.

36. **Union for International Cancer control (UICC), (2009).** *"TNM 7th edition due december changes between the 6th and 7th editions"*.
37. **Borrmann R., (1926),** *Geshwulste des Magens und Duodenums, In: Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie, Henke F, Lubarsch O (eds), Springer-Verlag, Berlin.*
38. **Nguyễn Văn Bình (2006),** *Đặc điểm lâm sàng, hình thái học ung thư dạ dày tại Quân y viện 103, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện quân y.*
39. **Japanese Classification of gastric Carcinoma - 2<sup>nd</sup> English Edition (1998),** *"By international and Japanese gastric cancer Associations"*.
40. **Oota K., Sobin L.H. (1977),** *Histological typing of gastric and esophageal tumours, World Health Organization, Geneva.*
41. **WHO, (2010),** *Tumours of the Stomach, in Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System, International Agency for Research on Cancer (IARC), 69372 Lyon, France, pp. 37-67.*
42. **Cuschieri.A (1986).** *Gastrectomy for gastric cancer; definition and objectives. Br.J.Surg, 73, 7: 513-514*
43. **American Joint Committee on Cancer (1997),** *"Chapter10: Stomach, AJCC cancer staging manual, fifth edition, Part II: Staging of cancer at specific Anatomic sites", Lippincott, Philadelphia, pp. 71-76.*
44. **Manzoni G., Verlato G., Guglielmi A. (1999),** *Classification of lymph node metastases from carcinoma of the Stomach: Comparison of the Old (1987) and the New (1997) TNM systems", World J Surg, 23, pp. 664-669.*
45. **Sobin LH, Wittekin CH - editors (1997),** *"TNM classification of malignant tumors (5<sup>th</sup> edit). International Union Against", Cancer (UICC), New York, Wiley: 59-62.*

46. **Dikken J.L., Cornelis J. H. et al. (2012)**, "*The New American Joint Committee on Cancer/ International Union Against Cancer Staging System for Adenocarcinoma of the Stomach: Increased Complexity without Clear Improvement in Predictive Accuracy*", *Ann Surg Oncol* 19, pp. 2443-2451.
47. **Ouchi K., Sugawara T., et al (1998)**, "*Therapeutic significance of palliative operation for gastric cancer for survival and quality of life*", *J Surg Oncol*, 69, pp. 41-44.
48. **Caschieri A., (1986)**, "*Gastrectomy for gastric cancer: definitions and objectives*", *British Journal of surgery*, 73, pp. 513-514.
49. **Santoro R., Ettorre G. M., Santoro E. (2014)**, "*Subtotal gastrectomy for gastric cancer*", *World J Gastroenterol*, 20(38), pp.13667-13680.
50. **Phạm Gia Khánh (1993)**, "*Ung thư dạ dày*", *Bệnh học ngoại khoa sau đại học, tập II, Học Viện Quân y, Hà Nội*, tr. 56-68.
51. **Ohno M, Nakamura T (2001)**, "*Optimal procedure for lymph node dissection at the splenic hilum and along the splenic artery in proximal T<sub>2</sub> gastric cancer*", *4<sup>th</sup> International gastric cancer congress, New York USA*, pp. 319-323.
52. **Kodama. Y., Sugimachi K., Soejoma K et al. (1981)**, "*Evaluation of extensive lymph node Resection for carcinoma of the stomach*", *World.J.Surg*, 5, pp. 241-248.
53. **Saunders WB (1997)**, "*Adenocarcinoma of the stomach*", *Sabiston DC, Textbook of surgery 15<sup>th</sup> edition*, pp. 893-907.
54. **Moenig S.P., Luebke T. et al. (2005)**, "*Feasibility of Sentinel Node Concept in Gastric Carcinoma: Clinicopathological Analysis of Gastric Cancer With Solitary Lymph Node Metastases*", *Anticancer Research*, 25, pp. 1349-1352.

55. **Tajima Y., Yamazaki K., Masuda Y., Kato M. et al. (2009)**, "Sentinel Node Mapping Guided by Indocyanine Green Fluorescence Imaging in Gastric Cancer", *Annals of Surgery*, 249(1), pp. 58-62.
56. **Kitano S, Yasuda K, Shiraishi N, (2006)**. *Laparoscopic surgical resection for early gastric cancer. European Journal of gastroenterology & Hepatology*; 18:855-861.
57. **Maruyama K., Gunven P. et al. (1989)**, "Lymph Node Metastases of Gastric Cancer General Pattern in 1931 Patients", *Ann.Surg*, 210(5), pp. 596-602.
58. **Wu C.W., Hsieh M.C., Lo S.S., Tsay S.H., Lui W.Y., P'eng F.K. (1996)**, "Relation of number of positive lymph nodes to the prognosis of patients with primary gastric adenocarcinoma", *Gut*, 38, pp. 525-527.
59. **Japanese Gastric Cancer Association (2010)**. "*Japanese gastric cancer Treatment guidelines*", *Gastric Cancer*, (ver.3), pp. 1-11.
60. **Hartgrink H.H. và Velde C.J.H. (2004)**, "*Extended lymph node dissection for gastric cancer: Who may benefit? Final results of the randomized Dutch gastric cancer group trial*", *J Clin Oncol*, 22(11), pp. 2069-2077.
61. **Adachi Y., Suematsu T., Shiraishi N., Katsuta T. et al. (1999)**, "*Quality of life after Laparoscopic - Assisted Billroth I Gastrectomy*", *Annals of Surgery*, 229 (1), pp. 49-54.
62. **Norio Shiraishi, Yoshiaki Hagino, Kazuhiro Yasuda, Yosuke adachi (1999)**, "*Laparoscopic gastrectomy for early Gastric cancer after endoscopic mucosal resection*", *Japan Gastroenterological endoscopy society, Digestive endoscopy*, 0915-5635.
63. **Yahagi N, FuJishiro M, Kakushima N, et al (2004)**, "*Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer using the tip of an electrosurgical snere (thin type)*", *Dig Endosc*, 16: 34-38.

64. **Catalano M.F., Greenen J.E., Schmalz M.J. (1995)**, "Evaluation of submucosal lesions of the upper gastrointestinal tract by Endoscopic Ultrasound", *Gastrointestinal tract by Endoscopic Ultrasound*, *Gastrointestinal Endoscopy*, 361-365.
65. **Azagra J.S., Goergen M. et al. (2013)**, "Total gastrectomy for locally advanced cancer: the pure laparoscopic approach", *Gastroenterology Report*: p. 1-8.
66. **Kitano S., Etoh T. and Shiraishi N. (2005)**, "Laparoscopic Gastrectomy", *The Diversity of Gastric Carcinoma: Pathogenesis, Diagnosis and Therapy*, Springer, Tokyo, pp. 287-298.
67. **Ming Cui, Jia-Di Xing, Wei Yang et al (2012)**, "D2 dissection in laparoscopic and open gastrectomy for gastric cancer", *World J Gastroenterol* 2012 February 28; 18(8): 833-839.
68. **Fabio Cianchi, Giampiero Indennitate, Giacomo Trallori et al (2016)**, "Robotic vs laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: a retrospective comparative mono-institutional study", *BMC Surgery*, 16(1), pp.65.
69. **Lee J., Kim YM., Woo Y. et al (2015)**, "Robotic distal subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer patients with high body mass index: comparison with conventional laparoscopic distal subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy", *Surg Endosc*, 29 (11), pp.3251-3260.
70. **Liao G., Ou X., Liu S.Q., Zhang S.R., Huang W. (2013)**, "Laparoscopy -assisted total gastrectomy with Trans-orally inserted anvil (OrVilTM): A single institution experience", *World J Gastroenterol*, 19(5), pp. 755-760.
71. **Katai H., Lim J. S. (2012)**, "Indications of Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer", *Laparoscopic Gastrectomy for Cancer: Standard Techniques and Clinical Evidences*, pp. 19-22.



72. **Yang H.K. (2012)**, *“Trends of Laparoscopic Gastrectomy in Korea”*, *Laparoscopic Gastrectomy for Cancer: Standard Techniques and Clinical Evidences*, Springer, London, pp. 7-9.
73. **Azagra J.S., Goergen M., De Simone P., Ibariez A.J. (1999)**, *“Minimally invasive surgery for gastrec cancer”*. Surg Endosc. 13(4).
74. **Uyama I., Sugioka A., Matsui H., Fujita J. et al. (1999)**, *“Laparoscopic total gastrectomy with distal pancreato- splenectomy and D2 lymphadenectomy for advanced gastric cancer”*, *Gastric Cancer*, 2, pp. 230-234.
75. **Goto H(1), Yasuda T(1), Oshikiri T(2) et al (2016)**, *“Comparing the short-term outcomes of laparoscopic distal gastrectomy with D1+ and D2 lymph node dissection for gastric cancer”*, *Asian J Endosc Surg*. 2016 May; 9(2): 116-21.
76. **Yu J(1), Hu J, Huang C, Ying M et al (2013)**, *“The impact of age and comorbidity on postoperative complications in patients with advanced gastric cancer after laparoscopic D2 gastrectomy: results from the Chinese laparoscopic gastrointestinal surgery study (CLASS) group”*, *Eur J Surg Oncol*. 2013 Oct;39(10):1144-9.
77. **An J.Y., Cho I., Choi Y.Y. et al. (2014)**, *“Totally Laparoscopic Roux-en-Y Gastrojejunostomy after Laparoscopic Distal Gastrectomy: Analysis of Initial 50 Consecutive Cases of Single Surgeon in Comparison with Totally Laparoscopic Billroth I Reconstruction”*, *Yonsei Med J*, 55(1), pp. 162-169.
78. **Haverkamp L(1), Ruurda JP(1), Offerhaus GJ(2) et al (2016)**, *“Laparoscopic gastrectomy in Western European patients with advanced gastric cancer”*, *Eur J Surg Oncol*. 2016 Jan;42(1):110-5.
79. **Degiuli M(1), De Manzoni G(1), Di Leo A(1) et al (2016)**, *“Gastric cancer: Current status of lymph node dissection”*, *World J Gastroenterol*. 2016 Mar 14; 22(10): 2875-93.

