

RESULTS OF EXTENDED GASTRICULAR SURGERY TREATMENT STOMACH CARCINOMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Nguyen Van Tam^{1,3*}, Trinh Hong Son², Vu Thi Hong Anh¹,
Cao Manh Thau², Nguyen Phuong Sinh¹

¹Thai Nguyen University of Medicine And Pharmacy - 284 Luong Ngoc Quyen, Thai Nguyen City, Thai Nguyen Province, Vietnam

²Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hang Bong Ward, Hoan Kiem Dist, Hanoi City, Vietnam

³Hai Phong International General Hospital - 1 Hospital, Cat Dai Ward, Le Chan Dist, Hai Phong City, Vietnam

Received: 14/10/2024

Revised: 20/11/2024; Accepted: 24/03/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the results of Gastrectomy with Multivisceral Resection for gastric carcinoma at the Department of Oncology and Radiotherapy, Viet Duc Friendship Hospital from January 2019 to June 2024.

Subjects and method: Descriptive study on 33 gastric cancer patients (GC) who underwent Gastrectomy with Multivisceral Resection (G+MVR) due to invasive GC, metastasis or synchronous cancer in other organs.

Results: The average age was 63.58 ± 13.94 years. The male/female ratio was 1.54. The average tumor size was 6.62 ± 3.99 cm. The tumor locations were 1/3 above, 1/3 below and 1/3 below, respectively, 60.6%, 27.3% and 12.1%. Total gastrectomy accounted for 39.4%. The main organs resected were the colon (27.3%), pancreas (21.2%), spleen, body and tail of pancreas (12.1%), liver (9.1%), gallbladder (9.1%), ovary (6.1%). The average number of lymph nodes removed was 26.42 ± 14.6 , the average number of metastatic lymph nodes was 9.42 ± 9.8 . The average surgical time was 262.8 ± 88.7 minutes. The rate of intraoperative complications was 3.0%. The overall postoperative complication rate was 27.3%, 02 cases of postoperative bleeding accounted for 6.1%, including 01 case of death due to pancreaticoenteric anastomosis bleeding on the 8th postoperative day. The average postoperative time was 13.4 ± 7.5 days.

Conclusion: G+MVR for locally advanced clinical T4b gastric cancer, resectable metastasis or synchronous gastric cancer with other cancer in the abdomen has an acceptable rates of complications.

Keywords: Gastric cancer, Gastrectomy with Multivisceral Resection, Extended gastrectomy, Gastrectomy with adjacent organs.

*Corresponding author

Email: kktamnguyen@gmail.com Phone: (+84) 392961735 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCĐ2.2199>

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY MỞ RỘNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Tâm^{1,3*}, Trịnh Hồng Sơn², Vũ Thị Hồng Anh¹,
Cao Mạnh Thấu², Nguyễn Phương Sinh¹

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, Đại học Thái Nguyên - 284 Lương Ngọc Quyến, Tp. Thái Nguyên, Tỉnh Thái Nguyên, Việt Nam

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, P. Hàng Bông, Q. Hoàn Kiếm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng - 1 Nhà Thương, P. Cát Dài, Q. Lê Chân, Tp. Hải Phòng, Việt Nam

Ngày nhận bài: 14/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 20/11/2024; Ngày duyệt đăng: 24/03/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả gần phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2019 – 06/2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 33 bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD) được phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng do UTDD xâm lấn, di căn hoặc ung thư đồng thời ở tạng khác.

