

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC**

TRẦN TUẤN ANH

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT
VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN
CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NỘI SOI DO UNG THƯ**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thừa Thiên Huế - 2024

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC HUẾ
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT
VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN
CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NỘI SOI DO UNG THƯ**

**Ngành: Ngoại khoa
Mã số: 9 72 01 04**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

**Người hướng dẫn khoa học:
PGS. TS. BS. PHẠM ANH VŨ
PGS. TS. BS. LÊ LỘC**

Thừa Thiên Huế - 2024

LỜI CẢM ƠN

Trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận án này, tôi đã nhận được rất nhiều sự giúp đỡ quý báu và tận tình của quý Thầy Cô, các nhà khoa học, các nhà quản lý và đồng nghiệp. Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn đến:

- Ban Giám hiệu Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế;
- Ban Giám đốc Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc đến PGS.TS. Phạm Anh Vũ và PGS.TS. Lê Lộc, là những người Thầy đáng kính đã tận tình quan tâm, chỉ dạy, hướng dẫn và truyền đạt cho tôi nhiều kiến thức, kinh nghiệm quý báu trong suốt quá trình nghiên cứu, học tập và hoàn thành luận án tiến sĩ này.

Đồng thời, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành đến:

- Ban chủ nhiệm và toàn thể Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y - Dược Huế;
- Khoa Ngoại Tổng hợp – Trung tâm Điều trị theo yêu cầu và Quốc tế, Bệnh viện Trung ương Huế;
- Khoa Ngoại nhi Cấp cứu bụng Bệnh viện Trung ương Huế;
- Khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trung ương Huế;
- Khoa Ngoại Tiêu hóa Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế;
- Các Khoa Gây mê Hồi sức, Khoa Chẩn đoán Hình ảnh và các Khoa phòng khác của Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế;
- Phòng Đào tạo Sau Đại học Trường Đại học Y - Dược Huế;
- Phòng Hồ sơ Y lý Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế;
- Thư viện Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Cuối cùng, xin được cảm ơn gia đình, bạn bè và đồng nghiệp đã sẵn sàng hỗ trợ, tạo mọi điều kiện thuận lợi và ủng hộ nhiệt tình trong suốt quá trình nghiên cứu và học tập.

Xin được tri ân với những tình cảm sâu sắc nhất!

Huế, ngày tháng năm 2024

Trần Tuấn Anh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi cam đoan rằng đây là công trình nghiên cứu của riêng tôi, các số liệu, kết quả nêu trong luận án là trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào khác.

Huế, ngày tháng năm 2024

Tác giả luận án

Trần Tuấn Anh

MỤC LỤC

Trang

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN.....	4
1.1. Giải phẫu và sinh lý dạ dày	4
1.2. Chẩn đoán ung thư dạ dày	10
1.3. Phân loại ung thư dạ dày	17
1.4. Phân chia giai đoạn ung thư dạ dày	19
1.5. Các phương pháp điều trị ung thư dạ dày.....	20
1.6. Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày do ung thư.....	28
1.7. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau cắt dạ dày.....	36
1.8. Các nghiên cứu về kết quả và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày trong và ngoài nước	43
CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	47
2.1. Đối tượng nghiên cứu	47
2.2. Phương pháp nghiên cứu	48
2.3. Nội dung nghiên cứu	50
2.4. Xử lý số liệu.....	68
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	69
3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.....	70
3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày	73
3.3. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ và một số yếu tố liên quan sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày bằng Thang đánh giá hội chứng sau cắt dạ dày PGSAS-45	97
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	106
4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.....	106
4.2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày	110

4.3. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ và một số yếu tố liên quan sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày bằng Thang đánh giá hội chứng sau cắt dạ dày PGSAS-45	135
KẾT LUẬN	143
KIẾN NGHỊ	145
DANH MỤC	146
CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU LIÊN QUAN LUẬN ÁN	146
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

AJCC	American Joint Committee on Cancer	Ủy ban Ung thư Mỹ
ASA	American Society of Anesthesiologist	Hiệp hội gây mê hồi sức Mỹ
BMI	Body Mass Index	Chỉ số khối cơ thể
CEA	Carcinoembryonic antigen	
CLCS	Chất lượng cuộc sống	
CLVT	Cắt lớp vi tính	
ĐM	Động mạch	
ESD	Endoscopic submucosal dissection	Phẫu tích lớp dưới niêm mạc nội soi
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaires – Core 30	Bộ câu hỏi CLCS của Hội nghiên cứu và điều trị ung thư châu Âu
GIQLI	Gastrointestinal Quality of Life Index	Chỉ số chất lượng cuộc sống đường tiêu hóa
HIPEC	Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy	Hóa trị nhiệt độ cao trong phúc mạc
HP	Helicobacter pylori	
ICG	Indocyanine green	
M	Metastasis	Di căn
N	Nodes	Hạch
NBI	Narrow Banding Imaging	Nội soi dải tần ánh sáng hẹp
NCCN	National comprehensive cancer Network	Mạng lưới ung thư Mỹ

PGSAS-45	Postgastrectomy Syndrome Assessment Scale -45	Thang đánh giá hội chứng sau cắt dạ dày
pN	Pathologic nodes	Hạch trên mô bệnh học
PS	Performance Status	Chỉ số toàn trạng
pT	Pathologic tumor	Độ sâu xâm lấn trên mô bệnh học
PTNS	Phẫu thuật nội soi	
RECIST	Response Evaluation Criteria in Solid Tumours	Tiêu chí đánh giá đáp ứng u đặc
SANS	Siêu âm nội soi	
T	Tumor	Độ sâu xâm lấn
TM	Tĩnh mạch	
UTDD	Ung thư dạ dày	

DANH MỤC BẢNG

	<i>Trang</i>
Bảng 1.1. Triệu chứng của UTDD ở 18.363 bệnh nhân	10
Bảng 1.2. Các công cụ đánh giá CLCS.....	38
Bảng 1.3. Cấu trúc và tóm tắt các nhóm kết quả chính của PGSAS-45.....	42
Bảng 2.1. Phân loại Clavien – Dindo cải tiến	54
Bảng 2.2. Cách tính điểm các nhóm kết quả chính.....	67
Bảng 3.1. Phân bố số bệnh nhân theo năm.	69
Bảng 3.2. Phân bố theo chỉ số khối cơ thể.....	71
Bảng 3.3. Phân loại ASA	72
Bảng 3.4. Các bệnh lý nội khoa kèm theo	72
Bảng 3.5. Triệu chứng lâm sàng	73
Bảng 3.6. Kích thước thương tổn sau mổ	74
Bảng 3.7. Phân loại đại thể.....	75
Bảng 3.8. Giai đoạn T sau mổ.....	75
Bảng 3.9. Giai đoạn N sau mổ	76
Bảng 3.10. Giai đoạn bệnh sau mổ	76
Bảng 3.11. Phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá.....	77
Bảng 3.12. Phương tiện tái lập lưu thông tiêu hoá.....	78
Bảng 3.13. So sánh thời gian phẫu thuật theo giai đoạn T sau mổ.....	78
Bảng 3.14. So sánh thời gian phẫu thuật theo giai đoạn bệnh sau mổ	78
Bảng 3.15. So sánh thời gian phẫu thuật theo vị trí thương tổn trong và sau mổ...	79
Bảng 3.16. So sánh thời gian phẫu thuật theo kích thước thương tổn	79
Bảng 3.17. So sánh thời gian phẫu thuật theo phương pháp tái lập lưu thông...	79
Bảng 3.18. So sánh thời gian phẫu thuật theo phương tiện tái lập lưu thông...	80
Bảng 3.19. So sánh thời gian phẫu thuật theo BMI	80
Bảng 3.20. So sánh lượng máu mất theo giai đoạn bệnh sau mổ	81

Bảng 3.21. So sánh lượng máu mất theo kích thước thương tổn.....	81
Bảng 3.22. So sánh lượng máu mất theo BMI.....	81
Bảng 3.23. So sánh lượng máu mất theo phương pháp tái lập lưu thông.....	82
Bảng 3.24. So sánh lượng máu mất theo phương tiện tái lập lưu thông.....	82
Bảng 3.25. So sánh số hạch vét được theo giai đoạn T sau mổ.....	83
Bảng 3.26. So sánh số hạch vét được theo kích thước thương tổn.....	83
Bảng 3.27. So sánh số hạch vét được theo chỉ số khối cơ thể.....	83
Bảng 3.28. So sánh di căn hạch theo giai đoạn T sau mổ.....	84
Bảng 3.29. So sánh số hạch di căn theo giai đoạn T sau mổ.....	84
Bảng 3.30. So sánh thời gian trung tiện theo phương pháp tái lập lưu thông ..	84
Bảng 3.31. So sánh thời gian trung tiện theo phương tiện tái lập lưu thông ..	85
Bảng 3.32. So sánh thời gian nằm viện theo BMI.....	85
Bảng 3.33. So sánh thời gian nằm viện theo giai đoạn T sau mổ.....	85
Bảng 3.34. Biến chứng sau mổ.....	86
Bảng 3.35. Phân loại biến chứng sau mổ theo Clavien-Dindo.....	86
Bảng 3.36. Các yếu tố liên quan đến biến chứng sau mổ.....	87
Bảng 3.37. Các yếu tố liên quan đến biến chứng rò miệng nối sau mổ.....	88
Bảng 3.38. Điều trị hỗ trợ sau mổ.....	90
Bảng 3.39. Tỷ lệ di căn, tái phát.....	90
Bảng 3.40. Thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh sau mổ.....	91
Bảng 3.41. Tỷ lệ sống thêm theo giai đoạn bệnh sau mổ.....	93
Bảng 3.42. Liên quan giữa thời gian sống thêm và giai đoạn phẫu thuật.....	94
Bảng 3.43. Liên quan giữa thời gian sống thêm và tình trạng di căn hạch	95
Bảng 3.44. Liên quan giữa thời gian sống thêm và điều trị hỗ trợ.....	96
Bảng 3.45. Chất lượng cuộc sống sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày tại các thời điểm nghiên cứu theo thang điểm PGSAS-45.....	97
Bảng 3.46. Các yếu tố bệnh nhân liên quan đến chất lượng cuộc sống.....	101

Bảng 3.47. Các yếu tố phẫu thuật liên quan đến chất lượng cuộc sống	103
Bảng 4.1. So sánh tỷ lệ biến chứng trong các nghiên cứu	122
Bảng 4.2. So sánh tỷ lệ chảy máu sau mổ trong các nghiên cứu	124
Bảng 4.3. So sánh tỷ lệ dò miệng nối trong các nghiên cứu	126
Bảng 4.4. So sánh tỷ lệ ổ tụ dịch trong các nghiên cứu	129
Bảng 4.5. So sánh tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ trong các nghiên cứu	130
Bảng 4.6. So sánh tỷ lệ tắc ruột sau mổ trong các nghiên cứu	132
Bảng 4.7. So sánh thời gian sống thêm trong các nghiên cứu	134

DANH MỤC HÌNH

	<i>Trang</i>
Hình 1.1. Giải phẫu và các lớp của dạ dày.....	4
Hình 1.2. Các phần của dạ dày.....	5
Hình 1.3. Hệ thống mạch máu của dạ dày	6
Hình 1.4. Các nhóm hạch dạ dày theo phân loại của Nhật Bản.....	7
Hình 1.5. Hình ảnh UTDD sớm qua nội soi phóng đại	13
Hình 1.6. Phân loại đại thể theo Hội UTDD Nhật Bản 2011	18
Hình 1.7. Phác đồ điều trị UTDD của Hội UTDD Nhật Bản (2018)	20
Hình 1.8. Nối vị tràng phân chia dạ dày	22
Hình 1.9. Phạm vi vết hạch trong cắt dạ dày: nhóm hạch xanh là D1, thêm nhóm hạch cam là D1+, thêm nhóm hạch đỏ là D2.....	25
Hình 1.10. Cắt toàn bộ dạ dày, tái lập lưu thông tiêu hoá Roux-en-Y	29
Hình 2.2. Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên	56
Hình 2.3. Vị trí trocar.....	57
Hình 2.4. Quan sát khối u trong mổ.....	58
Hình 2.5. Treo gan trong mổ.....	58
Hình 2.6. Cắt mạc nối lớn	59
Hình 2.7. Cắt các ĐM vị ngấn	59
Hình 2.8. Vết hạch nhóm 6	59
Hình 2.9. Vết hạch nhóm 5	60
Hình 2.10. Đóng mồm tá tràng.	60
Hình 2.11. Vết hạch nhóm 7	61
Hình 2.12. Vết hạch nhóm 1, 2, 3	61
Hình 2.13. Kéo dạ dày ra ngoài	62
Hình 2.14. Cắt ngang thực quản bụng.....	62
Hình 2.15. Nối thực quản hồng tràng.....	63
Hình 2.16. Nối hồng tràng hồng tràng tận bên	63
Hình 2.17. Nối thực quản hồng tràng bên bên.....	63
Hình 2.18. Bệnh phẩm sau mổ.....	63