80. **Huang Z, Li G, Xu Y et al (2014)**, “Comparison of laparoscope-assisted D2 radical total gastrectomy and open gastrectomy for gastric cancer”, *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2014 Aug;17(8):781-4.
81. **Wang H, Hao Q, Wang M et al (2015)**, “*Esophagojejunostomy after laparoscopic total gastrectomy by OrVil™ or hemi-double stapling technique*”, *World J Gastroenterol*. 2015 Aug 7;21(29):8943-51.
82. **Usui S., Tashiro M., Haruki S., Arita K. et al (2016)**, “Spleen preservation versus splenectomy in laparoscopic total gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: A comparison of short-term outcomes”, *Asian J Endosc Surg*, 9 (1), pp.5-13.
83. **Shinohara T(1), Satoh S, Kanaya S et al (2013)**, “Laparoscopic versus open D2 gastrectomy for advanced gastric cancer: a retrospective cohort study”, *Surg Endosc*. 2013 Jan;27(1):286-94.
84. **Wang W(1), Li Z, Tang J et al (2013)**, “*Laparoscopic versus open total gastrectomy with D2 dissection for gastric cancer: a meta-analysis*”, *J Cancer Res Clin Oncol*. 2013 Oct;139(10):1721-34.
85. **Zhen-Hong Zou, Zhao LY., Mou T. et al (2014)**, “Laparoscopic vs open D2 gastrectomy for locally advanced gastric cancer: a meta-analysis”, *World J Gastroentero*, 20 (44), pp.16750 – 16764.
86. **Cui M., Li Z., Xing J., Yao Z. et al (2015)**, “*A prospective randomized clinical trial comparing D2 dissection in laparoscopic and open gastrectomy for gastric cancer*”, *Med Oncol*, 32 (10), pp.241.
87. **Li Q(1), Wang J(2), Zhang G(2) et al (2016)**, “Feasibility and safety comparison of laparoscopy-assisted versus open gastrectomy for advanced gastric carcinoma with D2 lymphadenectomy”, *Jpn J Clin Oncol*. 2016 Apr; 46(4): 323-8.

88. **Hao Y, Yu P, Qian F, Zhao Y et al (2016)**, “Comparison of laparoscopy-assisted and open radical gastrectomy for advanced gastric cancer: A retrospective study in a single minimally invasive surgery”, *Medicine (Baltimore)*. 2016 Jun; 95(25):e3936.
89. **Kim YW, Reim D, Park JY et al (2016)**, “*Role of robot-assisted distal gastrectomy compared to laparoscopy-assisted distal gastrectomy in suprapancreatic nodal dissection for gastric cancer*”. *Surg Endosc*. 2016 Apr; 30(4): 1547-52.
90. **Park JM, Kim HI, Han SU et al (2016)**, “Who may benefit from robotic gastrectomy?: A subgroup analysis of multicenter prospective comparative study data on robotic versus laparoscopic gastrectomy”, *Eur J Surg Oncol*. 2016 Dec;42(12):1944-1949.
91. **Tsai SH, Liu CA, Huang KH, Lan YT (2017)**, “Advances in Laparoscopic and Robotic Gastrectomy for Gastric Cancer”, *Pathol Oncol Res*. 2017 Jan; 23(1):13-17.
92. **Fujita T, Ohta M, Ozaki Y et al (2015)**, “*Collateral thermal damage to the pancreas by ultrasonic instruments during lymph node dissection in laparoscopic gastrectomy*”, *Asian J Endosc Surg*. 2015 Aug;8(3):281-8.
93. **Chen RF, Huang CM, Chen QY, Zheng CH et al (2015)**, “*Why the Proximal Splenic Artery Approach is the Ideal Approach for Laparoscopic Suprapancreatic Lymph Node Dissection in Advanced Gastric Cancer? A Large-Scale Vascular-Anatomical-Based Study*”, *Medicine (Baltimore)*. 2015 May;94(18):e832.
94. **Chen QY, Huang CM, Lin JX et al (2016)**, “*Laparoscopic Infrapyloric Area Lymph Node Dissection with No. 14v Enlargement for Advanced Lower Gastric Cancer in Middle Colic Vein Approach*”, *Ann Surg Oncol*. 2016 Mar;23(3):951.

95. **Kidogami S(1), Miyazaki Y, Takahashi T et al (2015)**, “*Laparoscopic Total Gastrectomy with Adrenalectomy after Neoadjuvant Chemotherapy for Advanced Gastric Cancer with Solitary Adrenal Metastasis*”, *Gan To Kagaku Ryoho*. 2015 Nov; 42(12): 1671-3.
96. **Nguyễn Minh Hải, Trần Phùng Dũng Tiến (2010)**, “*Cắt dạ dày nạo hạch qua nội soi hỗ trợ: Nhân 46 trường hợp*”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 14(2), tr. 182-6.
97. **Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Xuân Hùng, Phạm Thế Anh (2007)**, “*Kết quả bước đầu cắt dạ dày với nội soi hỗ trợ điều trị tổn thương loét và ung thư dạ dày*”, *Y học Thực hành* 8, tr 14-17.
98. **Phạm Đức Huấn, Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Văn Tráng và cs (2012)**, “*Kết quả phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nạo vét hạch D2 nội soi*”, *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*. số 1(tập 2): tr 29-33.
99. **Đỗ Minh Hùng, Dương Bá Lập, Phan Thanh Tuấn và cs (2012)**, “*Phẫu thuật cắt dạ dày bán phần với nội soi hỗ trợ điều trị ung thư dạ dày tiến triển*”, *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*. tập 2 (1), tr. 53-59.
100. **Bộ Y Tế (2013)**, “*Cắt bán phần dạ dày cực dưới do ung thư và vét hạch hệ thống D2 bằng phẫu thuật nội soi*”, *Danh mục hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu*, Ban hành theo Quyết định số: 3338/QĐ-BYT, ngày 09 tháng 9 năm 2013, tr 273-276.
101. **Wang D.G., He L., Zhang Y. et al. (2013)**, "Anatomy of laparoscopy-assisted distal D2 radical gastrectomy for gastric cancer", *Translational Gastrointestinal Cancer* 2(1), pp. 73-79.
102. **Küster R, Gebbensleben B, Stützer H, Salzberger B, Ahrens P and Rohde H (1987)**. Quality of Life in Gastric Cancer: Karnofsky's Scale and Spitzer's Index in Comparison at the Time of Survey in a Cohort of 1081 patients. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 22, 133: 102-106.

103. **Nguyễn Quang Bộ, Lê Mạnh Hà (2013)**, “*Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu bệnh trong phẫu thuật UTDD có vét hạch D2*” trong *Y học Thực hành* (803) – số 11/2013, tr 114-120.
104. **Lê Thanh Sơn (2009)**, *Nghiên cứu áp dụng nội soi ổ bụng trong xác định tổn thương giải phẫu bệnh và khả năng phẫu thuật ung thư 1/3 dưới dạ dày giai đoạn tiến triển*, Luận án tiến sĩ y học, Học Viện Quân Y, Hà Nội.
105. **Everett S.M., Raxon A.T. (1997)**, “*Early gastric cancer in Europe*”, *Gut*; 41, pp. 142 - 150.
106. **Đặng Trần Tiến (2012)**, *Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư biểu mô dạ dày và mối liên quan với tổn thương niêm mạc ngoài vùng ung thư*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y, Hà Nội.
107. **Wei W., Li Y.F., Sun X.W. et al. (2010)**, “*Prognosis of 980 patients with gastric cancer after surgical resection*”, *Chinese Journal of Cancer*, 29(11), pp. 923-930.
108. **Shen Z. L., Song K. Y., Ye Y. J. et al. (2015)**, “*Significant differences in the clinicopathological characteristics and survival of gastric cancer patients from two cancer centers in china and Korea*”, *J Gastric Cancer*, 15(1), pp. 19-28.
109. **Vũ Hải (2009)**, *Nghiên cứu chỉ định các phương pháp phẫu thuật, hóa chất hỗ trợ và đánh giá kết quả điều trị UTDD tại bệnh viện K*. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
110. **Bozzetti F., Marubini E., Bonfanti G. (1999)**, “*Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer, five-year survival rates in a multicenter randomized Italian trial*”, *Ann Surg*; 230(2): 170-178.
111. **Zhao L. Y., Zhang W.H., Chen X.Z. et al. (2015)**, “*Prognostic Significance of Tumor Size in 2405 Patients With Gastric Cancer: A Retrospective Cohort Study*”, *Medicine (Baltimore)*, 94(50), pp. e2288.

112. **Yasuda K., Adachi Y., Shiraishi N. et al.** (2000), "Papillary adenocarcinoma of the stomach", *Gastric Cancer*, 3(1), pp.33-38.
113. **Dong Kyo Oh, Hoon Hur, Jun Young Kim, Sang- UK Han, and Yong Kwan Cho** (2010). *V- shaped Liver Retraction during a Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer*. *J Gastric Cancer*; 10(3): 133-136.
114. **Tanimura S., Hiki N., Yook J. H., Park S.** (2012), "For Treatment of the Upper Area of the Stomach", *Laparoscopic Gastrectomy for Cancer: Standard Techniques and Clinical Evidences*, Springer, London, pp. 39-42.
115. **Đào Quang Minh và cs.** (2013), "Kết quả bước đầu cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện Thanh Nhàn", *Tạp chí Y học thực hành* (875), số 1/2013.
116. **Lê Mạnh Hà** (2007), *Nghiên cứu phẫu thuật cắt đoạn dạ dày và vét hạch chặng 2, chặng 3 trong điều trị ung thư dạ dày*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y, Huế.
117. **Tanimura S., Higashino M., Fukunaga Y., Takemura M. et al.** (2008). "Laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: experience with more than 600 cases", *Surg Endosc*, 22, pp. 1161-1164.
118. **Noshiro H., Shimizu S., Nagai E., Ohuchida K., Tanaka M.** (2003). "Laparoscopy-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer: is it beneficial for patients of heavier weight?", *Ann Surg Oncol*, 238(5), pp. 680-685.
119. **Degiuli M., Sasako M., Ponti A., and Calvo F.,** (2004), "Survival results of a multicentre phase II study to evaluate D2gastrectomy for gastric cancer", *British Journal of Cancer*, 90, pp. 1727-1732.
120. **Zhou D(1), Quan Z, Wang J et al** (2014), "Laparoscopic-assisted versus open distal gastrectomy with D2 lymph node resection for advanced gastric cancer: effect of learning curve on short-term outcomes: a meta-analysis", *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2014 Mar; 24(3): 139-50.

121. **Aretxabala X.D., Konishi K., Yonemura Y., Ueno K., Yagi M. et al.** (1987), "*Node dissection in gastric cancer*", *British Journal of Surgery*, 74(9), pp. 770-773.
122. **Otani Y., Kitagawa Y. et al.** (2005), "Sentinel Node Navigation Surgery: Application to Minimally Invasive and Function-Preserving Surgery for Early Gastric Cancer", *The Diversity of Gastric Carcinoma: Pathogenesis, Diagnosis and Therapy*, Springer, Tokyo, pp. 339-348.
123. **Phan Văn Hội, Nguyễn Đức Thắng** (2008), "*Nghiên cứu tình trạng di căn hạch bạch huyết và đặc điểm di căn náy cóc ung thư 1/3 dưới dạ dày trên 54 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện 103*", *Tạp chí Y dược học quân sự*, 6, tr.2-28.
124. **Lin J.X., Huang C.M., Zheng C.H., Li P., Xie J.W., Wang J.B., Lu J.** (2013), "Laparoscopy-assisted gastrectomy with D2 lymph node dissection for advanced gastric cancer without serosa invasion: a matched cohort study from South China", *World Journal of Surgical Oncology*, 11(4), pp. 1-9.
125. **Ikenaga N., Nishihara K., Iwashita T., Suehara N., Mitsuyama S.** (2006), "*Long-term quality of life after laparoscopically assisted distal gastrectomy for gastric cancer*", *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 16(2): p. 119-23.
126. **Kim K. H., Kim M.C., Jung G.J., Kim H.H.** (2012), "Long-term outcomes and feasibility with laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer", *J Gastric Cancer*, 12(1): p. 18-25.
127. **Lee S.W., Nomura E., Bouras G., Tokuhara T. et al.** (2010), "Long-Term Oncologic Outcomes from Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer: A Single-Center Experience of 601 Consecutive Resections", *J Am Coll Surg*, 211(1), pp. 33-40.