Kết quả: Tuổi trung bình $63,58 \pm 13,94$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,54. Kích thước u trung bình là $6,62 \pm 3,99$ cm. Vị trí u 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt là 60,6%, 27,3% và 12,1%. Cắt dạ dày toàn bộ chiếm 39,4%. Tạng được cắt kèm theo chủ yếu là đại trực tràng (27,3%), tụy (21,2%), lách thân đuôi tụy (12,1%), gan (9,1%), túi mật (9,1%), buồng trứng (6,1%). Số hạch vết được trung bình là $26,42 \pm 14,6$, số hạch di căn trung bình là $9,42 \pm 9,8$. Thời gian phẫu thuật trung bình là $262,8 \pm 88,7$ phút. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 3,0%. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 27,3%, 02 trường hợp chảy máu sau mổ chiếm 6,1% trong đó có 01 trường hợp tử vong do chảy máu miệng nối tụy ruột sau mổ ngày thứ 8. Thời gian hậu phẫu trung bình sau mổ là $13,4 \pm 7,5$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng ở bệnh nhân UTDD xâm lấn cơ quan lân cận (T4b), di căn có thể cắt bỏ hoặc UTDD đồng thời với ung thư của cơ quan khác trong ổ bụng có tỷ lệ tai biến, biến chứng chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, cắt dạ dày mở rộng, cắt dạ dày kèm các tạng lân cận.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là loại ung thư phổ biến và đứng hàng đầu trong số các ung thư đường tiêu hóa với tỷ lệ tử vong cao, chủ yếu là ung thư biểu mô, chiếm khoảng 95%[1, 2]. Sàng lọc ung thư dạ dày vẫn chưa được triển khai phổ biến ở nhiều vùng miền tại Việt Nam, nhiều bệnh nhân vào viện ở giai đoạn muộn, khối u đã xâm lấn cơ quan lân cận[2, 3]. Điều trị ung thư dạ dày là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là phương pháp đóng vai trò quyết định. Cắt dạ dày kèm cắt các tạng lân cận được đặt ra khi khối u đã xâm lấn xung quanh, hoặc di căn có thể cắt bỏ, hoặc khi có một ung thư của cơ quan khác được coi là cắt dạ dày mở rộng. Tại Việt Nam, đã có rất nhiều nghiên cứu về phẫu thuật trong ung thư dạ dày, tuy nhiên các nghiên cứu chủ yếu tập trung đến nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày tiêu chuẩn, chưa mô tả một cách có hệ thống về cắt dạ

dày mở rộng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích:

Đánh giá kết quả gần phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2019 – 06/2024.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang về một số đặc điểm lâm sàng, kết quả gần phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

*Tác giả liên hệ

Email: kktamnguyen@gmail.com Điện thoại: (+84) 392961735 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCĐ2.2199>

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm: Tại khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Thời gian: Từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 06 năm 2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Khoa Ung bướu và Xạ trị - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2024 với các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là UTBMDD: xác định trên mô bệnh học sau phẫu thuật.

- Được điều trị bằng phẫu thuật cắt dạ dày toàn bộ hoặc bán phần đồng thời cắt các tạng trong ổ bụng do ung thư dạ dày xâm lấn, di căn các tạng hoặc một ung thư ở tạng khác đồng thời.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Các khối u khác ở dạ dày như: U mô đệm đường tiêu hóa, Sarcoma, Lymphoma,...

+ Phẫu thuật cắt dạ dày kèm cắt các tạng khác do tai biến hoặc bệnh kèm theo: cắt ruột thừa, cắt túi mật do sỏi, cắt u buồng trứng, cắt u gan, ...

+ Các bệnh mạn tính nặng chức năng không hồi phục: suy gan, suy tim, suy thận mạn giai đoạn IV-V...

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ, cách chọn mẫu thuận tiện. Lựa chọn toàn bộ BN theo tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Một số đặc điểm lâm sàng: tuổi; giới; kích thước khối u dạ dày; vị trí khối u dạ dày(1/3 trên, 1/3 giữa, 1/3 dưới dạ dày).

- Phương pháp phẫu thuật: phương pháp cắt dạ dày; các tạng được cắt kèm theo dạ dày; số hạch vét được; số hạch di căn.

- Kết quả phẫu thuật:

+ Kết quả trong phẫu thuật: thời gian phẫu thuật; tai biến trong phẫu thuật.