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

	<i>Trang</i>
Biểu đồ 2.1. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu	48
Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi	70
Biểu đồ 3.2. Phân bố theo giới.....	71
Biểu đồ 3.4. Vị trí thương tổn trong và sau mổ	74
Biểu đồ 3.5. Độ biệt hoá tế bào	77
Biểu đồ 3.6. Thời gian sống thêm toàn bộ theo Kaplan Meier	92
Biểu đồ 3.7. Thời gian sống thêm không bệnh theo Kaplan Meier	92
Biểu đồ 3.8. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh	93
Biểu đồ 3.9. Liên quan giữa thời gian sống thêm và giai đoạn pT.	94
Biểu đồ 3.10. Liên quan giữa thời gian sống thêm và tình trạng di căn hạch	95
Biểu đồ 3.11. Liên quan giữa thời gian sống thêm và điều trị bổ trợ	96
Biểu đồ 3.12. Các nhóm kết quả chất lượng cuộc sống chính theo từng thời điểm đánh giá	100
Biểu đồ 4.1. Phác đồ điều trị dò miệng nối sau cắt dạ dày	128

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù tỷ lệ mắc và tử vong giảm dần trong 50 năm qua, đặc biệt là ở các nước phát triển, tuy nhiên, ung thư dạ dày, với khoảng một triệu ca mắc mới và hơn 700.000 ca tử vong trên toàn cầu, vẫn là loại ung thư phổ biến thứ năm và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ tư trên thế giới năm 2020 [137]. Từ lâu, cắt dạ dày kèm nạo vét hạch rộng rãi là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho ung thư biểu mô dạ dày. Năm 1999, Umayra và Azaga là hai tác giả đầu tiên báo cáo phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 [24] và phải đến năm 2008, Okabe là người đầu tiên báo cáo phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2, nối thực quản hồng tràng bằng máy cắt nối thẳng [109].

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày ngày càng được áp dụng rộng rãi trên toàn cầu nhờ sự phát triển của trang thiết bị và việc chuẩn hóa kỹ thuật. Nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát so sánh cắt bán phần dưới dạ dày bằng phẫu thuật nội soi với phẫu thuật mở đều cho kết quả ngắn hạn tốt hơn ở nhóm phẫu thuật nội soi [74], [80], [93]. Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày không phổ biến bằng cắt bán phần dạ dày khi chỉ chiếm 25% trong tổng số cắt toàn bộ dạ dày dựa theo khảo sát được thực hiện bởi Hội phẫu thuật nội soi Nhật Bản năm 2015, trong khi đó tỷ lệ cắt bán phần lên đến 54%. Trong khảo sát này, tỷ lệ chuyển mổ mở ở nhóm cắt toàn bộ là 2,1%, gấp 3 lần so với nhóm cắt bán phần [76]. Nhiều báo cáo đã được công bố về tính khả thi và độ an toàn của phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày. Tuy nhiên, phần lớn những báo cáo này đến từ các trung tâm lớn và hầu hết được thực hiện bởi các phẫu thuật viên đã thuần thục về phẫu thuật nội soi cắt dạ dày. Nhiều phẫu thuật viên vẫn còn do dự thực hiện cắt toàn bộ dạ dày bằng phẫu thuật nội soi với lý do chính là khó khăn khi vét hạch và thực hiện miệng nối thực quản hồng tràng.

Sau cắt toàn bộ dạ dày, các triệu chứng bao gồm hội chứng làm rỗng dạ dày, trào ngược thực quản, rối loạn tiêu hóa, kém hấp thu, tiêu chảy, đầy hơi, biếng ăn.... xuất hiện và làm ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Các triệu chứng này được tóm lược lại thành “Hội chứng sau cắt dạ dày”. Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được nghiên cứu để duy trì và tái lập lại chức năng của dạ dày đã cắt như bảo tồn thần kinh, thay thế dạ dày bằng cấu trúc giải phẫu khác và các phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá khác nhau. Tuy nhiên, bằng chứng chứng minh hiệu quả của các phương pháp này còn rất hạn chế do thiếu công cụ đánh giá phù hợp. Việc đánh giá mức độ của các triệu chứng xuất hiện sau cắt dạ dày và làm rõ mức độ ảnh hưởng đến bệnh nhân là đặc biệt quan trọng. Nhằm thiết lập một công cụ thích hợp để xác định tỷ lệ mắc và liên quan của hội chứng sau cắt dạ dày tới các kết quả được báo cáo, Nhóm nghiên cứu hội chứng sau cắt dạ dày Nhật Bản đã thiết kế và tạo nên một bộ câu hỏi tích hợp mới, Thang đánh giá Hội chứng sau cắt dạ dày (PGSAS)-45, để đánh giá một cách đặc hiệu các triệu chứng, tình trạng sống và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân sau cắt dạ dày. Bộ câu hỏi PGSAS-45 được tạo ra qua sự đóng góp của nhiều phẫu thuật viên với kinh nghiệm điều trị và theo dõi bệnh nhân sau cắt dạ dày phong phú và là bộ câu hỏi toàn diện duy nhất thích hợp để đánh giá bệnh nhân sau các kiểu cắt dạ dày và tái lập lưu thông khác nhau. Nó được mong đợi cung cấp một hình ảnh thực tế về tình trạng của bệnh nhân, được xem là tiêu chuẩn vàng trong theo dõi hội chứng sau cắt dạ dày và đánh giá hiệu quả các kiểu cắt dạ dày và tái lập lưu thông khác nhau [106].

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, nạo vét hạch do ung thư lần đầu tiên được thực hiện ở Việt Nam tại bệnh viện Chợ Rẫy vào tháng 7/2005 [11]. Mặc dù ngày càng phổ biến, phẫu thuật này hiện nay cũng chỉ được thực hiện ở các trung tâm lớn với đầy đủ chuyên gia và trang thiết bị dụng cụ. Đến nay, đã có

nhiều báo cáo về tính an toàn và khả thi của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày tại Việt Nam như Nguyễn Minh Hải (2006), Phạm Như Hiệp (2008, 2014) [6], [7], Triệu Triều Dương (2012) [2], Đỗ Văn Tráng (2009) [15], Lê Mạnh Hà (2013) [4], Đỗ Trường Sơn (2014) [14], Võ Duy Long (2017) [11]... Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá cụ thể về kết quả phẫu thuật và tác động của hội chứng sau cắt dạ dày lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân với thang điểm PGSAS-45, đặc biệt đối với phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày.

Từ những thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài **“Đánh giá kết quả phẫu thuật và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày nội soi do ung thư”** với 2 mục tiêu:

- 1. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày do ung thư biểu mô tuyến.*
- 2. Đánh giá chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày bằng Thang đánh giá hội chứng sau cắt dạ dày PGSAS-45.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN

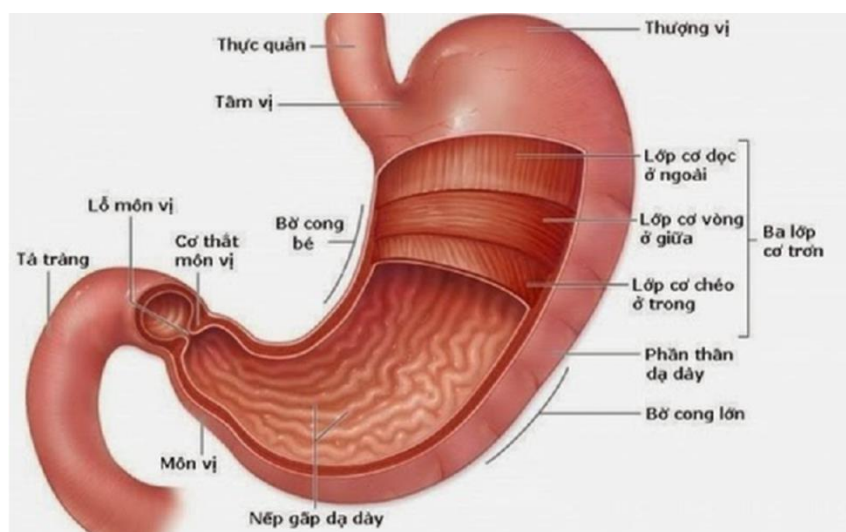
1.1. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ DẠ DÀY

1.1.1. Giải phẫu dạ dày

Dạ dày là đoạn phình to nhất của ống tiêu hoá, có nhiệm vụ dự trữ và tiêu hóa thức ăn. Dạ dày là một tạng nằm trong phúc mạc, ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang, ở vùng thượng vị và dưới hoành trái. Phía trên dạ dày nối với thực quản qua lỗ tâm vị, phía dưới nối tới tá tràng qua lỗ môn vị. Dạ dày có hình chữ J, nhưng thay đổi tùy theo tư thế, thời điểm khảo sát và tình trạng dạ dày (có thức ăn hay không) [8].

1.1.1.1 Hình thể ngoài của dạ dày

Dạ dày có 2 mặt là mặt trước và mặt sau, 2 bờ là bờ cong vị lớn ở bên trái, có khuyết tâm vị ngăn cách đáy vị với thực quản và bờ cong vị bé ở bên phải có khuyết góc là ranh giới giữa phần thân vị và phần môn vị. Về mặt giải phẫu, dạ dày được chia thành 5 phần dựa trên sự khác nhau về mô học và chức năng riêng biệt trong quá trình tiêu hóa. Những phần này gồm:



Hình 1.1. Giải phẫu và các lớp của dạ dày [13]

- Tâm vị: là phần trên cùng, nằm kế cận cơ thắt dưới thực quản. Vùng này bao gồm cả lỗ tâm vị, là chỗ nối thực quản và dạ dày, không có van đóng kín, cấu tạo là một nếp niêm mạc. Nó chứa các tế bào cổ tuyến tiết nhầy và tế bào nội tiết.

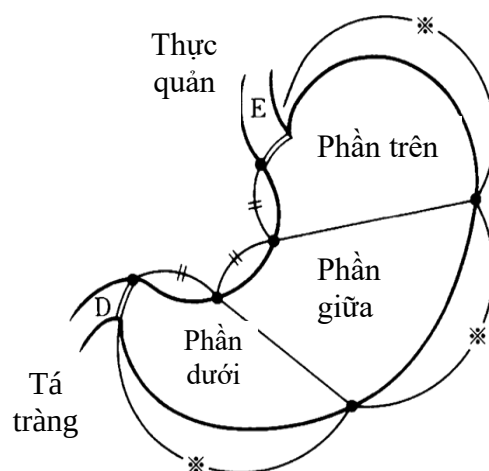
- Đáy vị: ở bên trái lỗ tâm vị và ngăn cách với thực quản bụng bởi một khuyết gọi là khuyết tâm vị, là phần phình to hình chỏm cầu.

- Thân vị: là phần tiếp theo của đáy vị, hình ống, được cấu tạo bởi hai thành và hai bờ. Giới hạn trên là mặt phẳng qua lỗ tâm vị, giới hạn dưới là mặt phẳng qua khuyết góc bờ cong nhỏ.

- Hang vị: là phần nối tiếp theo thân vị hướng sang phải và hơi ra sau, ngăn cách thân vị bởi góc bờ cong nhỏ.

- Ống môn vị: thu hẹp lại giống cái phễu và đổ vào môn vị. Ở giữa môn vị là lỗ môn vị thông với hành tá tràng [8], [13].

Về mặt ứng dụng phẫu thuật, theo Phân loại UTDD của Hội UTDD Nhật Bản, để xác định vị trí thương tổn theo chiều dọc, dạ dày được chia thành 3 phần, phần trên, phần giữa và phần dưới, bằng những đường nối các điểm chia ba ở bờ cong nhỏ và bờ cong lớn [65].