**PHỤ LỤC 1**  
**HÌNH ẢNH MINH HỌA**

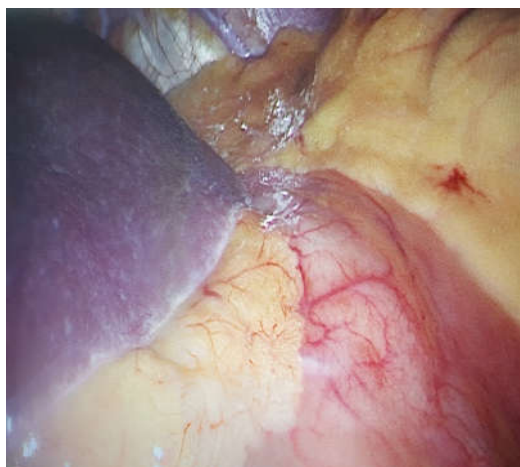
**MỘT SỐ ẢNH PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY VẾT HẠCH D2, D2 MỞ RỘNG**



**Ảnh 1. Tư thế bệnh nhân**  
*BN Đông Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*



**Ảnh 2. Vị trí đặt trocar**  
*BN Đông Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*

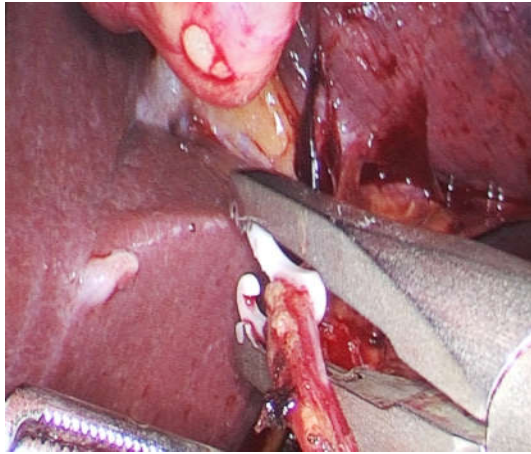


**Ảnh 3. Đánh giá tổn thương**  
*BN Đông Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*

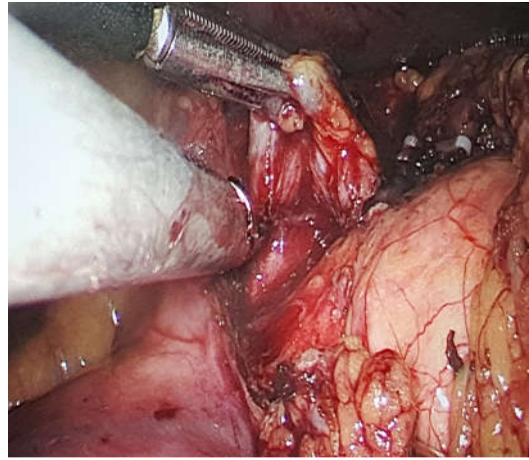


**Ảnh 4. Vết hạch nhóm 6, cắt động mạch vị mạc nối phải**  
*BN Đông Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*

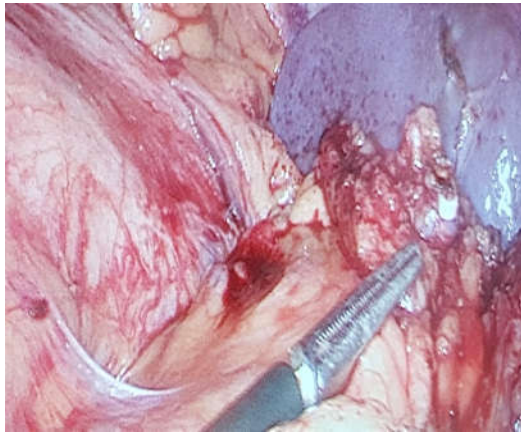




**Ảnh 5. Vết hạch nhóm 5, cắt động mạch vị phải**  
*BN Đồng Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*



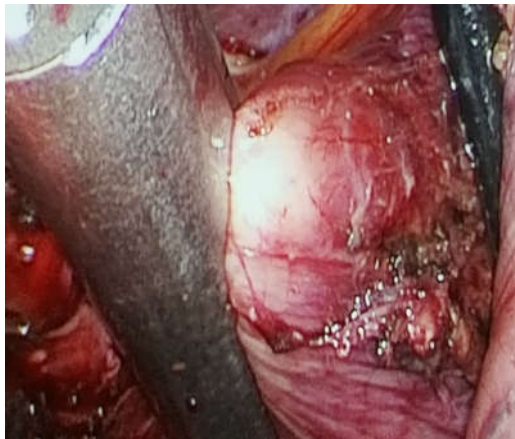
**Ảnh 6. Vết hạch nhóm 8**  
*BN Đồng Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*



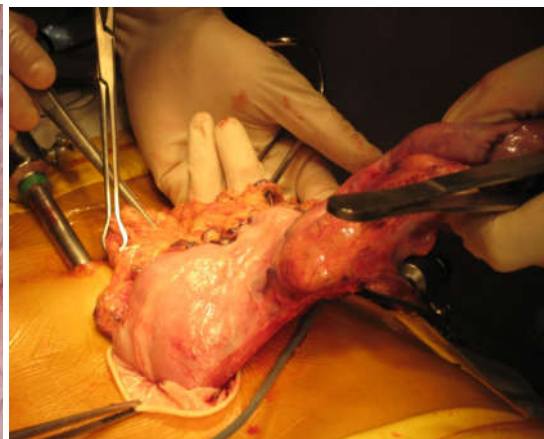
**Ảnh 7. Vết hạch nhóm 11,10**  
*BN Đồng Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*



**Ảnh 8. Vết hạch nhóm 12,13**  
*BN Đồng Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*

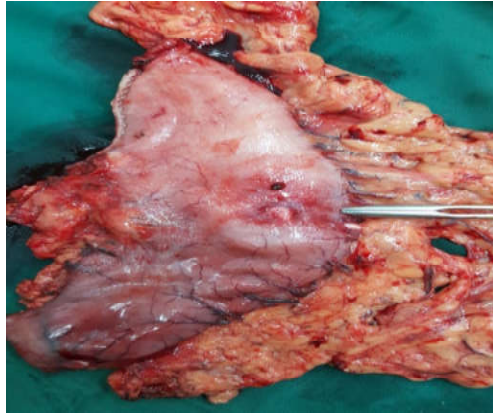


**Ảnh 9. Cắt tá tràng**  
*BN Đồng Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*

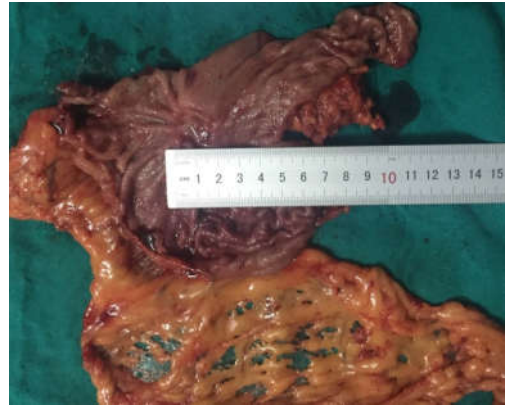


**Ảnh 10: Cắt dạ dày**  
*BN Đồng Văn T. 54t.*  
*MBA : 15268978*

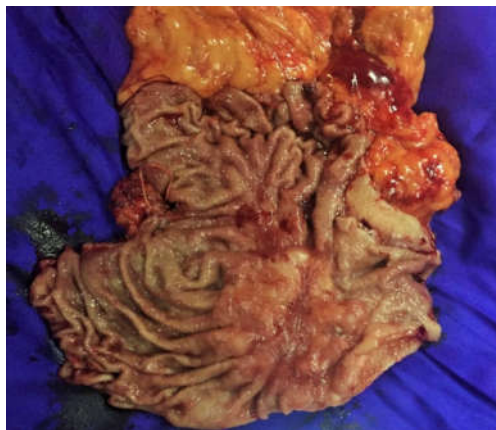
## MỘT SỐ HÌNH ẢNH ĐẠI THỂ



**Ảnh 11. Khối u 1/3G dạ dày**  
**BN Trần L., 71 tuổi, MBA: 2813**



**Ảnh 12. Khối u góc BCN dạ dày**  
**BN Đặng Thị H., 58 tuổi, MBA: 2519**

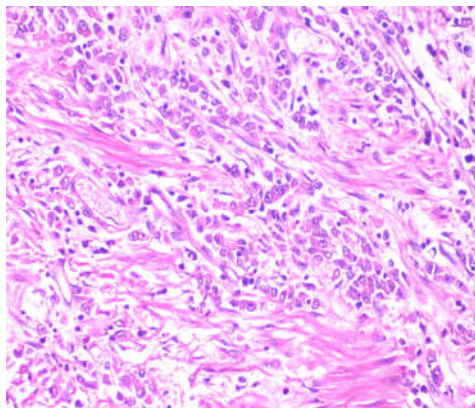


**Ảnh 13. Khối u hang vị dạ dày**  
**BN Vũ Trung K., 50 tuổi,**  
**Mã BA: 17563722**

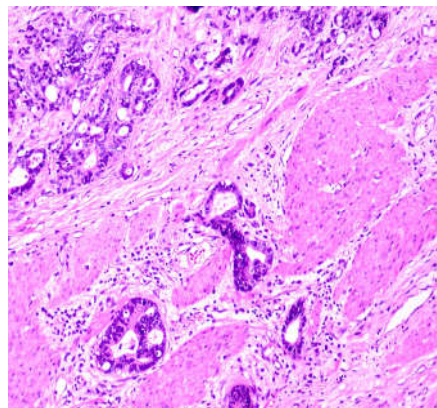


**Ảnh 14. Khối u BCN dạ dày**  
**BN Đỗ Văn N., 62 tuổi**  
**Mã BA: 16007631**

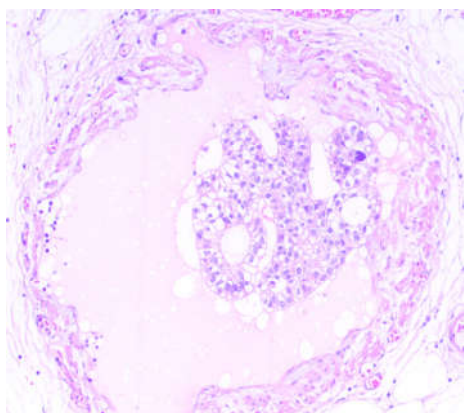
## MỘT SỐ HÌNH ẢNH VI THỂ UNG THƯ DẠ DÀY