+ Kết quả gần của phẫu thuật tính đến 30 ngày sau phẫu thuật: biến chứng sau phẫu thuật; phân loại biến chứng theo phân độ Clavien - Dindo; thời gian hậu phẫu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập, xử lý số liệu

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, gọi điện hoặc thăm khám bệnh nhân trực tiếp.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- **Tuổi trung bình:** 63,58 ± 13,94 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 89 tuổi.

- **Tỷ lệ theo giới tính:** Tỷ lệ mắc bệnh nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ : 1,54

Bảng 1. Vị trí khối u

Vị trí khối u	Số lượng	Tỷ lệ %
1/3 dưới	20	60,6
1/3 giữa	9	27,3
1/3 trên	4	12,1

Nhận xét: U ở vị trí 1/3 dưới chiếm chủ yếu với 60,6%, u ở 1/3 trên là 12,1%.

- **Kích thước khối u:** Kích thước u trung bình là 6,62 ± 3,99 cm, lớn nhất là 15cm, nhỏ nhất là 1cm.

3.2. Kết quả gần phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng điều trị UTBMDD

- Phương pháp cắt dạ dày

Cắt toàn bộ dạ dày chiếm 39,4%, cắt đoạn dạ dày chiếm 60,6%.

Bảng 2. Lý do cắt dạ dày mở rộng

Tạng được cắt cùng dạ dày	Lý do G+MVR		Tổng	
	UTDD xâm lấn hoặc di căn	Ung thư cơ quan khác	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Túi mật	3	0	3	9,1
Gan	3	0	3	9,1
Đại trực tràng	4	5	9	27,2
Tụy	7	0	7	21,2
Lách	0	1	1	3,0
Lách thân đuôi tụy	4	0	4	12,1
Buồng trứng	2	0	2	6,1
Ruột non	0	2	2	6,1
Thực quản	1	0	1	3,0
Đường mật ngoài gan	0	1	1	1,4
Tổng	24	9	33	100

Nhận xét: Tạng được cắt kèm cắt dạ dày chủ yếu đại trực tràng (27,3%), tụy (21,2%), lách thân đuôi tụy (12,1%).

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Chỉ tiêu	Ít nhất	Nhiều nhất	Trung bình
Số hạch vét được	9	70	26,42 ± 14,6
Số hạch di căn	0	43	8,55 ± 13,9
Thời gian phẫu thuật (phút)	130	470	262,8 ± 88,7
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	8	43	13,4 ± 7,5

Nhận xét: Số hạch vét được trung bình là 26,42 ± 14,6 hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình là 262,8 ± 88,7 phút dài nhất là 470 phút. Thời gian hậu phẫu trung bình là 13,4 ± 7,5 ngày.

- Tai biến trong phẫu thuật

Có 1 trường hợp (chiếm 3,0%) tai biến trong mổ làm tổn thương nhu mô lách, cầm máu bằng dao điện thành công.

- Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tử vong	01	3,0
Chảy máu sau phẫu thuật	02	6,1
Rò tiêu hóa	01	3,0
Ô dịch tồn dư sau phẫu thuật	01	3,0
Nhiễm khuẩn vết mổ	03	9,1
Toác vết mổ	01	3,0
Viêm phổi	01	3,0
Bí đái	01	3,0
Loét tỳ đè	02	6,1
Số bệnh nhân có biến chứng	09	27,3

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 27,3%, 02 trường hợp chảy máu sau phẫu thuật chiếm 6,1%, trong đó có 01 trường hợp tử vong.

Bảng 5. Phân loại biến chứng theo Clavien - Dindo

Phân loại Clavien - Dindo	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Độ I	02	5,7
Độ II	02	5,7
Độ III	03	8,6
Độ IV	01	2,9
Độ V	01	2,9
Tổng	09	25,7

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng Clavien - Dino từ III trở lên là 14,3%. Có 01 BN biến chứng Clavien - Dino độ V.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm bệnh nhân

Trong nghiên cứu, bệnh chủ yếu gặp ở nam giới với 60,6%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 63,58 ± 13,94 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 89 tuổi. Có 5 BN có tuổi ≤ 40, 4 nữ và 1 nam, cả 5 trường hợp đều là T4 trong đó đã có 3 BN di căn phúc mạc. Kết quả nghiên cứu cho thấy, UTDD gặp cả nam và nữ, chủ yếu gặp ở nam giới, tuy nhiên ở người trẻ tuổi, nữ lại nhiều hơn nam. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, UTDD ở người trẻ chiếm tỷ lệ thấp nhưng thường phát hiện ở giai đoạn muộn.