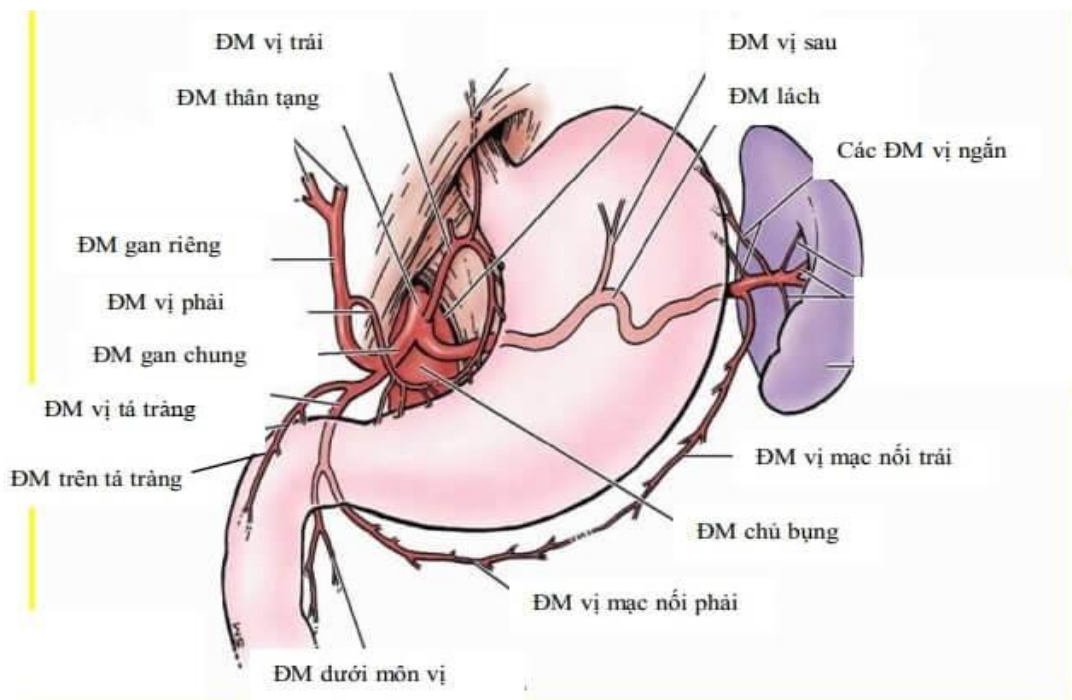
Hình 1.2. Các phần của dạ dày [65]

1.1.1.2. Các lớp của dạ dày

Cấu tạo của thành dạ dày gồm 5 lớp: Lớp thanh mạc, lớp dưới thanh mạc, lớp cơ, lớp dưới niêm mạc và lớp niêm mạc. Đặc điểm các lớp trong dạ dày như sau:

- Lớp thanh mạc: Nằm ở ngoài cùng, thuộc lá tạng phúc mạc.
- Lớp dưới thanh mạc: Là tổ chức liên kết rất mỏng, gần như dính chặt vào lớp cơ, trừ phần ở gần 2 bờ cong vị.
- Lớp cơ: Là lớp thích ứng với việc nhào trộn thức ăn trong dạ dày. Lớp cơ gồm 4 lớp từ ngoài vào trong: Cơ dọc (liên tục với các thớ cơ dọc của thực quản và tá tràng, dày nhất, chạy dọc theo bờ cong vị nhỏ), cơ vòng (bao kín toàn bộ dạ dày, đặc biệt là ở môn vị), cơ chéo (lớp không hoàn toàn, chạy quanh đáy vị, đi chéo xuống dưới về phía bờ cong lớn dạ dày).
- Lớp dưới niêm mạc: Là tổ chức liên kết rất lỏng lẻo, dễ bị xô đẩy.
- Lớp niêm mạc: Là lớp lót bên trong dạ dày [8].

1.1.1.3. Các mạch máu nuôi dạ dày

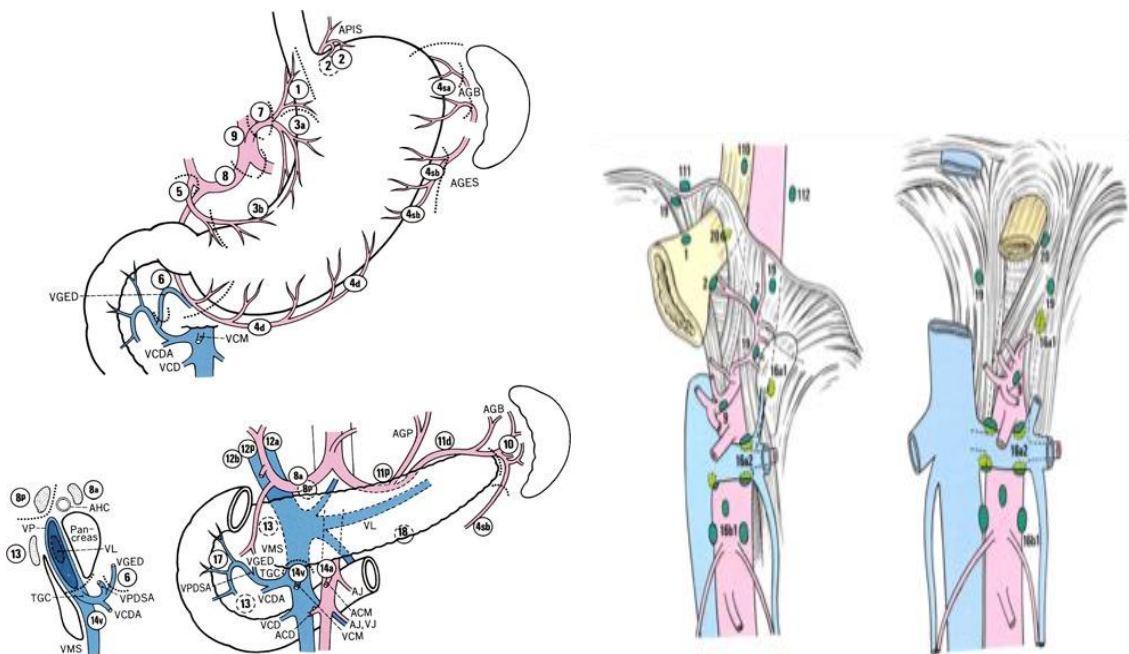


Hình 1.3. Hệ thống mạch máu của dạ dày [65]

- Động mạch: Máu cung cấp cho dạ dày chủ yếu từ các nhánh của ĐM thân tạng. ĐM vị trái, xuất phát từ ĐM thân tạng, chạy dọc bờ cong nhỏ dạ dày và nối với ĐM vị phải, là nhánh của ĐM gan chung. ĐM vị mạc nối phải và trái xuất phát từ ĐM vị tá tràng và ĐM lách, theo thứ tự và chạy dọc bờ cong lớn. Các ĐM vị ngắn xuất phát từ ĐM lách và cung cấp máu cho đáy vị dạ dày. Các ĐM này nối với nhau thành 2 vòng ĐM quanh dạ dày là vòng mạch bờ cong vị bé và vòng mạch bờ cong vị lớn (Hình 1.3) [8].

- Tĩnh mạch: Các TM cùng tên chạy song song với ĐM và đổ vào TM cửa hoặc vào TM lách rồi về TM cửa và dẫn máu về gan [8].

1.1.1.4. Hệ bạch huyết dạ dày



Hình 1.4. Các nhóm hạch dạ dày theo phân loại của Nhật Bản [65]

Theo Đỗ Xuân Hợp [8] thì hạch bạch huyết dạ dày bao gồm:

- Chuỗi hạch bạch huyết dạ dày: Dọc theo bờ cong nhỏ, nhận bạch huyết của nửa phải phần đứng và $\frac{1}{2}$ trên phần ngang dạ dày.
- Chuỗi vị mạc nối: Nhận bạch huyết của nửa trái thân vị và nửa dưới phần ngang dọc bờ cong lớn.
- Chuỗi tuy lách: Nhận bạch huyết của đáy vị và $\frac{1}{2}$ trên thân vị.

Năm 1981, Hiệp hội nghiên cứu UTDD Nhật Bản lần đầu tiên đã đánh số các nhóm hạch để thuận tiện cho phẫu thuật viên trong việc chuẩn hoá việc nạo vét hạch. Bảng phân chia hệ thống hạch bạch huyết mới nhất gồm 23 nhóm hạch và 4 chặng hạch được Hội UTDD Nhật Bản công bố trong Phân loại UTDD năm 2011 (Hình 1.4) (Phụ lục 3) [65].

1.1.2. Sinh lý dạ dày

Dạ dày là cơ quan vừa có chức năng cơ học vừa có chức năng hóa học để chứa đựng, vận động và tiêu hóa thức ăn [1], [11].

1.1.2.1. Bài tiết dịch vị

Hàng ngày dạ dày tiết khoảng 500-2000ml dịch tiêu hóa. Sự bài tiết dịch vị này do cơ chế kích thích. Khi tiếp nhận thức ăn ở miệng, kích hoạt các dây thần kinh phế vị bằng thị giác, khứu giác hoặc tư duy về thức ăn đã kích thích các tế bào bề mặt niêm mạc, các tế bào chính và tế bào hang vị để tiết HCl, pepsinogen và gastrin để tiêu hóa thức ăn trong dạ dày. Sự bài tiết này là do giải phóng một chất tương tự gastrin nên kích thích vào các tế bào tuyến ở dạ dày [1], [11].

1.1.2.2. Vận động của dạ dày

Chức năng vận động của dạ dày được phân tách theo từng phần. Các chất khi đi vào thực quản sẽ gây một phản ứng tiếp nhận, khi đi vào dạ dày, tạo ra sự co giãn thích nghi. Đối với chất lỏng đi qua dạ dày một cách dễ dàng, còn thức ăn thì sẽ nằm lại trong dạ dày trước khi vào tá tràng. Các sóng nhu động được phát đi từ bờ cong lớn tạo lực đẩy phối hợp nhịp nhàng về phía môn vị. Lúc này môn vị hoạt động như một lưới sàng, mở khi sóng nhu động chuẩn bị đến, khi có nhu động thì môn vị đóng lại, tạo thành chướng ngại vật. Các đợt sóng này tăng dần so với tần suất đóng mở của môn vị, do đó thức ăn được nhào trộn kỹ càng với enzyme cho tới khi tạo thành các khối có kích thước nhỏ chỉ vài mm. Lúc này cơ thắt môn vị mở ra và cho phép

thức ăn đi qua. Khi thức ăn đi qua môn vị lập tức đóng lại để tránh trào ngược [1], [11].

1.1.2.3. Tiêu hóa của dạ dày

Dạ dày góp phần tiêu hóa thức ăn bằng cách trộn lẫn thức ăn với acid và pepsin (pepsinogen hoạt hóa sau khi tiếp xúc với acid luminal), giúp phá vỡ liên kết protein thành các chuỗi peptit đơn giản hơn. Sau đó sẽ được hấp thu hoặc tiếp tục được tiêu hóa hơn nữa tại ruột non. Các yếu tố này trong dạ dày cũng góp phần tiết ra các enzym cần thiết để hấp thụ vitamin B12 ở đoạn cuối hồi tràng. Ngoài ra, acid dạ dày cũng tạo điều kiện thuận lợi để hấp thu các ion như Ca^{++} , Fe^{+++} và các kim loại vi lượng khác. Ở pH thấp, Ca^{++} được giải phóng hoàn toàn hơn các bazo khác do đó dễ dàng hấp thu ở tá tràng. Tương tự như vậy, Fe^{++} tự động oxy hóa khi có acid luminal để chuyển sang dạng dễ hấp thu ở ruột non [1], [11].

1.1.2.4. Ứng dụng trong và sau phẫu thuật

Trong phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô dạ dày lựa chọn cắt như thế nào là phụ thuộc vào vị trí cụ thể của u. Với cắt bán phần dạ dày thì phần còn lại giúp đảm bảo một phần chức năng sinh lý của dạ dày. Tuy nhiên, với u ở 2/3 trên hoặc tổn thương toàn bộ dạ dày thì phải cắt toàn bộ dạ dày để đảm bảo tính triệt căn. Do đó, để hài hòa các lợi ích cho người bệnh thì phẫu thuật viên cần cân nhắc kỹ trước khi lựa chọn phương pháp phẫu thuật để vừa đảm bảo tính triệt căn vừa bảo tồn được một phần chức năng sinh lý của dạ dày.

Sau phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày thì các chức năng sinh lý: chứa đựng, vận động và tiêu hóa thức ăn của dạ dày không còn, do đó cần tư vấn chế độ dinh dưỡng và điều trị sau mổ là vấn đề rất quan trọng cho người bệnh. Ăn các thức ăn mềm, lỏng dễ tiêu, nhai kỹ và chia làm nhiều bữa nhỏ trong ngày do mất chức năng chứa đựng và tiêu hóa thức ăn trong dạ dày. Nên ăn các thức ăn giàu protein, chất xơ ... tránh ăn uống các thực phẩm có lượng đường

cao. Bổ sung vitamin B12, vitamin tan trong mỡ như A, D, E, K, enzyme lactase và điện giải và các chất khoáng như Ca^{++} , Fe^{++} [1], [11].