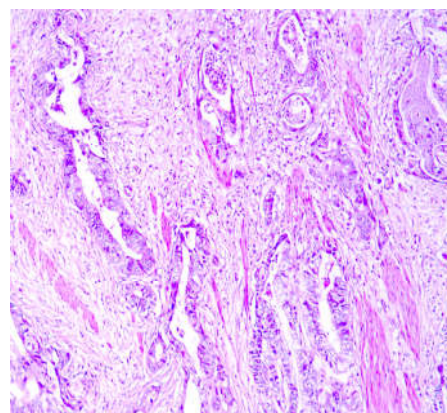
Ảnh 15: UTBM kém biệt hóa  
BN Hoàng Thị V. 74 tuổi  
SLT: 621



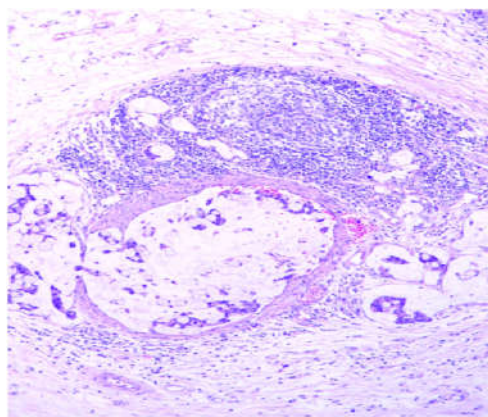
Ảnh 16: UTBM biệt hóa vừa  
BN Nguyễn Cao A. 53 tuổi  
MBA 16655461



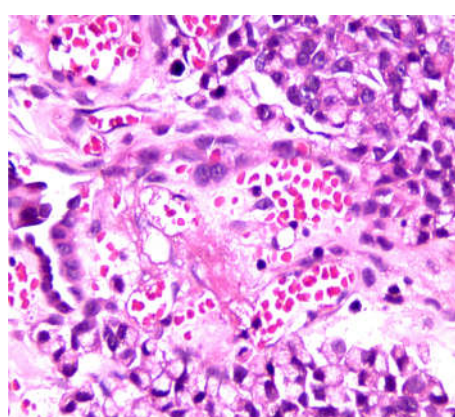
Ảnh 17: UTBM tuyến xâm nhập mạch máu  
BN Trần Thị H., 62 tuổi  
SLT 669



Ảnh 18: UTBM tuyến ống biệt hóa vừa  
BN Phạm Văn Gi. 62 tuổi  
SLT: 2791



Ảnh 19: UTBM tế bào nhẫn  
BN Trần Thị H., 58 tuổi  
MBA 16321210



Ảnh 20: UTBM kém biệt hóa  
BN Trương Tiến M., 57 tuổi  
MBA 17267278

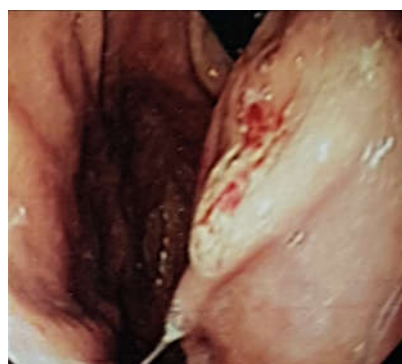
## MỘT SỐ HÌNH ẢNH NỘI SOI DẠ DÀY



**Ảnh 21 Ung thư thể loét sùi hang vị**  
*BN Lưu Thị L., 53 tuổi*  
*MBA : 16230431*



**Ảnh 22 Ung thư thể loét sùi hang vị**  
*BN Nguyễn Cao A, 53 tuổi*  
*MBA : 16655461*



**Ảnh 23 Ung thư thể loét (thân vị)**  
*BN Lữ Thị Th., 42 tuổi*  
*MBA : 16103158*



**Ảnh 24 Ung thư thể loét (góc BCN)**  
*BN Hà Việt H., 57 tuổi*  
*MBA : 16385813*



**Ảnh 25 Ung thư thể loét (kích thước lớn BCN)**  
*BN Ngô Thị Đ., 65 tuổi*  
*MBA : 17137543*

**PHỤ LỤC 2**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU UNG THƯ DẠ DÀY**

Nghiên cứu:  Hồi cứu       Tiến cứu

Bệnh viện:..... Khoa.....

Họ tên người thu thập số liệu:.....

Mã bệnh án (số hồ sơ): .....

**THÔNG TIN BỆNH NHÂN**

**A. HÀNH CHÍNH**

A1. Họ tên bệnh nhân:.....

A2. Tuổi:..... A3. Giới:  Nam ,  Nữ A4. Nghề nghiệp:..... A5. Dân tộc:.....

A6. Địa chỉ..... Điện thoại.....

A7. Người thân..... Điện thoại.....

A8. Lý do vào viện:.....

A9. Ngày vào viện: ...../...../..... Ngày mổ:...../...../..... Ngày ra viện :...../...../.....

A10. Thời gian nằm viện: .....ngày. Ngày chết: ...../...../.....

A11. Tính chất mổ:  Phiên  Cấp cứu

- Lý do mổ cấp cứu:  Thủng, viêm phúc mạc  
 Xuất huyết tiêu hóa  
 Hẹp môn vị  
 Khác (ghi cụ thể): .....

**B. TIỀN SỬ**

B1. Tiền sử bệnh nội khoa:  Không có  Không khai thác

Có tiền sử nội khoa cụ thể: .....

B2. Tiền sử ngoại khoa:  Không có  Không khai thác

Có (cụ thể):.....

B3. Tiền sử gia đình:  Không có  Không khai thác

Có (cụ thể): .....

B4. Tiền sử tiếp xúc:  Nghiện rượu (số lượng: .....)

Nghiện thuốc lá (số lượng: .....)

Nghiện thuốc lá (số lượng: .....)

Nghiện ma túy  Tiếp xúc khác.....  Không khai thác

**C. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG**

C1. Chiều cao:.....cm

C2. Cân nặng:.....Kg

C3. Mạch:.....nhịp/phút

C4. Huyết áp:...../.....mmHg

## CÁC TRIỆU CHỨNG CƠ NĂNG

- C5. Đau bụng:**  Không  Có Nếu đau thì bao lâu rồi.....tháng  
Tính chất đau:  Âm ỉ  Quặn bụng  Khác (ghi cụ thể): .....  
Vị trí:  Thượng vị  Hạ sườn phải  Hạ sườn trái  
 Khác (ghi cụ thể) .....  
 Đau xuyên lan sau lưng  Đau tại chỗ
- C6. Ăn kém:**  Không  Có  Không khai thác
- C7. Gầy sút:**  Không  Có (.....Kg/tháng)  Không khai thác
- C8. Nuốt nghẹn:**  Không  Có  Không khai thác
- C9. Nôn:**  Không  Có  Không khai thác
- C10. Tự sờ thấy khối u:**  Không  Có  Không khai thác
- C11. Sốt:**  Không  Có  Không khai thác

## CÁC TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ

- C12. Vàng da:**  Không  Có  Không khai thác
- C13. Phù chi:**  Không  Có  Không khai thác
- C14. Hạch trên đòn:**  Không  Có  Không khai thác
- C15. Sờ thấy khối u:**  Không  Có  Không khai thác
- C16. Tính chất u:**  
Kích thước: .....x.....cm  
Vị trí:  Thượng vị  Hạ sườn phải  Hạ sườn trái  Không khai thác  
Mật độ:  Cứng chắc  Không khai thác  
Di động:  Dễ  Ít  Không di động  Không khai thác.
- C17. Dịch tự do ổ bụng:**  Không  Có  Không khai thác
- C18. H/c Bán tắc ruột:**  Không  Có  Không khai thác
- C19. H/c Tắc ruột:**  Không  Có  Không khai thác
- C20. H/c Tắc mật:**  Không  Có  Không khai thác
- C21. H/c Thiếu máu:**  Không  Có  Không khai thác
- C22. H/c Viêm phúc mạc:**  Không  Có  Không khai thác
- C23. H/c Xuất huyết tiêu hóa:**  Không  Có  Không khai thác
- C24. Các triệu chứng khác (ghi cụ thể):**.....

## D. CẬN LÂM SÀNG

### D1. Xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu:

Hồng cầu	Hemoglobin	Hematocrit	Bạch cầu	Tiểu cầu	Nhóm máu			
					1. <input type="checkbox"/> A 2. <input type="checkbox"/> B 3. <input type="checkbox"/> O 4. <input type="checkbox"/> AB			
Glucose	Ure	Creatinin	SGOT	SGPT	Bil(TP)	Bil(TT)	Amylase	Protein
Albumin	PT (%)	HBsAg	HCV	AFP	CEA	CA19-9		

Các xét nghiệm khác (ghi cụ thể): .....

**D2. X quang phổi:**  Bình thường  Tràn dịch màng phổi  Lao phổi  
 Di căn  
 Khác (ghi cụ thể): .....

**D3. X quang dạ dày:**  Không  Có  
 Bình thường  Hẹp môn vị  Nhiễm cứng  Chít hẹp  
 Khuyết  Hình thấu kính  Hình lõi táo  Ống cứng  
 Hình khác (ghi cụ thể): .....

**D4. Soi dạ dày ống mềm :**  Có  Không  
 Bình thường  Có tổn thương

Vị trí:  Môn vị  Hang vị  Bờ cong nhỏ  Bờ cong lớn  
 Thân vị  Tâm vị  Không rõ  Không mô tả

Kích thước:  < 1cm  1 - 3 cm  3 - 5 cm  5 - 10 cm  > 10 cm

Không ghi

Tổn thương:  Loét  Loét sùi  Loét thâm nhiễm  Sùi  Thâm nhiễm  
 Không rõ  Không mô tả.

Chảy máu:  Không  Có  Không mô tả

Hẹp môn vị:  Không  Có  Không mô tả

Hẹp tâm vị:  Không  Có  Không mô tả

Đè đẩy từ ngoài vào:  Không  Có  Không mô tả

Khác (ghi cụ thể): .....

Sinh thiết:  Không  Có

Kết quả sinh thiết:

1. Nơi đọc kết quả ..... 2. Bác sỹ đọc.....

3. Kết quả:  Không thấy ung thư  Không rõ  Có ung thư

Dạng ung thư:  K biểu mô tuyến  K không thuộc biểu mô

**D5. Siêu âm :**  Không  Có  Bác sỹ làm:..... Bệnh viện:.....

Dịch ổ bụng:  Không  Có  Không mô tả

Nhu mô gan:  Đồng  Tăng âm  Thô  Nhiễm mỡ  Khác (nêu cụ thể):....