Kích thước u

Nghiên cứu có kích thước u trung bình là 6,62 ± 3,99 cm, lớn nhất là 15 cm. Theo Võ Duy Long[3], kích thước u trung bình là 4,2 ± 1,7 cm. Theo Tran TB[4], G+MVR trên 159 BN UTDD có kích thước u trung bình là 5,72 cm (3 – 9,5 cm). Tác giả Pacelli, F.[5] có kích thước u trung bình là 7,9 cm. Tác giả Vladov N[6] có kích thước u trung bình là 6,68 cm (2,5 – 14,5 cm).

4.2. Kết quả sớm phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng

Phương pháp cắt dạ dày

Cắt đoạn dạ dày chiếm chủ yếu là 60,6%, cắt toàn bộ dạ dày chiếm 39,4% tương ứng với vị trí khối u 1/3 dưới, 1/3 giữa và 1/3 trên là 60,6%, 27,3% và 12,1%. Tác giả Bùi Trung Nghĩa[1] có tỷ lệ cắt toàn bộ dạ dày thấp hơn là 14,2%, tác giả Trịnh Hồng Sơn[2] là 15,2%. Như vậy, các khối u ở vùng 1/3 giữa và 1/3 trên có xu hướng xâm lấn mạnh hơn so với 1/3 dưới.

Các tạng cắt kèm dạ dày

Trong nghiên cứu, có 33 BN G+MVR, trong đó có 24 trường hợp (72,7%) do UTDD xâm lấn, di căn: tụy: 7, đại tràng: 4, lách thân đuôi tụy: 4, túi mật: 3, gan: 3, buồng trứng: 2, thực quản: 1) và do ung thư khác có 9

trường hợp (ung thư đại trực tràng: 5. GIST ruột non: 2, u Klastskin: 1, Sarcoma lách: 1. Theo Trịnh Hồng Sơn[7], cắt dạ dày do UTDD trên 1489 trường hợp giai đoạn 2005 - 2014, có tới 238 trường hợp (chiếm 15,25%) cắt các tạng kèm theo, nhiều nhất là lách thân đuôi tụy với 59 trường hợp, sau đó là túi mật 44 trường hợp, đại trực tràng 43 trường hợp, cắt gan do UTDD di căn 37 trường hợp, lách 13 trường hợp. Theo Tran TB[4], nghiên cứu 159 trường hợp G+MVR, trong đó tạng được cắt bỏ nhiều nhất là lách 48%, tụy 27%, đại tràng 13%. Theo Zhang X[8], nghiên cứu trên 210 BN G+MVR giai đoạn 1998 – 2018, tạng được cắt bỏ nhiều nhất là tụy tụy (20,5%), đại tràng (16,7%), gan (9,0%), lách 2,4%, nhiều cơ quan (30,2%), cơ quan khác như túi mật, cơ hoành, thận (21,0%). Như vậy, lách và tụy là 2 tạng chủ yếu được cắt do UTDD xâm lấn.

Hai ung thư riêng biệt được phát hiện đồng thời trên một bệnh nhân là hiếm gặp, một số nghiên cứu cho rằng mắc UTDD và ung thư đại trực tràng đồng thời chiếm tỷ lệ cao nhất, dao động từ 2,5% - 3,4%, tiếp sau đó là ung thư gan và ung thư phổi trong đó UTDD là nguyên nhân tử vong chính ở những bệnh nhân này[9]. Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng và UTDD đồng thời trong nghiên cứu là 7,24%. Hiện vẫn chưa có hướng dẫn điều trị cụ thể nào được đưa ra, phẫu thuật cắt bỏ một thì được coi là phương pháp điều trị tối ưu nhất.