1.2. CHẨN ĐOÁN UNG THƯ DẠ DÀY

1.2.1. Chẩn đoán lâm sàng

Nghiên cứu của Wanebo trên 18.365 bệnh nhân cho thấy đau bụng và sụt cân là những triệu chứng thường gặp nhất tại lần đầu chẩn đoán [154].

Bảng 1.1. Triệu chứng của UTDD ở 18.363 bệnh nhân [154]

Triệu chứng	Tỷ lệ %
Sụt cân	62
Đau bụng	52
Buồn nôn	34
Khó nuốt	26
Đại tiện phân đen	20
Nhanh no	18
Đau kiểu loét	17

- Sụt cân thường do ăn kém hơn là tăng dị hóa và thường có thể do chán ăn, buồn nôn, đau bụng, nhanh no và khó nuốt.

- Đau bụng thường ở thượng vị, mơ hồ và nhẹ ở giai đoạn sớm nhưng trầm trọng và dai dẳng hơn khi bệnh ở giai đoạn tiến triển.

- Khó nuốt là triệu chứng có mặt thường xuyên ở bệnh nhân có khối u ở phần trên dạ dày hoặc tại chỗ nối thực quản dạ dày.

- Buồn nôn hoặc nhanh no trong trường hợp UTDD thể xơ chai do sự căng phồng kém của dạ dày hoặc do hẹp môn vị khi khối u tiến triển ở phần xa của dạ dày.

- Xuất huyết đường tiêu hóa kín đáo có hoặc không có thiếu máu do thiếu sắt thường gặp, trong khi chảy máu rõ rệt (đại tiện phân đen hoặc nôn ra máu) gặp dưới 20% các trường hợp.

- Khối ở bụng có thể sờ được là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất và là dấu hiệu cho thấy bệnh tiến triển.

- Triệu chứng giả co thắt có thể xảy ra khi có xâm lấn đám rối Auerbach do xâm lấn tại chỗ hoặc u gần chỗ nối thực quản dạ dày. Do đó, UTDD cần được chẩn đoán phân biệt với co thắt tâm vị ở bệnh nhân lớn tuổi.

- Xấp xỉ 25% bệnh nhân có tiền sử loét dạ dày. Loét dạ dày cần được theo dõi và điều trị, nếu không đáp ứng điều trị nội nên được cắt bỏ [154].

1.2.2. Chẩn đoán cận lâm sàng

1.2.2.1. Nội soi dạ dày ống mềm kèm sinh thiết

Nội soi dạ dày kèm sinh thiết là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UTDD [10], [99]. Đây là phương pháp cho phép quan sát trực tiếp niêm mạc dạ dày và sinh thiết các vùng nghi ngờ để chẩn đoán các tổn thương tiền ác tính cũng như ung thư [78]. Sinh thiết 1 mẫu có độ nhạy trong chẩn đoán UTDD xấp xỉ 70% và tăng đến 98% sau sinh thiết 7 mẫu ở bờ và đáy ổ loét [161]. Gần đây, nhiều kỹ thuật nội soi tiên tiến như hình ảnh bằng tần dải hẹp, hình ảnh huỳnh quang, nội soi phóng đại và nội soi vi thể laser đồng tâm được sử dụng ngày càng nhiều trong chẩn đoán [78].

Các nghiên cứu gần đây báo cáo độ nhạy trong phát hiện ung thư bằng nội soi đường tiêu hóa trên cao hơn so với chụp dạ dày cản quang. Một nghiên cứu của Nhật Bản báo cáo tỷ lệ phát hiện UTDD bằng nội soi đường tiêu hóa trên cao gấp 2,7-4,6 lần chụp dạ dày cản quang. Trong những năm gần đây, nội soi đường tiêu hóa trên được sử dụng ngày càng nhiều trong sàng lọc UTDD và trở thành phương thức cơ bản trong sàng lọc ở Nhật Bản và Hàn Quốc [78]. Theo báo cáo từ các chương trình sàng lọc quốc gia này, độ

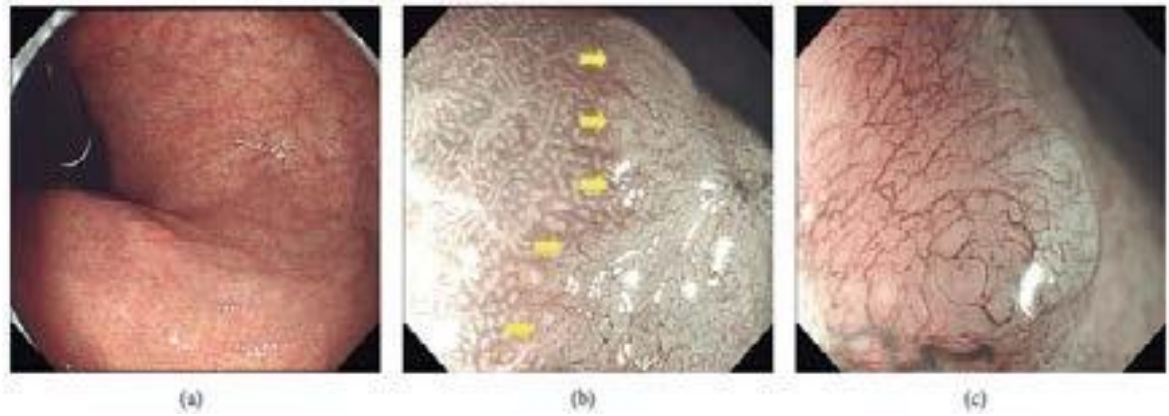
nhảy và độ đặc hiệu của nội soi đường tiêu hoá trên trong phát hiện UTDD lần lượt là 59-88,6% và 85,1-96,3%. Tuy nhiên, ở phần lớn các quốc gia khác, nội soi tiêu hoá trên là thủ thuật tốn kém, khó áp dụng trong các chương trình sàng lọc quốc gia, cùng với nhu cầu về các nhà nội soi có kinh nghiệm và các biến chứng có thể xảy ra [78].

Một công nghệ mới được phát triển gần đây giúp tăng khả năng phát hiện các tổn thương sớm là nội soi dùng hình ảnh băng tần dải hẹp (NBI). Đây là phương tiện nội soi phối hợp dải ánh sáng hẹp màu xanh dương và xanh lục để làm nổi bật cấu trúc bề mặt và mạng mạch máu của lớp niêm mạc. Nội soi phóng đại tích hợp NBI giúp quan sát được chi tiết vi cấu trúc bề mặt và mạch máu của niêm mạc dạ dày [10]. Yếu tố cộng sự kết hợp những sự thay đổi trong hình ảnh phóng đại và việc có hay không ranh giới của tổn thương để đưa ra nhận định về bệnh lý ác tính dạ dày (Hình 1.5) [165]. Phương pháp này đã được minh chứng trong thực hành lâm sàng trên 2 phương diện:

- Thứ nhất, giúp phân biệt được tổn thương UTDD nhỏ và viêm dạ dày đơn thuần mà thường khó nếu chỉ dùng nội soi thường quy. Một nghiên cứu lâm sàng tiến cứu cho thấy khả năng phân biệt các tổn thương trợt lõm <1cm là ác hay lành tính của nội soi phóng đại có tích hợp NBI vượt xa nội soi thường quy với ánh sáng trắng đơn thuần [44]. Trong nghiên cứu này, sau khi đã nội soi thông thường, bệnh nhân được soi thêm bằng máy nội soi phóng đại tích hợp NBI, khả năng chẩn đoán hơn hẳn với độ chính xác, độ nhạy và độ đặc hiệu đều trên 95%. Do đó, kỹ thuật này giúp tránh được những sinh thiết không cần thiết [10].

- Thứ hai, nội soi phóng đại có tích hợp NBI giúp xác định chính xác bờ tổn thương trước khi can thiệp nội soi, trong khi nội soi thường hoặc nhuộm màu khó để xác định được bờ an toàn khi phẫu thuật trong khoảng 20% trường

hợp. Nhất là đối với các loại tổn thương phẳng thì nội soi phóng đại kết hợp NBI làm tăng rõ rệt khả năng xác định bờ thương tổn [10], [104].



Hình 1.5. Hình ảnh UTDD sớm qua nội soi phóng đại

(a) UTDD sớm, biệt hóa tốt, loại 0-IIa. Hình ảnh nội soi phóng đại với NBI cho thấy; (b) ranh giới rõ giữa vùng bình thường bên trái và vùng ung thư bên phải và (c) đặc điểm mạng vi mạch bất thường cùng với sự biến mất các pit bề mặt [10]

1.2.2.2. Siêu âm nội soi

Siêu âm nội soi được xem là công cụ hữu ích trong đánh giá độ sâu xâm lấn của các khối u ở đường tiêu hóa và nhìn chung được dùng trong phân chia giai đoạn ung thư thực quản, UTDD và ung thư trực tràng. SANS thích hợp trong đánh giá cT, đặc biệt với T1a và T1b, vì có thể xác định các chỉ định cho cắt bỏ qua nội soi (ESD, EMR). Thêm vào đó, SANS giúp sinh thiết kim nhỏ các nhóm hạch nghi ngờ, nhờ đó giúp xác định giai đoạn N [148].

Một đa phân tích gồm 54 nghiên cứu lâm sàng cho thấy SANS có khả năng phân biệt giai đoạn T1-T2 với T3-T4, với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 86% và 91%. Trong đó, SANS phân biệt giai đoạn T1 với các giai đoạn tiến triển hơn với độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 96%. Ngược lại, độ nhạy và độ đặc hiệu của SANS trong đánh giá di căn hạch chỉ 69% và 84% [114].

Trong đa phân tích năm 2021 của Ungureanu, so với CLVT, SANS tốt hơn trong chẩn đoán giai đoạn T1 và khác biệt không đáng kể ở giai đoạn T2-T4. Trong khi đó, độ nhạy và độ đặc hiệu giữa SANS và CLVT trong chẩn đoán giai đoạn N1 là tương đương. Tuy nhiên, độ nhạy của CTVT cao hơn SANS trong chẩn đoán giai đoạn N2 (có ý nghĩa thống kê) và N3 (không có ý nghĩa thống kê). Về chẩn đoán di căn xa, CTVT có độ đặc hiệu tốt hơn đáng kể so với SANS, nhưng cả 2 phương pháp có độ nhạy tương đương [148].

SANS còn có vai trò quan trọng trong chẩn đoán UTDD thể thâm nhiễm. Vì thể thâm nhiễm có xu hướng xâm lấn lớp dưới niêm mạc và lớp cơ niêm, sinh thiết bề mặt niêm mạc thường cho kết quả âm tính giả. Do đó, sinh thiết bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của SANS được xem là phương pháp chẩn đoán thay thế và an toàn cho UTDD thể thâm nhiễm trong trường hợp sinh thiết qua nội soi truyền thống thất bại trong việc xác định tổn thương ác tính, đặc biệt trong các trường hợp không có loét bề mặt [139].

1.2.2.3. Nội soi ổ bụng và làm tế bào học dịch rửa phúc mạc

Đây là phương pháp quan trọng trong đánh giá giai đoạn bệnh và đã được chứng minh là đáng tin cậy hơn so với CLVT trong việc phát hiện sự lan tràn của bệnh [10].

Nội soi bụng và làm tế bào học dịch rửa phúc mạc tìm tế bào ác tính được khuyến cáo với UTDD giai đoạn IB-III có thể cắt bỏ được và để loại trừ di căn phúc mạc kín đáo. Lợi ích của phương pháp này lớn hơn ở bệnh nhân u T3/4 và kém kết dính. Độ nhạy và độ đặc hiệu trong phát hiện di căn phúc mạc lần lượt là 84,6% và 100% [50]. Bệnh nhân có di căn phúc mạc giới hạn có thể thích hợp cho phẫu thuật cắt giảm hoặc hoá trị nhiệt độ cao trong phúc mạc (HIPEC). Tuy nhiên, bằng chứng về các phẫu thuật này còn hạn chế [30], [122].

1.2.2.4. Chụp cắt lớp vi tính ngực, bụng, chậu

Chụp cắt lớp vi tính giúp ích cho việc đánh giá sự xâm lấn xung quanh tổn thương và các di căn hệ thống. Tuy nhiên, khi so sánh kết quả thám sát ổ bụng bằng phẫu thuật thì có đến 50 – 70% bệnh nhân có xâm lấn nhiều hơn kết quả CLVT. Theo NCCN năm 2022, dựa vào CLVT, tỷ lệ chẩn đoán đúng T là 43 – 82%, tỷ lệ chẩn đoán đúng di căn hạch là 25 – 86% [19]. Hạn chế của CLVT là không thể đánh giá chính xác tổn thương nhỏ dưới 5mm [99].