Khối u gan:  Không  Có  Không mô tả

Đường mật trong ngoài gan:  Giãn  Không  Không mô tả

Huyết khối tĩnh mạch cửa:  Không  Có  Không mô tả

Huyết khối tĩnh mạch gan:  Không  Có  Không mô tả

Tụy:  Bình thường  Không quan sát được  Khác (ghi cụ thể): .....

Thận niệu quản phải:  Bình thường  Giãn  Không mô tả

Thận niệu quản trái:  Bình thường  Giãn  Không mô tả

Lách to:  Không  Có  Không mô tả

Đường kính tĩnh mạch cửa:  < 13 mm  > 13 mm

Khối tử cung:  Không  Có  Không mô tả

Khối buồng trứng:  Không  Không mô tả  Có  
 Kích thước:  <3 cm  3 - 5 cm  > 5 cm  
 Hạch ổ bụng:  Không  Không mô tả  Có  
 Vị trí:  Cuồng gan  Sau tá tràng, đầu tụy  Dọc động mạch chủ bụng  
 Các nơi khác (ghi cụ thể): .....  
 Thấy khối u dạ dày:  Không  Có  Không mô tả  
 Các bất thường khác trên siêu âm bụng: .....

**D6. Chụp cắt lớp vi tính:**  Không  Có  
 Bác sỹ thực hiện: ..... Bệnh viện: .....  
 Dịch ổ bụng:  Không  Có  Không mô tả.  
 Nhu mô gan:  Đồng  Không đồng  Khác.....  
 Khối u gan:  Có  Không  Không mô tả.  
 Đường mật trong ngoài gan:  Giãn  Không  Không mô tả  
 Huyết khối tĩnh mạch cửa:  Không  Có  Không mô tả  
 Huyết khối tĩnh mạch gan:  Không  Có  Không mô tả  
 Tụy:  Bình thường  Bất thường (ghi cụ thể): .....  Không mô tả  
 Thận niệu quản phải:  Bình thường  Giãn  Không mô tả  
 Thận niệu quản trái:  Bình thường  Giãn  Không mô tả  
 Lách to (> 13 cm):  Không  Có  Không mô tả  
 Đường kính tĩnh mạch cửa:  < 13 mm  > 13 mm  
 Khối buồng trứng:  Không  Có  Không mô tả  
 Kích thước buồng trứng:  <3 cm  3 - 5 cm  > 5 cm  
 Hạch ổ bụng:  Không  Có  Không mô tả  
 Vị trí:  Cuồng gan  Sau tá tràng, đầu tụy  Dọc động mạch chủ bụng  Cận dạ dày  
 Các nơi khác (ghi cụ thể): .....  
 Thấy khối u dạ dày:  Không  Có  Không mô tả  
 Thâm nhiễm tạng lân cận:  Không  Có  Không mô tả  
 Thâm nhiễm cuồng gan  Thâm nhiễm đầu tụy  Thâm nhiễm thân tụy  
 Thâm nhiễm đuôi tụy  Thâm nhiễm rốn lách  Khác (ghi cụ thể).....  
 Các mô tả khác trên cắt lớp bụng: .....

**D7. Các loại thăm dò khác: (kê tên và nêu chi tiết)**

.....

.....

**E. PHƯƠNG PHÁP GÂY MÊ, GÂY TÊ**

Mê nội khí quản  Mask thanh quản  Mê tĩnh mạch  Tê ngoài màng cứng  
 Khác (ghi cụ thể): .....



Họ và tên bác sỹ gây mê: .....**Trình độ** (học hàm, học vị) .....

## F. CÁCH THỨC PHẪU THUẬT MỔ NỘI SOI

**F1. Chẩn đoán trước mổ:** .....

**F2. Họ và tên phẫu thuật viên:** ..... **Trình độ** (học hàm, học vị): .....

**Họ và tên phụ mổ 1:** ..... **Trình độ** (học hàm, học vị): .....

**Họ và tên phụ mổ 2:** ..... **Trình độ** (học hàm, học vị): .....

**Họ và tên phụ mổ 3:** ..... **Trình độ** (học hàm, học vị): .....

**F3. Thời gian mổ** (tính từ khi rạch da đến đóng mũi khâu da cuối): .....phút

**Vị trí PTV:**  Giữa hai chân bệnh nhân  Bên phải bệnh nhân

**F4. Số lượng Troca:**  4 Troca  5 Troca  6 Troca

**F5. Máu truyền trong mổ (ml):**  Có .....ml  Không

### ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG TRONG MỔ

**Đánh giá tổn thương mặt trước dạ dày**  **Đánh giá tổn thương mặt sau dạ dày**

**F6. Dịch (ascite):**  Không  Có Số lượng .....ml  Không mô tả

**F7. Di căn phúc mạc:**  Không  Có  Không mô tả.

**Vị trí nhân di căn phúc mạc:**  Vòm hoành  Mạc Told  Mạc treo ruột  Douglas

**F8. Di căn mạc nối lớn:**  Không  Có  Không mô tả

**F9. Gan:**  Xơ gan đầu đỉnh  Fibrose  Nhiễm mỡ  Không mô tả

Khác (ghi cụ thể): .....

**Khối u gan:**  Không  Có  Không mô tả.

**F10. Túi mật:**  Bình thường  Viêm  Có sỏi  Không mô tả

Khác (mô tả cụ thể): .....

**F11. Cuồng gan:**

Bình thường  Thâm nhiễm bởi khối u  Phúc mạc cuồng gan có nhân

Hạch cuồng gan to  Cuồng gan là khối cứng chắc  Không mô tả

**F12. Tụy:**  Bình thường  Xâm lấn bởi khối u

Xâm lấn đầu tụy  Xâm lấn thân tụy  Xâm lấn đuôi tụy

Khác (mô tả cụ thể): .....

**F13. Tá tràng:**  Bình thường  Xâm lấn bởi u  Không mô tả.

**F14. Lách:**  Bình thường  Lách to  Có lách phụ

Cuồng lách xâm lấn bởi u  Không mô tả

Khác (mô tả cụ thể) .....

**F15. Đại tràng - trực tràng:**  Bình thường  Khối u  Túi thừa  Xâm lấn bởi u

**Vị trí xâm lấn:**  Đại tràng góc gan  Đại tràng ngang  Đại tràng góc lách

Mạc treo đại tràng

Không mô tả  Khác (mô tả cụ thể): .....

**F16. Ruột non:**  Bình thường  Khối u  Túi thừa  Xâm lấn bởi u.

**Vị trí xâm lấn:**  Góc Treitz  Hồng tràng  Hồi tràng  Xâm lấn mạc treo ruột non

- Khác (mô tả cụ thể): .....  Không mô tả
- F17. Thận:**  Bình thường  Tồn thương:  Giãn  Teo  Khối u  
 Khác (mô tả cụ thể): .....  Không mô tả
- F18. Niệu quản:**  Bình thường  Tồn thương  Không mô tả  
 Sỏi  Do ung thư di căn  Khác (mô tả cụ thể): .....
- F19. Bàng quang:**  Bình thường  Tồn thương  Không mô tả  
 Do ung thư di căn  Khác (mô tả cụ thể): .....
- F20. Tử cung:**  Bình thường  U xơ  Khối di căn  Không mô tả  
 Khác (mô tả cụ thể): .....
- F21. Buồng trứng:**  Bình thường  Tồn thương  Không mô tả  
 Do ung thư di căn  Khác (mô tả cụ thể): .....
- F22. Tổn thương dạ dày:**  
Vị trí:  1/3 trên  1/3 giữa  1/3 dưới
- Bờ cong nhỏ phần đứng  Bờ cong nhỏ phần ngang  góc bờ cong nhỏ  
 Thân vị mặt trước  Thân vị mặt sau  Tâm phình vị  
 Bờ cong lớn  Hang vị mặt trước  Hang vị mặt sau  
 Môn vị  Hang môn vị.  Không ghi nhận
- Kích thước:  < 1cm  1 - 3 cm  3 - 5 cm  5 - 10 cm  > 10 cm  
 Không ghi nhận
- F23. Đánh giá mức độ xâm lấn thành dạ dày:**  
 Ra thanh mạc  Chưa ra thanh mạc  Không ghi nhận
- F24. Xâm lấn các tạng xung quanh:**  Có  Không  Không ghi nhận
- F25. Khác (nêu cụ thể):** .....
- F26. Chẩn đoán trong mổ:** .....
- F27. Phương pháp phẫu thuật:**  
 Cắt dạ dày  
 Cắt 3/4 dạ dày  Cắt 4/5 dạ dày  Cắt toàn bộ dạ dày  
 Cắt tá tràng bằng stapler  Cắt tá tràng bằng tay  
 Miệng nối trước đại tràng ngang  
 Miệng nối qua mạc treo đại tràng ngang  
 Miệng nối kiểu Polya  Miệng nối Roux en y  
 Miệng nối kiểu Péan  Miệng nối Omega  
 Miệng nối kiểu Finsterer  Miệng nối khác
- Số lượng hạch được nạo vét  D2  D2 mở rộng (Vết hạch D1 + D2 và một số hạch D3 hoặc D4)  Vết hạch 7,9,11 từ mặt trước DD  Vết hạch 7,9,11 từ mặt sau DD
- Nhóm 1: Số lượng:..... hạch  Không ghi nhận  
 Nhóm 2: Số lượng:..... hạch  Không ghi nhận  
 Nhóm 3: Số lượng:..... hạch  Không ghi nhận  
 Nhóm 4: Số lượng:..... hạch  Không ghi nhận  
 Nhóm 5: Số lượng:..... hạch  Không ghi nhận  
 Nhóm 6: Số lượng:..... hạch  Không ghi nhận

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nhóm 7: Số lượng:..... hạch  | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| <input type="checkbox"/> Nhóm 8: Số lượng:..... hạch  | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| <input type="checkbox"/> Nhóm 9: Số lượng:..... hạch  | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| <input type="checkbox"/> Nhóm 10: Số lượng:..... hạch | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| <input type="checkbox"/> Nhóm 11: Số lượng:..... hạch | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| <input type="checkbox"/> Nhóm 12: Số lượng:..... hạch | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| <input type="checkbox"/> Nhóm 13: Số lượng:..... hạch | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| <input type="checkbox"/> Nhóm 14: Số lượng:..... hạch | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| <input type="checkbox"/> Nhóm 15: Số lượng:..... hạch | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| <input type="checkbox"/> Nhóm 16: Số lượng:..... hạch | <input type="checkbox"/> Không ghi nhận |
| Tổng số:..... hạch                                    |   |

**Vết hạch D2 theo Kodama (1981), JRSGC (1995)** (Khoanh tròn vào các hạch đã vết)

	N1	N2	N3	N4
<b>Ung thư 1/3 dưới</b> (hang môn vị)	3,4,5,6	1,7,8,9	11,12,13 14,2,10	15,16
<b>Ung thư 1/3 giữa</b>	3,4,5,6,1	7,8,9,11 2,10	12,13,14	15,16
<b>Ung thư 1/3 trên</b> (tâm phình vị)	1,2,3,4	5,6,7,8,9 11,10	12,13,14	15,16
<b>Nạo vết</b>	D1	D2	D3	D4

- G. TAI BIẾN TRONG MỔ**  Không  Có
- G1. Chảy máu:**  Không  Có Số lượng:.....ml
- G2. Tổn thương mạch lớn:**  Không  Có Tổn thương mạch:.....
- G3. Vỡ lách:**  Không  Có Cắt lách  Có  Không
- G4. Tổn thương đường mật:**  Không  Có Xử trí:.....
- G5. Tổn thương đại tràng:**  Không  Có Xử trí:.....
- G6. Tai biến trong mổ khác (nêu cụ thể):** .....