Tai biến trong mổ

Có 1 trường hợp tai biến trong mổ chiếm 3,0% là tổn thương lách khi phẫu tích, xử trí bằng đốt dao điện thành công. Trịnh Hồng Sơn[7] phẫu thuật 1489 trường hợp UTDD, trong đó có 238 trường hợp cắt dạ dày kèm các tạng trong ổ bụng, có 02 trường hợp tai biến là thủng bàng quang do bóc phúc mạc và tổn thương thương bó mạch đại tràng giữa phải cắt đại tràng giữa. Theo Võ Duy Long (2017)[10], cắt bán phần xa dạ dày có nội soi hỗ trợ cho 97 trường hợp ung thư dạ dày, Có hai trường hợp tai biến trong mổ, chiếm tỉ lệ là 1,8%; 01 trường hợp trong lúc vết hạch rốn lách làm rách ĐM lách gần rốn lách phải cắt lách; 01 trường hợp trong lúc phẫu tích vết hạch nhóm 12b, làm rách mặt trước ống mật chủ phải đặt ống dẫn lưu Kehr và khâu lại ống mật chủ. Nhìn chung tỷ lệ tai biến trong mổ thay đổi tùy nghiên cứu, các tai biến chủ yếu liên quan đến vết hạch và phẫu tích vùng rốn lách.

Thời gian phẫu thuật

Trong nghiên cứu, thời gian phẫu thuật trung bình 262,8 ± 88,7 phút, ngắn nhất là 130 phút, dài nhất lên tới 470 phút. Một số nghiên cứu nước ngoài về G+MVR có thời gian phẫu thuật khá thay đổi như Zhang X[8] là 209,8 phút, Tran TB[4] là 245,6 phút ở nhóm G+MVR không cắt tụy và 296 phút ở nhóm có cắt tụy. Như vậy, thời gian phẫu thuật dài hơn đáng kể so với các nghiên cứu về cắt dạ dày tiêu chuẩn[1, 2, 10].

Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau phẫu thuật vẫn luôn được coi là một

trong những tiêu chí để đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật về phương diện kỹ thuật. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ của nghiên cứu là 27,3% (9 BN) với 9 biến chứng được ghi nhận, tỷ lệ biến chứng Clavien - Dindo từ III trở lên là 14,3%. Đặc biệt có 01 BN tử vong sau mổ 8 ngày do chảy máu từ miệng nối tụy ruột, 01 BN can thiệp nút mạch do chảy máu sau mổ cắt dạ dày và đường mật ngoài gan do U Klastskin, 01 BN mổ lại do toác vết mổ, 01 BN rò miệng nối điều trị nội khoa thành công, các trường hợp còn lại đều điều trị nội khoa thành công. Phân Theo Trịnh Hồng Sơn[2] nghiên cứu trên 306 BN UTDD trong đó có 30 BN cắt thêm các tạng khác, tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 8,8% và tử vong là 1,3%. Theo Zhang X[8] có tỷ lệ biến chứng khá thấp là 8,1%, 1 BN tử vong tại viện cung do chảy máu trong ổ bụng sau mổ ở bệnh nhân G+MVR có cắt tụy, biến chứng sau mổ thường gặp nhất là rò miệng nối (4,3%) và nhiễm trùng ổ bụng (5,7%). Theo Tran TB[4] có tỷ lệ biến chứng chung khá cao 50,9%, biến chứng Clavien Dindo III là 27%, tỷ lệ tử vong tại viện là 4,4%, rò miệng nối 10,7%, nhiễm trùng vết mổ 12,6%, mổ lại 10,7%. Vladov N[6] nghiên cứu 336 trường hợp UTDD, 101 BN được G+MVR, 235 BN còn lại được phẫu thuật cắt dạ dày tiêu chuẩn, các biến chứng sau phẫu thuật chính ở nhóm G+ MVR là 14,85% và ở nhóm cắt dạ dày tiêu chuẩn là 6,4% (p<0,05). Nghiên cứu của Pacelli F[5] trên 206 BN UTDD cT4b, trong đó 37 BN không phẫu thuật, 57 BN chỉ cắt dạ dày và 112 BN G+MVR có tỷ lệ biến chứng ở nhóm G+MVR là 33,9% cao hơn không đáng kể so với nhóm chỉ cắt dạ dày là 31,3%. Có 7 BN tử vong sau mổ chiếm 4,1%, 4/7 BN thuộc nhóm G+MVR (chiếm 3,6%), nguyên nhân tử vong là nhiễm khuẩn huyết, rò miệng nối và tắc mạch mạc treo ruột. Như vậy, tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ tuy cao hơn so với các nghiên cứu cắt dạ dày tiêu chuẩn, nhưng chấp nhận được so với một số nghiên cứu về G+MVR trên thế giới.