Các đặc điểm sau thường được cho là hạch ác tính trên CLVT: đường kính trục ngắn 6-8mm với hạch quanh dạ dày, hình tròn, hoại tử trung tâm, mất rốn mỡ, không đồng nhất hoặc tăng cản quang. Tuy nhiên, độ nhạy của CLVT trong chẩn đoán giai đoạn hạch thay đổi (62,5%-91,9%) và thiếu đồng thuận về các tiêu chí chẩn đoán đặc hiệu [99].

1.2.2.5. Indocyanine green (ICG) và hình ảnh huỳnh quang cận hồng ngoại

Sử dụng ICG và hình ảnh huỳnh quang cận hồng ngoại trong phẫu thuật UTDD giúp cải thiện việc xác định khối u nguyên phát, phát hiện hạch lymphatic và hiển thị bản đồ hạch. ICG là hợp chất vô trùng, tan trong nước, được FDA Mỹ phê chuẩn, phát ra huỳnh quang với chiều dài bước sóng >820nm khi được kích thích bằng ánh sáng hồng ngoại [149]. Huỳnh quang ICG phát ra được phát hiện nhờ ống kính chuyên biệt và bộ lọc để chuyển sang chế độ huỳnh quang, loại trừ các ánh sáng có chiều dài <820nm, cho phép phát hiện các vị trí lắng đọng ICG [26]. Ánh sáng cận hồng ngoại có thể xâm nhập vào từng mi-li-mét mô. Với đặc điểm hấp thu chậm, phân tán chậm và tự phát huỳnh quang, nó giúp phát hiện sự tương phản giữa các mô mạnh hơn, được khuếch đại khi sử dụng các chất tương phản huỳnh quang, giúp dễ quan sát mạch bạch huyết, hạch và mạch máu [124].

Ứng dụng của hình ảnh huỳnh quang cận hồng ngoại sử dụng ICG trong phẫu thuật UTDD bao gồm: (1) phát hiện hạch lymphatic [79]; (2) xác định

phạm vi vết hạch [36]; (3) định vị khối u và xác định bờ cắt [149]; (4) đánh giá tưới máu miệng nối [103].

Hạch lymphatic được định nghĩa là hạch đầu tiên nhận dòng chảy bạch huyết từ u nguyên phát, có thể phản ánh tình trạng di căn hạch ở bệnh nhân UTDD sớm. Do tỷ lệ di căn hạch thấp ở bệnh nhân UTDD sớm, số lượng lớn hạch được vét không cần thiết. Việc sinh thiết hạch lymphatic giúp làm giảm số lượng hạch vét không cần thiết này [79].

Nghiên cứu đa trung tâm pha III SENORITA của Hàn Quốc đánh giá biến chứng sau mổ, thời gian sống thêm lâu dài và CLCS sau PTNS định vị hạch lymphatic so với PTNS cắt dạ dày tiêu chuẩn. Mặc dù thời gian sống thêm không bệnh 3 năm tương đương, PTNS định vị hạch lymphatic mang lại CLCS dài hạn và dinh dưỡng tốt hơn [81].

Tại Việt Nam và nhiều nước khác, bệnh nhân UTDD thường ở giai đoạn tiến triển tại thời điểm chẩn đoán. Do đó, sử dụng ICG với ánh sáng cận hồng ngoại hữu ích hơn trong xác định phạm vi vết hạch hơn là sinh thiết hạch lymphatic [17].

Một nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn năm 2022 đánh giá hiệu quả vết hạch sử dụng ICG với ánh sáng cận hồng ngoại ở 29 bệnh nhân PTNS cắt dạ dày. Tổng số hạch vét được là 1130 hạch, trong đó 88,9% là hạch phát quang. Tỷ lệ di căn hạch trong nhóm hạch phát quang là 7,2%. Tác giả kết luận phương pháp phát quang hạch sử dụng ICG có thể hiển thị bản đồ hạch, giúp cải thiện số lượng hạch vét được [17].

Nhiều nghiên cứu cho thấy số lượng hạch vét được cao hơn khi sử dụng ICG. Một nghiên cứu tiến cứu ngẫu nhiên có kiểm soát của Trung Quốc năm 2020 đánh giá tính an toàn và hiệu quả khi so sánh 133 bệnh nhân PTNS cắt dạ dày vết hạch D2 theo hình ảnh huỳnh quang cận hồng ngoại sử dụng ICG và 133 PTNS cắt dạ dày truyền thống. Nhóm sử dụng ICG cải thiện số lượng

hạch vét được và làm giảm bớt số lượng hạch không lắng đọng ICG (31,8%) so với nhóm truyền thống (57,4%) mà không làm tăng biến chứng [36].

1.3. PHÂN LOẠI UNG THƯ DẠ DÀY

UTDD có thể được phân loại theo nhiều cách khác nhau, dựa vào cả đại thể và mô bệnh học.

1.3.1. Phân loại đại thể

Nhiều hệ thống phân loại đại thể khác nhau được phát triển cho ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Hệ thống thường gặp là phân loại Borrmann (1926), với 4 loại, từ loại I-IV cho tổn thương polyp, loét, loét thâm nhiễm và thâm nhiễm lan tỏa, theo thứ tự [134].

Năm 2011, Hiệp hội UTDD Nhật Bản đã phân chia UTDD về mặt đại thể thành 6 loại, trong đó loại 0 là UTDD sớm [65]. Đây được xem là phân loại hợp lý và bao quát hơn cả.

- Loại 0: thể bề mặt

- + Loại 0-I: dạng lõm (u dạng polyp).

- + Loại 0-II: dạng bề mặt, chia thành 3 nhóm nhỏ:

- * Loại 0-IIa: dạng nhô nông (u hơi gồ cao so với niêm mạc xung quanh)

- * Loại 0-IIb: dạng phẳng (u phẳng so với niêm mạc xung quanh)

- * Loại 0-IIc: dạng lõm nông.

- + Loại 0-III: dạng lõm sâu.

(u < 3mm thường được xếp vào tít 0-IIa, > 3mm được xếp vào tít 0-I)

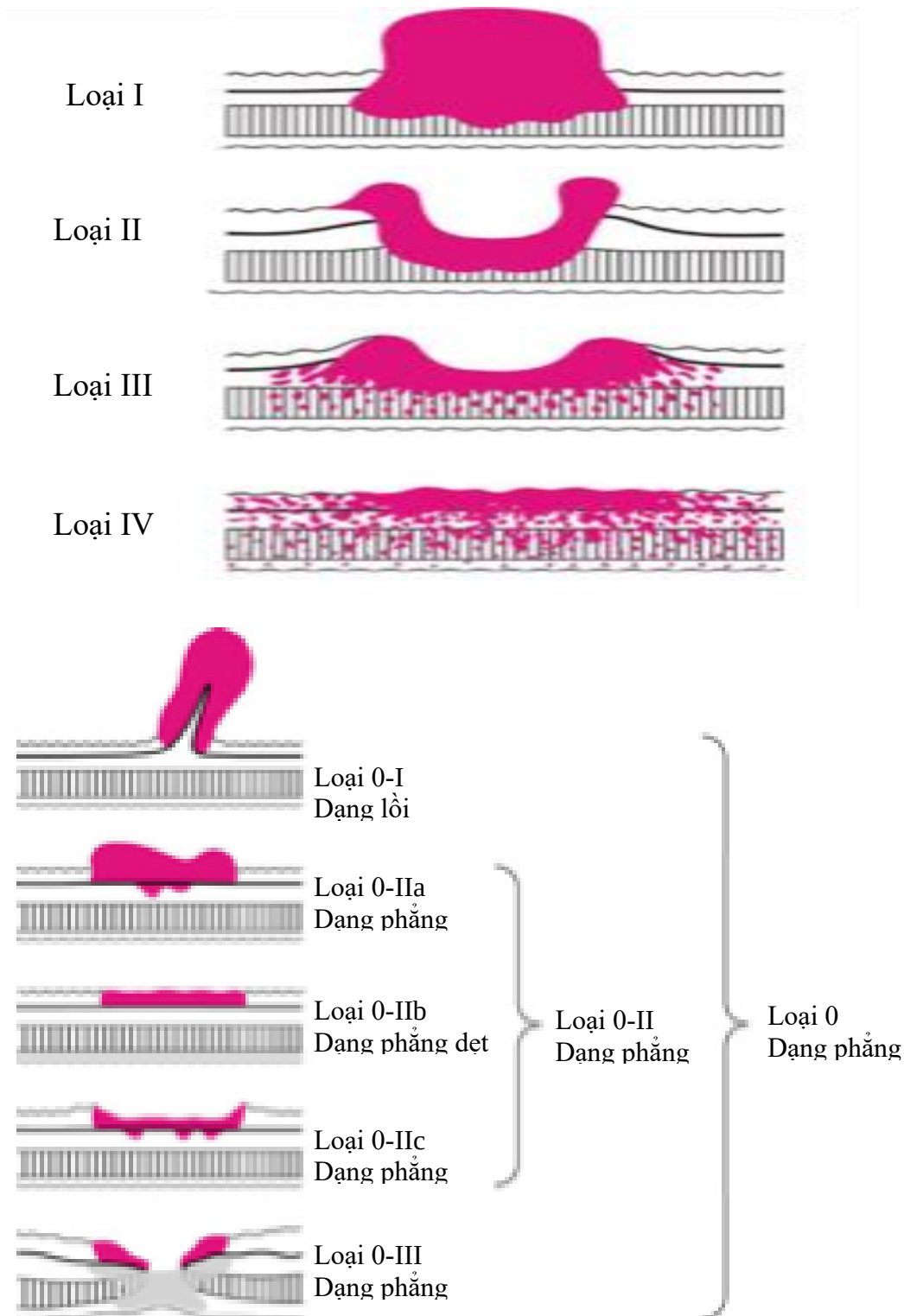
- Loại I: thể sùi (u có giới hạn rõ với niêm mạc xung quanh).

- Loại II: thể loét không thâm nhiễm (ổ loét với bờ rõ và nhô cao).

- Loại III: thể loét thâm nhiễm (ổ loét với bờ nhô cao nhưng không rõ ranh giới).

- Loại IV: thể thâm nhiễm lan tỏa (u giới hạn không rõ, không ổ loét, thành dày, cứng, lan tỏa toàn bộ hay phần lớn dạ dày).

- Loại V: không xếp loại được (tổn thương không thuộc các dạng kể trên).



Hình 1.6. Phân loại đại thể theo Hội UTDD Nhật Bản 2011 [65]

1.3.2. Phân loại vi thể

Phân loại Lauren (1965) [91]: Về mặt vi thể, UTDD được phân loại thành:

- Ung thư biểu mô loại ruột: các tế bào gắn kết với nhau, có xu hướng sắp xếp thành ống tuyến giống như các ung thư biểu mô tuyến đường tiêu hóa khác (biệt hóa tốt, trung bình, kém).

- Ung thư biểu mô loại lan tỏa: các tế bào u thiếu sự gắn kết, không tạo ống tuyến, xâm lấn mạnh vào tổ chức xung quanh (không biệt hóa). Loại này có xu hướng phát triển rộng, có tiên lượng xấu hơn dạng ruột.

Phân loại vi thể UTDD theo Hiệp hội UTDD Nhật Bản [65]: phân loại này gộp cả phân loại Lauren vào bảng phân loại. Các loại mô học được mã hóa (Phụ lục 4).