#### H. THEO DÕI SAU MỔ

- H1. Ý thức:  Mê  Lơ mơ  Tỉnh hoàn toàn
- H2. Hô hấp:  Thở máy  Thở ô xy  Tự thở
- H3. Đau sau mổ:  Rất đau  Đau nhiều  Đau ít  Không đau  
 Có dùng thuốc giảm đau  Không dùng thuốc giảm đau
- H4. Vết mổ:  Chảy máu  Nhiễm trùng
- H5. Thời gian trung tiện sau mổ: ..... giờ
- H6. Dẫn lưu: Sau 24 giờ: Số lượng.....ml; Tính chất:.....  
Sau 48 giờ: Số lượng.....ml; Tính chất:.....
- H7. Thời gian rút dẫn lưu:  N1  N2  N3  N4  N5
- H8. Thời gian nằm viện sau mổ: ..... ngày

H9. Biến chứng sau mổ

- Tử vong:  Có  Không H2. Nặng về  Có  Không

Nguyên nhân .....

- Biến chứng nhiễm trùng vết mổ:  Có  Không

- Chảy máu sau mổ:  Có  Không  Điều trị nội  Mổ lại

Tổn thương:.....

Xử lý:.....

- Áp xe tồn dư:  Có  Không

Điều trị nội  Chọc hút  Mổ lại

Tổn thương:.....

Xử lý:.....

- Bục môm tá tràng:  Có  Không

Điều trị bảo tồn  Mổ lại

Tổn thương:.....

Xử lý:.....

- Viêm phúc mạc:  Có  Không

Mổ lại ngày thứ.....sau mổ

Tổn thương:.....

Xử lý:.....

- Rò tiêu hoá:  Không  Có:  Rò tụy  Rò mật  Rò khác

Ghi cụ thể thời gian xuất hiện, phương thức điều trị:.....

- Biến chứng khác (suy kiệt, suy hô hấp, rối loạn đông máu, tràn dịch màng phổi, ....):

**J. GIẢI PHẪU BỆNH**

**J1. Số:**.....

**J2. Đại thể:**

**Giai đoạn sớm:**

Dạng I (dạng lồi lên)

Dạng IIa (dạng nhô nông)  Dạng IIb (dạng phẳng)

Dạng IIc (dạng lõm nông)  Dạng III (dạng lõm sâu).

**Giai đoạn tiến triển:**

Theo Borrmann:

Dạng 1 (thể polyp)

Dạng 2 (thể sùi)

Dạng 3 (thể loét)  Loét sùi  Loét thâm nhiễm

Dạng 4 (thể thâm nhiễm)

Vị trí:

- Môn vị     Hang vị     Bờ cong nhỏ     Bờ cong lớn     Thân vị  
 Tâm vị     Không rõ     Không mô tả  
 1/3 Trên     1/3 Giữa     1/3 Dưới

Kích thước:

- < 1cm     1 - 3 cm     3 - 5 cm     5 - 10 cm     > 10 cm

Không ghi

Tổn thương:

- Loét     Loét sùi     Loét thâm nhiễm     Sùi     Thâm nhiễm

Không rõ     Không mô tả

**J3. Vi thể (mô tả cụ thể):** .....

1. Độ xâm lấn: Theo UICC năm 1997 :  T0     T1     T2     T3     T4

2. Kết quả sinh thiết trên mép cắt:

- Mép trên:  Có tế bào ung thư     Không tế bào ung thư

- Mép dưới:  Có tế bào ung thư     Không tế bào ung thư

3. Xếp loại vi thể Type mô bệnh học: Phân loại vi thể: (theo WHO – 1997)

**K biểu mô**

K biểu mô tuyến:

Tuyến nhú     Tuyến ống

Tuyến nhày     Tế bào nhẵn     Kém biệt hóa

K biểu mô tuyến vảy

K biểu mô tế bào vảy

K biểu mô không biệt hóa.

K biểu mô không xếp loại

**J4. Hạch nạo vét:**

Nhóm 1:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 2:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 3:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 4:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 5:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 6:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 7:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 8:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 9:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 10:     Có di căn (Số lượng.....)     Không di căn (Số lượng.....)

- Nhóm 11:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)
- Nhóm 12:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)
- Nhóm 13:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)
- Nhóm 14:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)
- Nhóm 15:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)
- Nhóm 16:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

**J5. Kết luận:** .....

**J6. Phân loại giai đoạn bệnh: Theo hệ TNM của UICC 1997:**

- *Giai đoạn I:*

- Ia: T1, N0, M0
- Ib:  T1, N1, M0
- T2, N0, M0

- *Giai đoạn II:*

- T1, N2, M0
- T2, N1, M0
- T3, N0, M0

- *Giai đoạn III:*

- IIIa:  T2, N2, M0
- T3, N1, M0
- T4, N0, M0
- IIIb:  T3, N2, M0
- T4, N1, M0

- *Giai đoạn IV:*

- T4, N2, M0
- T bất kỳ, N bất kỳ, M1.

### **K. THEO DÕI XA**

**K1. Ngày khám lại:** .....

**K2. Kiểm tra sau mổ lần thứ:** .....

**K3. Lý do khám lại:**  Theo hẹn  Các nguyên nhân khác không theo hẹn

- |   |                                  |   |                                      |
|---|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Đau bụng                   | <input type="checkbox"/> Gầy sút | <input type="checkbox"/> Chán ăn                | <input type="checkbox"/> Sốt         |
| <input type="checkbox"/> Vàng da                    | <input type="checkbox"/> Nôn     | <input type="checkbox"/> Ía chảy                | <input type="checkbox"/> Bụng trướng |
| <input type="checkbox"/> Khó thở                    | <input type="checkbox"/> Ía máu  | <input type="checkbox"/> Hội chứng bán tắc ruột |                                      |
| <input type="checkbox"/> Hội chứng vàng da, tắc mật |                                  |   |                                      |

Khác (ghi cụ thể): .....

**K4. Lâm sàng:**

Ăn kém	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không khai thác
Gầy sút	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có (.....Kg/tháng)	<input type="checkbox"/> Không khai thác
Nuốt nghẹn	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không khai thác
Nôn	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không khai thác
Tự sờ thấy khối u	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không khai thác
Sốt	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không khai thác

**Các triệu chứng thực thể:**

Sẹo ổ bụng	<input type="checkbox"/> Không di căn	<input type="checkbox"/> Có di căn	<input type="checkbox"/> Dài .... cm
Chân Troca	<input type="checkbox"/> Không di căn	<input type="checkbox"/> Có di căn	
Vàng da	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không khai thác
Phù chi	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không khai thác
Hạch trên đòn	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không khai thác
Sờ thấy khối u	<input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không khai thác

Kích thước: .....x.....cm

Vị trí:  Thượng vị  Hạ sườn phải  Hạ sườn trái  Không khai thác

Mật độ:  Cứng chắc  Mềm  Không khai thác

Di động:  Dễ  Ít  Không di động  Không khai thác.

Ranh giới:  Rõ  Không rõ  Không khai thác

Dịch tự do ổ bụng:  Không  Có  Không khai thác

H/c bán tắc ruột:  Không  Có  Không khai thác

H/c tắc ruột:  Không  Có  Không khai thác

H/c tắc mật:  Không  Có  Không khai thác

H/c thiếu máu:  Không  Có  Không khai thác

H/c viêm phúc mạc:  Không  Có  Không khai thác

H/c xuất huyết tiêu hóa:  Không  Có  Không khai thác

Các triệu chứng khác (ghi cụ thể): .....





Các xét nghiệm khác (ghi cụ thể): .....

**K6.X quang phổi:**  Bình thường  Tràn dịch màng phổi  Lao phổi  Di căn  
 Khác (ghi cụ thể): .....

**K7. X quang bụng không chuẩn bị:**  Không  Có  
 Bình thường  Có mức nước - hơi  Khác (ghi cụ thể): .....

**K8. X quang dạ dày :**  Không  Có  
 Bình thường  Hẹp miệng nổi  Nhiễm cứng miệng nổi  
 Dạng tổn thương khác (ghi cụ thể): .....

**K9. Soi dạ dày ống mềm:**  Không  Có:  Không tổn thương  Có tổn thương

Tổn thương:  Có trào ngược  Có dịch mật  
 Thâm nhiễm  Loét sùi  Loét thâm nhiễm  
 Không rõ  Không mô tả

Chảy máu:  Không  Có  Không mô tả

Hẹp môn vị:  Không  Có  Không mô tả

Hẹp tâm vị:  Không  Có  Không mô tả

Đè đẩy từ ngoài vào:  Không  Có  Không mô tả

Khác (ghi cụ thể): .....

**K10. Siêu âm:**  Không  Có Bác sỹ làm:..... Bệnh viện:.....

Dịch ổ bụng:  Không  Có  Không mô tả.

Nhu mô gan:  Đồng  Tăng âm  Thô  Nhiễm mỡ  Khác (nêu cụ thể): .....

Khối u gan:  Không  Không mô tả  Có

Đường mật trong ngoài gan:  Giãn  Không  Không mô tả

Vị trí giãn:  Trong gan  Ngoài gan  Trong và ngoài gan  Không mô tả

Tụy:  Bình thường  Không quan sát được  Khác (ghi cụ thể): .....

Thận niệu quản phải:  Bình thường  Giãn  Không mô tả

Thận niệu quản trái:  Bình thường  Giãn  Không mô tả

Lách to:  Không  Có  Không mô tả

Khối tử cung:  Không  Có  Không mô tả

Khối buồng trứng:  Không  Không mô tả  Có

Kích thước:  <3 cm  3 - 5 cm  > 5 cm

Hạch ổ bụng:  Không  Không mô tả  Có

Vị trí:  Cuống gan  Sau tá tràng, đầu tụy  Dọc động mạch chủ bụng

Các nơi khác (ghi cụ thể): .....