Thời gian hậu phẫu

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 13,4 ± 7,5 ngày (8 – 43 ngày). Thời gian nằm viện kéo dài liên quan mật thiết với biến chứng sau mổ. Chúng tôi có 03 BN có thời gian hậu phẫu > 15 ngày, đều liên quan đến biến chứng nặng sau mổ. Tran TB[4] có thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 9 ngày ở nhóm G+MVR không cắt tụy và 11 ngày ở nhóm G+MVR có cắt tụy Zhang X[8] có thời gian hậu phẫu trung bình dài hơn là 16 ngày. So với các nghiên cứu về cắt dạ dày tiêu chuẩn, thời gian nằm viện sau mổ của G+MVR dài hơn đáng kể so với cắt dạ dày tiêu chuẩn[4, 10].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng là phương pháp điều trị tối ưu khi UTDD xâm lấn cơ quan lân cận (T4b), di căn có thể cắt bỏ hoặc UTDD đồng thời với ung thư khác trong ổ bụng với tỷ lệ tai biến, biến chứng chấp nhận được. Tuy nhiên, cần có thêm nhiều nghiên cứu và phân

tích tổng hợp đa trung tâm tại Việt Nam để đưa ra độ an toàn và lợi ích của phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bùi Trung Nghĩa. Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức: Đại học Y Hà Nội; 2023.
- [2] Trịnh Hồng Sơn. Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày: Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.
- [3] Võ Duy Long, Nguyễn Hoàng Bắc. Đặc điểm và kết quả điều trị ung thư dạ dày ở người trẻ tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;537(1B).
- [4] Tran TB, Worhunsky DJ, Norton JA, Squires MH, 3rd, Jin LX, Spolverato G, et al. Multivisceral Resection for Gastric Cancer: Results from the US Gastric Cancer Collaborative. *Annals of surgical oncology*. 2015;22 Suppl 3:S840-7.
- [5] Pacelli F, Cusumano G, Rosa F, Marrelli D, Di-cosmo M, Cipollari C, et al. Multivisceral resection for locally advanced gastric cancer: an Italian multicenter observational study. *JAMA surgery*. 2013;148(4):353-60.
- [6] Vladov N, Trichkov T, Mihaylov V, Takorov I, Kostadinov R, Lukanova T. Are Multivisceral Resections for Gastric Cancer Acceptable: Experience from a High Volume Center and Extended Literature Review? *Surgery journal (New York, NY)*. 2023;9(1):e28-e35.
- [7] Trịnh Hồng Sơn. Ung thư và một số vấn đề liên quan: Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2017.
- [8] Zhang X, Wang W, Zhao L, Niu P, Guo C, Zhao D, et al. Short-term safety and Long-term efficacy of multivisceral resection in pT4b gastric cancer patients without distant metastasis: a 20-year experience in China National Cancer Center. *Journal of Cancer*. 2022;13(10):3113-20.
- [9] Campuzano N, Fernandez Trokhimtchouk T, Flores LF, Otanez ES, Guallasamín E. Synchronous Gastric and Colon Cancer. *Cureus*. 2023;15(11):e48437.
- [10] Võ Duy Long. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III: Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2017.