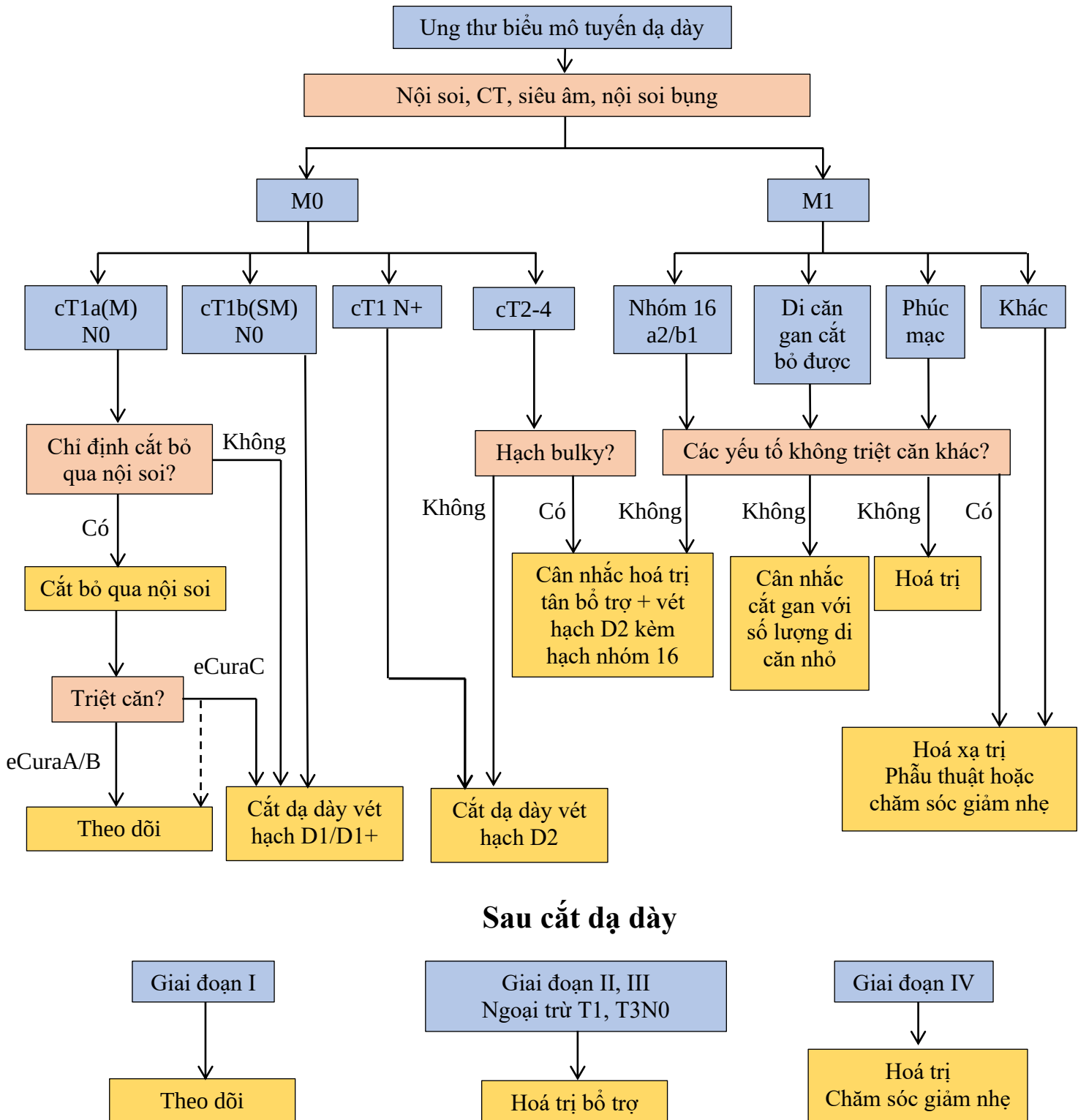
1.4. PHÂN CHIA GIAI ĐOẠN UNG THƯ DẠ DÀY

Hiện nay, có hai hệ thống phân chia giai đoạn UTDD chính đang được sử dụng. Hệ thống của Nhật Bản, là hệ thống tỉ mỉ nhất, dựa trên vị trí giải phẫu, đặc biệt là chằng hạch di căn. Hệ thống phân chia giai đoạn được phát triển bởi Ủy ban ung thư Mỹ (AJCC) là hệ thống được sử dụng nhiều nhất ở phương Tây và hiện nay cũng phổ biến ở các nước châu Á [21], [65].

Phân chia giai đoạn của AJCC dựa trên phân loại u, hạch và di căn xa (TNM). Hệ thống phân chia giai đoạn TNM mới nhất của AJCC (ấn bản thứ 8, năm 2017) bao gồm giai đoạn lâm sàng, mô bệnh học và giai đoạn mô bệnh học sau điều trị bổ trợ trước mổ [21] (Phụ lục 5).

1.5. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

1.5.1. Phác đồ điều trị ung thư dạ dày



Hình 1.7. Phác đồ điều trị UTDD của Hội UTDD Nhật Bản (2018) [64]

1.5.2. Phẫu thuật cắt dạ dày

1.5.2.1. Loại và định nghĩa phẫu thuật dạ dày

- Phẫu thuật triệt căn

+ Cắt dạ dày tiêu chuẩn: là phương pháp phẫu thuật chính được thực hiện với mục đích triệt căn, gồm cắt bỏ ít nhất 2/3 dạ dày và vét hạch D2.

+ Cắt dạ dày không tiêu chuẩn: phạm vi cắt hoặc vét hạch thay đổi tùy theo giai đoạn u, bao gồm phẫu thuật cải biên và mở rộng.

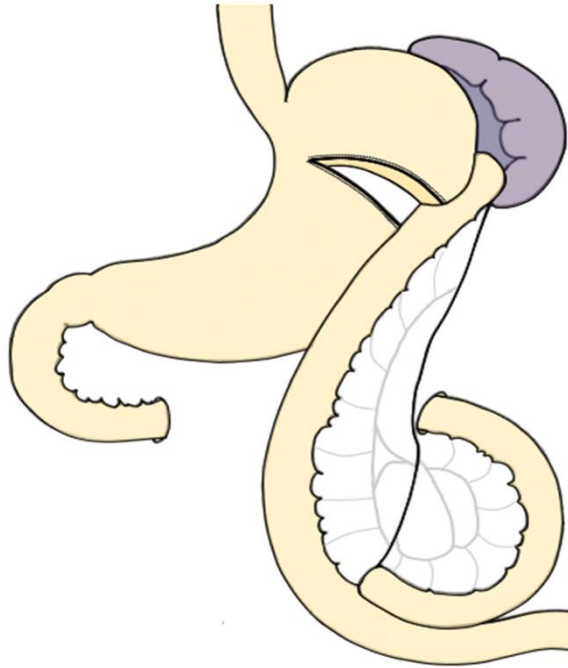
* Phẫu thuật cải biên: phạm vi cắt hoặc vét hạch giảm (D1, D1+) so với cắt dạ dày tiêu chuẩn.

* Phẫu thuật mở rộng: (1) cắt dạ dày kết hợp cắt các cơ quan kế cận bị xâm lấn. (2) cắt dạ dày kèm vét hạch vượt quá D2 [64].

- Phẫu thuật không triệt căn: được đề nghị cho bệnh nhân không thể triệt căn, có thể chia thành phẫu thuật giảm nhẹ hoặc cắt giảm tùy vào mục đích phẫu thuật.

+ Phẫu thuật giảm nhẹ: các triệu chứng nghiêm trọng như chảy máu hoặc tắc có thể có ở bệnh nhân UTDD tiến triển hoặc di căn. Phẫu thuật làm giảm triệu chứng được cân nhắc như một lựa chọn và phẫu thuật giảm nhẹ hoặc nối vị tràng được lựa chọn dựa vào khả năng cắt bỏ khối u nguyên phát và nguy cơ phẫu thuật. Nối vị tràng phân chia dạ dày được báo cáo có kết quả tốt hơn về mặt chức năng so với nối vị tràng thông thường [56].

+ Phẫu thuật cắt giảm: được định nghĩa là cắt dạ dày dạ dày được thực hiện ở bệnh nhân có các yếu tố không triệt căn như di căn gan không thể cắt bỏ và di căn phúc mạc mà chưa có các triệu chứng liên quan khối u như chảy máu và tắc. Phẫu thuật này nhằm kéo dài thời gian sống thêm hoặc trì hoãn sự xuất hiện các triệu chứng bằng cách giảm thể tích khối u. Tuy nhiên, một nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát hợp tác quốc tế (REGATTA, JCOG0705/KGCA01) thất bại trong việc chứng minh lợi ích sống thêm của phẫu thuật cắt giảm [48].



Hình 1.8. Nổi vị tràng phân chia dạ dày [64]

1.5.2.2. Phạm vi cắt dạ dày

a. Phẫu thuật ung thư dạ dày

- Cắt toàn bộ dạ dày: cắt toàn bộ dạ dày bao gồm tâm vị và môn vị.
- Cắt bán phần dưới dạ dày: cắt dạ dày bao gồm môn vị, tâm vị được bảo tồn. Trong cắt dạ dày tiêu chuẩn, 2/3 dạ dày được cắt bỏ.
- Cắt dạ dày bảo tồn môn vị: cắt dạ dày bảo tồn phần trên dạ dày và môn vị.
- Cắt bán phần trên dạ dày: cắt dạ dày bao gồm tâm vị (chỗ nối thực quản dạ dày). Môn vị được bảo tồn.
- Cắt đoạn dạ dày: cắt dạ dày theo chu vi bảo tồn tâm vị và môn vị.
- Cắt tại chỗ: cắt dạ dày không theo chu vi.
- Phẫu thuật không cắt bỏ: phẫu thuật nối tắt, mở thông dạ dày, hồng tràng nuôi dưỡng.

Thêm vào đó, phẫu thuật ung thư phần dạ dày còn lại được định nghĩa như sau:

- Cắt dạ dày hoàn toàn: cắt toàn bộ phần dạ dày còn lại bao gồm tâm vị hoặc môn vị tùy thuộc vào loại phẫu thuật cắt dạ dày trước đó.

- Cắt bán phần phần dạ dày còn lại: cắt bán phần dưới phần dạ dày còn lại bảo tồn tâm vị [64].

b. Xác định phạm vi cắt dạ dày

- Bờ cắt: bờ cắt an toàn nên được đảm bảo khi xác định đường cắt trong cắt dạ dày với mục đích triệt căn. Bờ cắt trên tối thiểu 3cm được khuyến cáo với u T2 hoặc sâu hơn đối với loại 1 và 2 theo phân loại đại thể và 5cm đối với loại 3 và 4. Khi không đạt được bờ cắt này, khuyến cáo kiểm tra bờ cắt trên bằng sinh thiết lạnh. Với u xâm lấn thực quản, không đòi hỏi bờ cắt >5cm nhưng nên sinh thiết lạnh đường cắt để đảm bảo cắt bỏ R0. Với u T1, nên đạt được bờ cắt 2cm. Khi u có giới hạn không rõ và xác định đường cắt khó khăn, cần đánh dấu ranh giới u qua nội soi trước mổ bằng clip dựa trên kết quả sinh thiết [64].

- Lựa chọn cắt dạ dày: phương pháp phẫu thuật tiêu chuẩn cho di căn hạch (cN+) hoặc u T2-T4a là cắt toàn bộ hoặc bán phần dưới dạ dày. Cắt bán phần dưới dạ dày được lựa chọn khi bờ cắt trên an toàn. Khi không thể đạt được bờ cắt trên, cắt toàn bộ dạ dày được lựa chọn. Thậm chí trong trường hợp bờ cắt trên an toàn, u xâm lấn tụy đòi hỏi phải cắt đuôi tụy lách bắt buộc phải cắt toàn bộ dạ dày bất kể vị trí khối u. Cắt toàn bộ dạ dày kèm cắt lách nên được cân nhắc với u ở bờ cong lớn và có hạch di căn nhóm 4sb, thậm chí nếu cắt bán phần xa dạ dày có thể loại bỏ khối u. Với u cT1N0, các loại cắt dạ dày sau nên được xem xét dựa vào vị trí khối u:

- + Cắt dạ dày bảo tồn môn vị: u ở phần giữa dạ dày với bờ cắt dưới cách môn vị ít nhất 4cm.

- + Cắt bán phần trên dạ dày: u ở phần trên dạ dày khi hơn ½ phần dưới dạ dày có thể bảo tồn.

- + Cắt đoạn và cắt tại chỗ vẫn đang trong giai đoạn thử nghiệm [64].

1.5.2.3. Vết hạch

a. Phạm vi vết hạch

Phạm vi vết hạch được chia thành D1, D1+ hoặc D2 và được định nghĩa tùy theo loại cắt dạ dày được thực hiện [64].

b. Chỉ định vết hạch

Về nguyên tắc, vết hạch D1 hoặc D1+ được chỉ định cho u cT1N0 và D2 cho u cN+ hoặc u cT2-T4. Khi chẩn đoán hạch di căn trước và trong mổ vẫn chưa đáng tin, vết hạch D2 nên được thực hiện khi nghi ngờ di căn hạch.

- Vết hạch D1: chỉ định cho u T1a không có chỉ định cắt qua nội soi hoặc u T1bN0 biệt hóa và đường kính $\leq 1,5\text{cm}$.

- Vết hạch D1+: chỉ định cho u cT1N0 còn lại.

- Vết hạch D2: chỉ định cho u T2-T4 cũng như cT1N+ có khả năng cắt bỏ triệt căn. Lách nên được bảo tồn trong cắt toàn bộ dạ dày với u tiến triển ở phần trên không xâm lấn bờ cong lớn. Vai trò của cắt lách với u xâm lấn bờ cong lớn vẫn chưa rõ ràng.