Thấy khối u dạ dày:  Không  Có  Không mô tả

Các bất thường khác trên siêu âm bụng: .....

**K11. Chụp cắt lớp vi tính:**  Không  Có

Bác sỹ thực hiện: ..... Bệnh viện.....

Dịch ổ bụng:  Không  Có  Không mô tả  
Nhu mô gan:  Đều  Không đều  Khác.....  
Khối u gan:  Có  Không  Không mô tả  
Đường mật trong ngoài gan:  Giãn  Không  Không mô tả  
Vị trí giãn:  Trong gan  Ngoài gan  Trong và ngoài gan  Không mô tả  
Tụy:  Bình thường  Bất thường (ghi cụ thể): .....  Không mô tả  
Thận niệu quản phải:  Bình thường  Giãn  Không mô tả  
Thận niệu quản trái:  Bình thường  Giãn  Không mô tả  
Lách to (> 13 cm):  Không  Có  Không mô tả  
Khối tử cung:  Không  Có  Không mô tả  
Khối buồng trứng:  Không  Có  Không mô tả  
Kích thước buồng trứng:  <3 cm  3 - 5 cm  > 5 cm  
Hạch ổ bụng:  Không  Có  Không mô tả.  
Vị trí:  Cuồng gan  Sau tá tràng, đầu tụy  Dọc động mạch chủ bụng  
 Cận dạ dày  Các nơi khác (ghi cụ thể):.....  
Thấy khối u dạ dày:  Không  Có  Không mô tả  
Thâm nhiễm tạng lân cận:  Không  Có  Không mô tả  
 Thâm nhiễm cuồng gan  Thâm nhiễm đầu tụy  Thâm nhiễm thân tụy  
 Thâm nhiễm đuôi tụy  Thâm nhiễm rốn lách  Khác(ghi cụ thể).....  
Các mô tả khác trên cắt lớp bụng: .....

**K12. Các loại thăm dò khác:** (kê tên và nêu chi tiết)

**K13. Tái phát lại:** (thời gian, diễn biến tái phát như thể nào, có mổ lại nữa hay không, nếu mổ lại ở đâu, ai mổ, làm gì, kết quả...):

**K14. Ngày tháng năm chết dương lịch:** .....(tức ngày ..... âm lịch)

**K15. Nguyên nhân chết:**

Không do bệnh (ghi cụ thể): .....  
 Không rõ  Do bệnh

**K16. Triệu chứng trước chết:**

Gầy quắt  Mắt trũng  Da vàng  Bụng chướng căng  Phù 2 chi  
 Nôn ra máu  Ít phân đen  Hôn mê  Ho ra máu  Liệt nửa người  
 Hạch nổi ở cổ  Triệu chứng khác (ghi cụ thể):.....

**K17. Phương thức liên lạc để biết thông tin:**

- Điện thoại                       Email                       Qua trực tiếp người nhà  
 Qua trực tiếp khám người bệnh                       Qua nhân viên y tế  
 Khác:.....

**GHI CHÚ** (ghi lại tất cả thông tin cần thiết hoặc các thông tin chưa được nêu ở trên)

.....  
.....

Ngày ..... tháng ..... năm 201

**Xác nhận của cơ quan chủ quản**

**Người làm hồ sơ**

## PHỤ LỤC 3

**BỘ QUỐC PHÒNG**

**BV:**

**KHOA GPB**

**Số tiêu bản:** .....

### PHIẾU XÉT NGHIỆM GPB

Họ tên bệnh nhân:..... Giới:..... Tuổi:.....

Nghề nghiệp:..... Nhóm máu:.....

Địa chỉ:.....

Khoa-phòng:..... Bác sỹ yêu cầu:.....

Ngày vào viện:..... Ngày mổ:.....

Chẩn đoán lâm sàng:.....

Chẩn đoán phẫu thuật:.....

#### I. Đại thể:

##### \* Giai đoạn sớm:

Dạng I (dạng lồi lên)

Dạng IIa (dạng nhô nông)  Dạng IIb (dạng phẳng)

Dạng IIc (dạng lõm nông)  Dạng III (dạng lõm sâu).

##### \* Giai đoạn tiến triển:

Theo Borrmann:

Dạng 1 (thể polyp)

Dạng 2 (thể sùi)

Dạng 3 (thể loét)  Loét sùi  Loét thâm nhiễm

Dạng 4 (thể thâm nhiễm)

Vị trí:

Môn vị  Hang vị  Bờ cong nhỏ  Bờ cong lớn  Thân vị

Tâm vị  Không rõ  Không mô tả

1/3 Trên  1/3 Giữa  1/3 Dưới

Kích thước:  < 1cm  1 - 3 cm  3 - 5 cm  5 - 10 cm  > 10 cm

Không ghi

Tổn thương:  Loét  Loét sùi  Loét thâm nhiễm

Sùi  Thâm nhiễm

Không rõ  Không mô tả

II. Vi thể (mô tả cụ thể): .....

.....

.....

.....

1. Độ xâm lấn: - theo UICC năm 1997 :  T0  T1  T2  T3  T4

- theo UICC năm 2009:  T0  T1a  T1b  T2  T3  T4a  T4b

2. Kết quả sinh thiết trên mép cắt:

- Mép trên:  Có tế bào ung thư  Không tế bào ung thư

- Mép dưới:  Có tế bào ung thư  Không tế bào ung thư

3. Xếp loại vi thể Type mô bệnh học: Phân loại vi thể: (theo WHO - 1997)

**K biểu mô**

K biểu mô tuyến:

Tuyến nhú  Tuyến ống

Tuyến nhày  Tế bào nhẵn  Kém biệt hóa

K biểu mô tuyến vảy

K biểu mô tế bào vảy

K biểu mô không biệt hóa.

K biểu mô không xếp loại

**III. Hạch nạo vét:**

Nhóm 1:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 2:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 3:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 4:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 5:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 6:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 7:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 8:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 9:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 10:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 11:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 12:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 13:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 14:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 15:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

Nhóm 16:  Có di căn (Số lượng.....)  Không di căn (Số lượng.....)

\* **Kết luận:** .....

**V. Phân loại giai đoạn bệnh: Theo hệ TNM của UICC 1997:**

- *Giai đoạn I:*

Ia: T1, N0, M0

Ib:  T1, N1, M0

T2, N0, M0

- *Giai đoạn II:*

T1, N2, M0

T2, N1, M0

T3, N0, M0

- *Giai đoạn III:*

IIIa: T2, N2, M0

T3, N1, M0

T4, N0, M0

IIIb: T3, N2, M0

T4, N1, M0

- *Giai đoạn IV:*

T4, N2, M0

T bất kỳ, N bất kỳ, M1.

**Mô tả chi tiết:**

.....  
.....

**VI. Kết luận:**.....

Ngày tháng năm  
**Xác nhận của chủ nhiệm khoa GPB**

Ngày tháng năm  
**Người làm điều tra**

## PHỤ LỤC 4

### CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

#### Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

### THƯ ĐIỀU TRA

Kính gửi ông/bà:.....và gia đình

Ông/bà:.....đã được điều trị phẫu thuật cắt dạ  
dày tại Bệnh viện:.....năm.....

Để đánh giá kết quả nhằm nâng cao chất lượng điều trị bệnh và lập kế hoạch điều trị  
các bước tiếp theo chúng tôi mong ông/bà vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây:

1. Sau mổ và hiện tại ông/bà có:

	Có	Không	Sau bao lâu
Đau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> năm <input type="checkbox"/> tháng
Nổi u ở bụng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> năm <input type="checkbox"/> tháng
Bụng chướng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> năm <input type="checkbox"/> tháng
Vàng da, vàng mắt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> năm <input type="checkbox"/> tháng
Phù	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> năm <input type="checkbox"/> tháng
Nôn máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> năm <input type="checkbox"/> tháng
Ỉa phân đen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> năm <input type="checkbox"/> tháng
Ăn không tiêu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> năm <input type="checkbox"/> tháng
Các biến chứng, bệnh khác.....			

**2. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng theo Spitzer**

STT	Cách đánh giá	Điểm
1	<i>Hoạt động</i>	
	<input type="checkbox"/> Làm việc với thời gian bình thường hoặc gần bình thường.	2
	<input type="checkbox"/> Đòi hỏi sự giúp đỡ nhiều hoặc giảm giờ làm việc.	1
	<input type="checkbox"/> Không làm việc được.	0
2	<i>Sinh hoạt hàng ngày</i>	
	<input type="checkbox"/> Tự hoạt động sinh hoạt hàng ngày kể cả di chuyển.	2
	<input type="checkbox"/> Đòi hỏi có sự giúp đỡ đối với sinh hoạt hàng ngày.	1
	<input type="checkbox"/> Không tự chăm sóc bản thân ngay cả việc nhẹ.	0
3	<i>Sức khỏe</i>	
	<input type="checkbox"/> Cảm thấy khỏe trong phần lớn thời gian trong ngày	2
	<input type="checkbox"/> Cảm thấy suy nhược	1
	<input type="checkbox"/> Cảm thấy rất yếu	0
4	<i>Sự giúp đỡ</i>	
	<input type="checkbox"/> Có mối quan tâm và sự giúp đỡ của người khác	2
	<input type="checkbox"/> Giúp đỡ hạn chế do điều kiện bệnh nhân	1
	<input type="checkbox"/> Giúp đỡ khi cần thiết	0
5	<i>Đánh giá bản thân</i>	
	<input type="checkbox"/> Dễ chịu, cảm thấy lạc quan, tích cực	2
	<input type="checkbox"/> Có những giai đoạn lo âu hoặc trầm cảm	1
	<input type="checkbox"/> Lo âu và trầm cảm thường xuyên	0

3. Nếu không may bệnh nhân đã qua đời, chúng tôi xin chân thành chia buồn cùng gia đình và mong gia đình ghi phiếu này và cho biết tình trạng bệnh nhân trước khi chết

Chết ngày      tháng      năm

4. Nếu ông/bà và gia đình có câu hỏi và góp ý nào xin vui lòng viết cho chúng tôi:.....

5. Số điện thoại liên hệ của gia đình ông/bà:.....

Sau khi đã trả lời câu hỏi, ông/bà hoặc gia đình gửi cho chúng tôi qua bưu điện gần nhất. Xin chân thành cảm ơn sự cộng tác của ông/bà và gia đình.

Liên hệ: Bác sỹ:.....

ĐT:.....




**DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU**  
**BỆNH VIỆN TW QUÂN ĐỘI 108**

Số TT	Họ và tên	Tuổi	Giới	Địa chỉ liên lạc	Số hồ sơ	Ngày mổ	Ngày chết
1	Nguyễn Xuân B.	37	Nam	Định Liên-Yên Định-Thanh Hóa	15266109	15/07/2015	
2	Đông Văn T.	54	Nam	Nghĩa Sơn-Nghĩa Hưng-Nam Định	15268978	17/07/2015	
3	Nguyễn Thị Ch.	36	Nữ	Hồng Minh-Hung Hà- Thái Bình	15286914	23/07/2015	24/12/2017
4	Vi Thị V.	58	Nữ	Mai Sao-Chi Lăng-Lạng Sơn	15296219	30/07/2015	05/02/2016
5	Tô Văn H.	49	Nam	Diên Ngọc-Diêm Châu-Nghệ An	15321603	21/08/2015	
6	Mai Xuân Ch.	65	Nam	Trung Liệt-Đống Đa-Hà Nội	15336910	26/08/2015	
7	Hà Văn Gi.	44	Nam	Chùa Hang-Đông Hỷ - Thái Nguyên	15312785	01/09/2015	
8	Chu Phú Nh.	75	Nam	Phù Vân-Thị xã Phù Lý-Hà Nam	15390427	28/09/2015	
9	Nguyễn Minh T.	69	Nữ	Khánh Phú-Yên Khánh-Ninh Bình	15405874	13/10/2015	
10	Nguyễn Doãn Gi.	56	Nam	Đông Anh-Hà Nội	16001908	06/01/2016	
11	Nguyễn Văn M.	43	Nam	Từ Liêm-Hà Nội	16013219	13/01/2016	
12	Đỗ Văn N.	62	Nam	Quảng Thọ-Sầm Sơn-Thanh Hóa	16007631	11/01/2016	
13	Lữ Thị Th.	42	Nữ	Thường Xuân-Thường Xuân-Thanh Hóa	16103158	28/03/2016	
14	Bùi Hữu H.	51	Nam	Đông Mô-Chi Lăng-Lạng Sơn	16144120	12/04/2016	
15	Nguyễn Trọng T.	67	Nam	TT Hưng Hà-Hung Hà-Thái Bình	16163218	25/04/2016	
16	Nguyễn Văn L.	69	Nam	Hương Mạc- Từ Sơn-Bắc Ninh	16144127	25/04/2016	
17	Lưu Thị L.	63	Nữ	Thường Kiệt -Yên Mỹ-Hung Yên	16230431	25/05/2016	
18	Nguyễn Văn T.	56	Nam	Liên Bảo- Vĩnh Yên-Vĩnh Phúc	16233525	27/05/2016	
19	Nguyễn Hoàng T.	63	Nam	Vinh Tân- TP Vinh-Nghệ An	16293198	28/06/2016	
20	Trần Thị H.	57	Nữ	Quán Triều- TP Thái Nguyên- Thái Nguyên	16321210	13/07/2016	
21	Hà Việt H.	57	Nam	Khương Trung- Thanh Xuân-Hà Nội	16385813	10/08/2016	
22	Nguyễn Cao A.	53	Nam	Đức Thắng- Từ Liêm-Hà Nội	16655461	14/12/2016	
23	Nguyễn Anh T.	49	Nam	Kim Giang- Hoàng Mai-Hà Nội	17073692	15/02/2017	

24	Ngô Thị Đ.	65	Nữ	Tiên Phong- Phở Yên-Thái Nguyên	17137543	10/03/2017	
25	Nguyễn Huy D.	66	Nam	Long Biên- Q. Long Biên-Hà Nội	17144259	14/03/2017	
26	Nguyễn Đăng T.	59	Nam	Cổ Loa- Đông Anh-Hà Nội	17156253	23/03/2017	
27	Trương Tiến M.	57	Nam	Hoàng Tiến- Hoàng Hóa- Thanh Hóa	17267278	27/04/2017	
28	Phạm Văn L.	53	Nam	Trực Đại- Trục Ninh-Nam Định	17286124	08/05/2017	
29	Trần Văn A.	58	Nam	Hoàng Nghĩa-Dương Kinh- Hải Phòng	17569110	10/08/2017	
30	Vũ Trung K.	50	Nam	Đáp Cầu-TP Bắc Ninh-Bắc Ninh	17563722	14/08/2017	

**Xác nhận của thầy hướng dẫn**

  
 Trần Văn A

Phòng KHTH Bệnh viện TW QĐ 108  
  
**TRƯỞNG PHÒNG KHTH TỔNG HỢP**  
 Đại tá. BS. CKII Nguyễn Hữu Thọ

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU BỆNH VIỆN QUÂN Y 103**

Số TT	Họ và tên	Tuổi	Giới tính	Địa chỉ liên lạc	Số LT	Ngày mổ	Ngày chết
1	Mai Công H.	54	Nam	Trung Chính-Hải Hòa-Tĩnh Gia-Thanh Hóa	115	2/1/2014	
2	Lương Văn Gi.	46	Nam	65- Sơn Dương-Hương Sơn-Hà Tĩnh	170	7/1/2014	05/08/2017
3	Lê Văn H.	54	Nam	Tổ 7-Ph.Kiến Hưng-Hà Đông-Hà Nội	259	14/1/2014	25/02/2017
4	Nguyễn Thị Ch.	65	Nữ	Mỹ Hưng-Thanh Oai-Hà Nội	442	11/2/2014	
5	Hoàng Thị V.	74	Nữ	Khối 9-TT Quỳnh Hợp-Quỳnh Hợp-Nghệ An	621	3/3/2014	
6	Phạm Văn D.	55	Nam	Tổ 23- Ph. Hồ Nam- Lê Chân-Hải Phòng	1074	18/4/2014	
7	Vũ Thị L.	62	Nữ	Cẩm Phú-Cẩm Phá-Quảng Ninh	1145	22/4/2014	
8	Nguyễn Thị Th.	39	Nữ	Năm Mấu-Tứ Dân-Khoái Châu-Hưng Yên	2678	26/9/2014	06/12/2016
9	Phạm Văn Gi.	65	Nam	Xóm 2b-Lai Thành-Kim Sơn-Ninh Bình	2791	7/10/2014	
10	Lê Thị H.	51	Nữ	Thôn 5-Bồ Đề-Bình Lục-Hà Nam	2797	7/10/2014	11/10/2017
11	Phạm Đình Ch.	45	Nam	Tân Hội-Đan Phượng-Hà Nội	3385	24/11/2014	
12	Nguyễn Ngọc Tr.	74	Nam	Tp Thanh Hóa-Thanh Hóa	321	19/1/2015	
13	Nguyễn Thị Đ.	54	Nữ	Rừng Mãn-Phong Châu-Phú Thọ	1326	13/5/2015	11/06/2017
14	Vũ Thị L.	52	Nữ	Thụy Dũng-Thái Thụy-Thái Bình	579	15/9/2015	15/10/2016
15	Trần Thị H.	63	Nữ	Tổ 6-TT Hợp Hòa-Tam Dương-Vĩnh Phúc	2876	16/10/2015	
16	Đình Công H.	65	Nam	Yên Bình- Ý Yên-Nam Định	129	14/1/2016	
17	Bùi Thị L.	67	Nữ	246- Ngô Thì Nhậm- Kỳ Bá-Thái Bình	151	19/1/2016	
18	Nguyễn Sỹ Ph.	57	Nam	Cát Quế- Vân Côn- Hoài Đức-Hà Nội	100	21/1/2016	
19	Hoàng Văn V.	60	Nam	Khu 3-Cao Thắng-Hạ Long-Quảng Ninh	185	25/1/2016	
20	Đào Văn H.	56	Nam	Xóm 5-Tân Hưng-Ninh Giang-Hải Dương	412	23/2/2016	
21	Dương Thị Th.	51	Nữ	Chúc Sơn-Chương Mỹ-Hà Nội	1032	11/5/2016	
22	Lê Văn Ph.	67	Nam	Tổ 12-Văn Quán-Hà Đông-Hà Nội	338	25/2/2016	14/07/2017
23	Trần Thị H.	62	Nữ	Thanh Hà-Thanh Liêm-Hà Nam	669	8/3/2016	
24	Nguyễn Thị Ng.	47	Nữ	Xóm 6-Cẩm Hà-Cẩm Xuyên-Hà Tĩnh	1243	30/5/2016	
25	Trần Thị D.	55	Nữ	Sử Dương-Cao Thành-Ứng Hòa-Hà Nội	1258	1/6/2016	
26	Lê Thị Ph.	82	Nữ	Nhật Tân-Trực Hưng-Trực Anh-Nam Định	2040	13/10/2016	
27	Đỗ Quang L.	56	Nam	Tổ 44- Cẩm Phú-Cẩm Phá-Quảng Ninh	2960	18/10/2016	
28	Nguyễn Đình Đ.	57	Nam	Cao Dương-Thanh Oai-Hà Nội	3087	2/11/2016	

29	Trần L.	71	Nam	Xuân Lôi- Lập Thạch- Vĩnh Phúc	2813	8/11/2016	
30	Hoàng Thị H.	78	Nữ	Nghĩa Phương-Nghĩa Hưng-Nam Định	2854	9/11/2016	
31	Biên Danh L.	53	Nam	Hưng Lộc-Tp Vinh-Nghệ An	2909	23/11/2016	
32	Nguyễn Văn S.	57	Nam	Thành Công-Ba Vi-Hà Nội	2907	25/11/2016	
33	Nguyễn Tiến Qu.	35	Nam	Cao Dương-Thanh Oai-Hà Nội	2965	25/11/2016	
34	Lê Đình Ng.	77	Nam	Kiên Hưng-Hà Đông-Hà Nội	2610	28/11/2016	
35	Nguyễn Duy Tr.	70	Nam	Nam Hương-Nam Đàm-Nghệ An	2979	30/11/2016	
36	Lê Văn Ph.	76	Nam	Trù Hữu-Lục Ngạn-Bắc Giang	63	9/1/2017	
37	Nguyễn Văn H.	51	Nam	Bắc Sơn-Ấn Thi-Hưng Yên	248	13/2/2017	
38	Vũ Khắc U.	59	Nữ	Phúc La-Hà Đông-Hà Nội	543	17/3/2017	
39	Vũ Tiến Í.	70	Nam	Diêm Điền-Thái Thụy-Thái Bình	728	5/4/2017	
40	Đỗ Trọng T.	75	Nam	Ngọc Liệp-Quốc Oai-Hà Nội	2011	5/9/2017	
41	Đặng Thị H.	58	Nữ	Ph. Trường Thi- Tp Nam Định-Nam Định	2519	11/9/2017	
42	Nguyễn Hữu Th.	67	Nam	Thanh Khê-Thanh Chương-Nghệ An	2054	11/9/2017	
43	Phạm Văn H.	57	Nam	Xuân Hồng-Xuân Trường-Nam Định	1989	12/9/2017	
44	Đình Văn Ch.	55	Nam	Dương Xá – Gia Lâm- Hà Nội	2837	10/10/2017	

Xác nhận của thầy hướng dẫn

Phòng KHHĐ Bệnh viện Quân y 103



Đại tá  
Phạm Duy Hùng