- Vết hạch D2+: cắt dạ dày với vết hạch vượt quá D2 được phân loại là cắt dạ dày không tiêu chuẩn và có thể cân nhắc cho các trường hợp sau mặc dù vẫn còn thiếu các bằng chứng vững chắc, trong điều kiện được thực hiện an toàn.

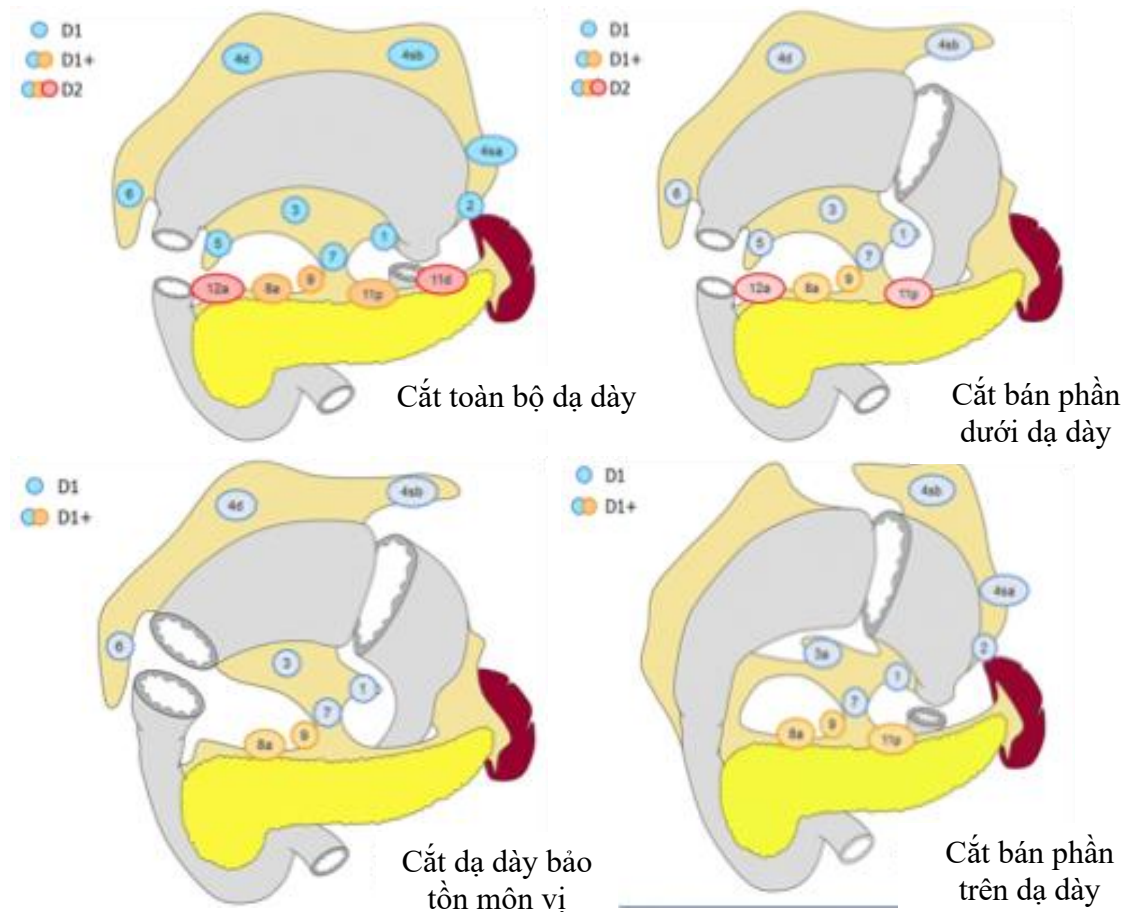
- + Vết hạch nhóm 10 (hạch rốn lách) có hoặc không cắt lách cho u ở phần trên dạ dày xâm lấn bờ cong lớn (D2 + nhóm 10).

- + Vết hạch nhóm 14v (hạch TM mạc treo tràng trên) cho u ở phần dưới dạ dày di căn hạch nhóm 6 (D2 + nhóm 14v).

- + Vết hạch nhóm 13 (hạch mặt sau đầu tụy) cho u xâm lấn tá tràng (D2 + nhóm 13) [88]. Di căn hạch nhóm 13, không bao gồm trong hạch vùng của UTDD, thường được phân loại là di căn xa. Tuy nhiên, khi nhóm 13 được phân loại là hạch vùng trong ung thư tá tràng theo phân loại TNM và phân

loại UTDD Nhật Bản, nhóm này được xem là hạch vùng khi UTDD xâm lấn tá tràng.

+ Vết hạch nhóm 16 (hạch quanh ĐM chủ) sau hoá trị tân bổ trợ cho u di căn hạch rộng (D2 + nhóm 16) [64].



Hình 1.9. Phạm vi vết hạch trong cắt dạ dày: nhóm hạch xanh là D1, thêm nhóm hạch cam là D1+, thêm nhóm hạch đỏ là D2 [64]

1.5.3. Điều trị bổ trợ trong ung thư dạ dày

1.5.3.1. Hóa trị bổ trợ sau mổ

Theo hướng dẫn của Nhật Bản, hóa trị bổ trợ được chỉ định cho UTDD giai đoạn mô bệnh học II, III (ngoại trừ T1, T3N0) sau cắt dạ dày vết hạch D2 [64]. Theo hướng dẫn của NCCN, hóa trị bổ trợ được chỉ định cho u pT2-4 hoặc N+ [19].

Mặc cho những tiến bộ gần đây của hoá trị trong việc làm giảm đáng kể thể tích u trong nhiều trường hợp UTDD tiến triển, những đáp ứng này sau cùng vẫn không dẫn tới triệt căn. Thời gian sống thêm trung bình đạt được trong các nghiên cứu ở giai đoạn này vẫn chỉ từ 6-14 tháng. Vì thế, mục đích hiện nay của hoá trị là trì hoãn, giảm nhẹ các triệu chứng và kéo dài thời gian sống [64].

Hiệu quả lâm sàng của hoá trị được chứng minh trong các nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát ở bệnh nhân có chỉ số toàn trạng (PS) 0-2, với thời gian sống thêm chung là kết quả cuối cùng. Mặc dù hiếm, nhiều bệnh nhân UTDD tiến triển vẫn sống hơn 5 năm. Vì thế, hoá trị hệ thống là điều trị chủ yếu cân nhắc cho bệnh nhân UTDD tiến triển hoặc phẫu thuật không triệt căn (R2) [64].

Hoá trị hệ thống được chỉ định cho bệnh nhân UTDD tiến triển hoặc phẫu thuật không triệt căn R2, miễn là tình trạng chung và chức năng các cơ quan lớn được bảo tồn.

Chỉ định hoá trị nên được quyết định cho mỗi bệnh nhân bằng cách đánh giá các yếu tố sau:

- Có mô bệnh học xác định UTDD.
- PS 0-2. Hoá trị nhìn chung không được khuyến cáo cho bệnh nhân PS 3 hoặc kém hơn và nếu có nên cân nhắc thận trọng mức độ an toàn và hậu quả lâm sàng ở mỗi bệnh nhân.
- Chức năng các cơ quan lớn được bảo tồn.
- Không có các bệnh kèm nghiêm trọng.
- Giải thích và có sự đồng thuận từ bệnh nhân.

Đánh giá thường quy trước và trong khi hoá trị:

- Các chỉ số cần đánh giá trước khi bắt đầu hoá trị: chỉ số toàn trạng PS, chiều cao, cân nặng, triệu chứng, khám nội khoa, các xét nghiệm bao gồm

virus viêm gan, kích thước tổn thương đánh giá bằng CLVT hoặc các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác.

- Việc đáp ứng nên được đánh giá bằng các phương pháp thích hợp gồm CT, nội soi và X quang mỗi 2 hoặc 3 tháng, so sánh các phát hiện hình ảnh với dữ liệu tương ứng trước khi bắt đầu hoá trị hoặc tại thời điểm đáp ứng tốt nhất. Đáp ứng u nên được đánh giá bằng Phân loại UTDD Nhật Bản hoặc Tiêu chí đánh giá đáp ứng u đặc (RECIST) để quyết định có tiếp tục hoá trị hay không.

- Quyết định tiếp tục điều trị hay không, điều chỉnh liều hoặc thay đổi khoảng cách điều trị nên được thực hiện dựa trên việc cân bằng giữa tác dụng phụ và hiệu quả.

Các phác đồ thường được sử dụng hiện nay là:

- Trường hợp HER 2 âm tính:

- + S-1 + cisplatin.
- + Capecitabine + cisplatin.
- + S-1 + docetaxel.
- + 5FU + cisplatin + docetaxel.

- Trường hợp HER 2 dương tính:

- + Trastuzumab, cisplatin + capecitabine hoặc 5FU.
- + Trastuzumab + S-1 mỗi 3 tuần + cisplatin [64].

1.5.3.2. Hóa trị tân bổ trợ

Sau cắt dạ dày, đặc biệt sau cắt toàn bộ dạ dày, bệnh nhân thường có hội chứng sau cắt dạ dày với các biểu hiện như sút cân, hội chứng dumping hoặc thiếu máu, dẫn đến chậm trễ bắt đầu hoặc ngắt quãng hóa trị sau mổ. Hơn nữa, biến chứng sau mổ cũng ảnh hưởng đến cường độ và liều lượng của hóa trị sau mổ. Do đó, bệnh nhân không thể tiếp nhận hóa trị với cường độ và liều lượng như mong đợi. Hóa trị tân bổ trợ trước mổ không bị ảnh hưởng bởi hội chứng

sau cắt dạ dày hoặc biến chứng sau mổ. Bệnh nhân có thể tiếp nhận hóa trị với cường độ và liều lượng đầy đủ hơn là sau cắt dạ dày. Các ưu điểm tiềm tàng khác của hóa trị tân bổ trợ là tăng tỷ lệ cắt bỏ R0 và bắt đầu hóa trị hệ thống sớm hơn, cả 2 điều này có thể góp phần vào việc cải thiện kết quả sống thêm lâu dài [83].

Theo hướng dẫn của NCCN, hóa trị tân bổ trợ được chỉ định cho UTDD cT2-4, N bất kỳ [19]. Theo hướng dẫn của Nhật Bản, hóa trị tân bổ trợ được cân nhắc cho u cT2-4 có hạch bulky hoặc di căn hạch nhóm 16 (a2/b1) mà không có các yếu tố không triệt căn khác [64].

1.6. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY DO UNG THƯ

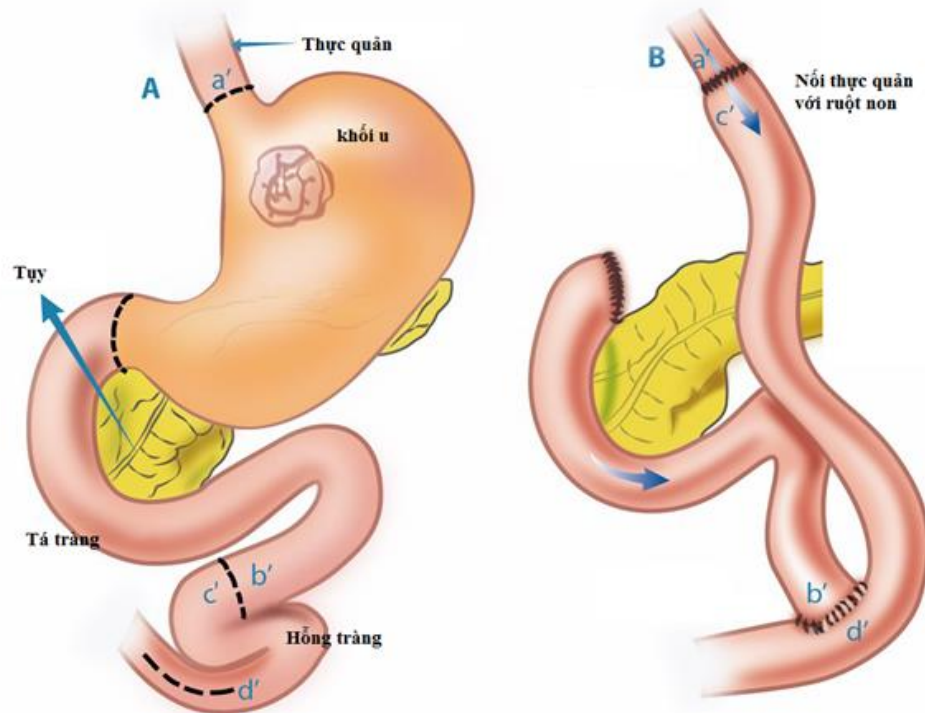
1.6.1. Chỉ định

Cắt toàn bộ dạ dày được chỉ định cho các khối u ác tính của dạ dày trong các trường hợp:

- Ung thư tiến triển ở 2/3 trên dạ dày, xâm lấn 2/3 trên dạ dày hoặc với các khối u khi cắt bán phần dạ dày không đảm bảo được bờ an toàn [1], [136],[170].
- UTDD thể thâm nhiễm di truyền (đột biến CDH1), cả khi cắt dự phòng và khi ung thư được xác định [27].

Những khối u ở phần trên dạ dày không xâm lấn chỗ nối thực quản dạ dày về mặt kỹ thuật có thể cắt toàn bộ dạ dày hoặc cắt bán phần trên dạ dày. Tuy nhiên, cắt toàn bộ dạ dày được ưa thích hơn bởi phần lớn phẫu thuật viên. Trong một hồi cứu hệ thống và đa phân tích năm 2021 của Zhao trên 2896 bệnh nhân ung thư phần trên dạ dày được cắt bán phần trên dạ dày hoặc toàn bộ dạ dày từ 25 nghiên cứu (trong đó có 1 nghiên cứu ngẫu nhiên tiến cứu, 1 nghiên cứu pha III), nhóm cắt bán phần trên dạ dày có tỷ lệ hẹp miệng nối và trào ngược nhiều hơn đáng kể so với nhóm cắt toàn bộ dạ dày [170]. Bên cạnh đó, lợi ích sống thêm của cắt bán phần trên dạ dày vẫn chưa được chứng minh, đặc biệt với UTDD tiến triển [136].

Thêm vào đó, một đa phân tích 2 nghiên cứu ngẫu nhiên và 9 nghiên cứu hồi cứu ở bệnh nhân ung thư phần trên dạ dày cho thấy so với cắt toàn bộ dạ dày, cắt bán phần trên dạ dày cho kết quả tương tự về thời gian sống thêm 5 năm (61 so với 64%) nhưng tái phát nhiều hơn (39 so với 24%). Biến chứng cũng xảy ra nhiều hơn sau cắt bán phần trên dạ dày, bao gồm hẹp miệng nối (27 so với 7%) và viêm thực quản trào ngược (20 so với 2%) [120]. Thêm vào đó, theo Hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày Nhật Bản, cắt bán phần trên dạ dày chỉ được khuyến cáo cho u cT1N0. Vì thế, cắt toàn bộ dạ dày vẫn là phương pháp điều trị ưa thích với ung thư phần trên dạ dày [64].



Hình 1.10. Cắt toàn bộ dạ dày, tái lập lưu thông tiêu hóa Roux-en-Y

1.6.2. Chống chỉ định

PTNS cắt toàn bộ dạ dày không nên thực hiện trong các trường hợp sau:

- UTDD di căn, trừ khi được thực hiện trong các thử nghiệm lâm sàng.

Một nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát duy nhất so sánh hóa trị với phẫu thuật sau đó hóa trị không cho thấy lợi ích của phẫu thuật [48].

- Cắt bán phần dạ dày có thể đạt được bờ cắt an toàn vì nguy cơ biến chứng cao hơn khi cắt toàn bộ dạ dày so với cắt bán phần dạ dày [70].

1.6.3. Lựa chọn bệnh nhân

Các nghiên cứu cho thấy PTNS là an toàn, khả thi và cho kết quả tốt về mặt ung thư học khi được thực hiện với các phẫu thuật viên kinh nghiệm ở cả các nước phương Đông và Tây. Thực hiện PTNS hoặc mổ mở phụ thuộc vào các yếu tố hỗ trợ và các yếu tố liên quan đến bệnh nhân dưới đây.

1.6.3.1. Các yếu tố hỗ trợ

PTNS cắt dạ dày là phương pháp yêu cầu về mặt kỹ thuật, đòi hỏi kỹ năng và khả năng làm việc nhóm cao. Phẫu thuật viên phải là người có kinh nghiệm trong phẫu thuật đường tiêu hóa phức tạp, các phương pháp xâm lấn tối thiểu tiên tiến và được hỗ trợ bởi đội ngũ có trình độ.

a. Kinh nghiệm của phẫu thuật viên

Đường cong học vấn đề thực hiện PTNS cắt dạ dày, đặc biệt là vết hạch D2 và tái lập lưu thông tiêu hóa là tương đối cao. Các nghiên cứu từ các nước phương Đông ước lượng phẫu thuật viên cần ít nhất 20 trường hợp PTNS cắt bán phần dưới dạ dày [37], hoặc ít nhất 44 trường hợp PTNS cắt toàn bộ dạ dày [127], để được xem là thành thạo. Trong ít nhất 1 nghiên cứu, thực hiện ít hơn 45 trường hợp PTNS cắt toàn bộ dạ dày liên quan đến tỷ lệ biến chứng cao hơn [69]. Không có nghiên cứu nào về đường cong học vấn từ các nước phương Tây.

b. Hỗ trợ từ bệnh viện

Phẫu thuật viên cần một phòng phẫu thuật hiện đại và được hỗ trợ bởi đội ngũ gây mê nhanh nhạy trong việc điều chỉnh các rối loạn có thể xảy ra trong mổ. Trong trường hợp biến chứng xảy ra, sự hỗ trợ từ đơn vị chăm sóc tích cực, bác sỹ nội tiêu hoá và chẩn đoán hình ảnh can thiệp là cần thiết.

Nâng cao thể chất và hỗ trợ dinh dưỡng cũng bắt buộc, khi nhiều bệnh nhân UTDD ở trong tình trạng suy nhược, đặc biệt sau khi điều trị bỏ trợ trước mổ.

Việc đầu tư các công nghệ hình ảnh mới như hệ thống PTNS phân giải cao 4K hoặc 3 chiều (3D) và các loại dao năng lượng cao mới như dao siêu âm, hàn mạch... mang lại không chỉ hình ảnh rõ nét, độ phóng đại tốt, các cấu trúc giải phẫu được bộc lộ đầy đủ theo chiều sâu mà còn giúp việc vét hạch và kiểm soát các mạch máu được thực hiện dễ dàng hơn. Một nghiên cứu của Zhang năm 2022 đánh giá giá trị của hệ thống phân giải cao 4K trong PTNS cắt dạ dày bằng cách so sánh kết quả ngắn hạn và nhận thức chủ quan của nó với hệ thống hình ảnh 3 chiều và HD. Không có sự khác biệt đáng kể về thời gian phẫu thuật, lượng máu mất liên quan phẫu thuật và số hạch vét được ở nhóm 4K so với nhóm HD và 3D. Điểm số liên quan đến mổ mắt và chóng mặt ở nhóm 3D thấp nhất. Ngược lại, nhóm 3D đạt điểm cao nhất ở phần định hướng và mô tả chiều sâu. Nhóm 4K xếp hạng cao nhất về khả năng kiểm soát góc nhìn, độ sắc nét, độ chói, tỷ lệ phân giải và tốc độ làm mới. Nhóm HD thấp hơn đáng kể về cảm giác kiểm soát so với nhóm 4K và 3D. Không có sự khác biệt đáng kể về độ phân giải màu sắc và độ tương phản. Tác giả kết luận trong khi kết quả ngắn hạn tương đương với nhóm 3D và HD, nhóm 4K làm giảm các tác dụng không mong muốn của công nghệ truyền thống và cải thiện chất lượng phẫu thuật [168].

Bệnh viện Trung ương Huế cũng là một trong những đơn vị đầu tiên áp dụng công nghệ 3D vào PTNS cắt dạ dày khi thực hiện thành công ca đầu tiên vào tháng 11 năm 2015.

1.6.3.2. Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân

Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân, như chỉ số toàn trạng PS, bệnh kèm và giai đoạn ung thư có thể ảnh hưởng đến lựa chọn cách tiếp cận điều trị.

Bệnh nhân UTDD sớm, không có bệnh kèm nghiêm trọng, không béo phì và phẫu thuật vùng bụng trên trước đó là tốt nhất cho PTNS cắt dạ dày.

a. Bệnh kèm

Bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) hoặc bệnh tim nặng có thể không chịu được bơm hơi ổ phúc mạc kéo dài trong PTNS. Những bệnh nhân này có thể thực hiện phẫu thuật mở thay thế [11].

b. Béo phì

Béo phì (chỉ số khối cơ thể ≥ 30 kg/m²) hoặc mỡ nội tạng tăng có thể làm PTNS vết hạch D2 gặp thách thức về mặt kỹ thuật. Các nghiên cứu từ các nước phương Đông cho thấy PTNS ở bệnh nhân béo phì đòi hỏi thời gian phẫu thuật dài hơn mổ mở, mặc dù hiệu suất vết hạch, phục hồi sau mổ và tỷ lệ biến chứng không khác biệt [157].

c. Các phẫu thuật bụng trước đó

Các phẫu thuật bụng trước đó có thể làm cho PTNS khó khăn vì dính và thay đổi giải phẫu. tuy nhiên, mặc dù các phẫu thuật bụng trước đó không phải là chống chỉ định cho PTNS, chỉ định cho các trường hợp này cũng nên được cân nhắc lý lượng [87].

d. Phạm vi bệnh

Bệnh nhân giai đoạn sớm không có xâm lấn vào các cấu trúc xung quanh hoặc hạch lớn là tối ưu để bắt đầu thực hiện PNTS cắt dạ dày. U tiến triển tại chỗ giảm giai đoạn sau điều trị hỗ trợ cũng phù hợp cho PTNS cắt dạ dày [64].

1.6.4. Vết hạch trong PTNS cắt toàn bộ dạ dày

Vết hạch là phần thiết yếu trong phẫu thuật UTDD. Phạm vi vết hạch hệ thống được định nghĩa theo mỗi loại cắt dạ dày dựa theo Hướng dẫn điều trị UTDD Nhật Bản. Về nguyên tắc, vết hạch D1 và D1+ được chỉ định cho

UTDD sớm và D2 cho UTDD tiến triển và cho các trường hợp có di căn hạch vùng rõ ràng, ngay cả với UTDD sớm [64].

Trong vết hạch D1+, các nhóm hạch cần vét thêm trong cắt toàn bộ so với cắt bán phần dạ dày là hạch cạnh trái tâm vị (nhóm 2), hạch dọc các ĐM vị ngắn (nhóm 4sa) và hạch dọc ĐM lách phần gần (nhóm 11p). Đây là các nhóm hạch có thể dễ dàng loại bỏ cùng với dạ dày trong phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày [76]. Do đó, về khía cạnh kỹ thuật, cắt toàn bộ dạ dày tương đương với cắt bán phần dưới dạ dày cho UTDD sớm. Các bằng chứng dựa trên kết quả của nghiên cứu JCOG0912, xác nhận sự không kém hơn về hiệu quả của PTNS cắt bán phần dưới so với mổ mở cho UTDD sớm, có thể áp dụng cho PTNS cắt toàn bộ dạ dày [74], [77].

Mặt khác, PTNS cắt toàn bộ dạ dày cho UTDD tiến triển đòi hỏi mức độ vét hạch phức tạp hơn. Trong khi 2 nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát JLSSG0901 [42] và KCLASS-02 [133] đã xác nhận sự tương đương về kết quả dài hạn giữa PTNS cắt bán phần dưới dạ dày vét hạch D2 và mổ mở cho UTDD tiến triển, nghiên cứu ngẫu nhiên về PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 cho UTDD tiến triển chỉ mới bắt đầu thực hiện ở Hàn Quốc (KCLASS-06) [77].

Theo Hướng dẫn điều trị UTDD của Nhật Bản trước đây năm 2014, các nhóm hạch cần vét thêm trong cắt toàn bộ so với cắt bán phần dạ dày cho UTDD tiến triển là hạch rốn lách (nhóm 10) và hạch dọc ĐM lách phần xa (nhóm 11d). Do sự thay đổi về giải phẫu mạch máu rốn lách và không gian phẫu tích hẹp, sâu nên nguy cơ biến chứng khi vét 2 nhóm này tương đối cao [77]. Sau kết quả của nghiên cứu JCOG0110, Hướng dẫn điều trị UTDD Nhật Bản mới nhất đã loại bỏ hạch nhóm 10 ra khỏi vét hạch D2 trong cắt toàn bộ dạ dày cho UTDD tiến triển không xâm lấn bờ cong lớn [64].

Lợi ích của vét hạch nhóm 10 ở tất cả bệnh nhân vẫn còn gây tranh cãi. Tỷ lệ di căn hạch nhóm 10 ở UTDD tiến triển phần trên được báo cáo từ 7,3% đến 27,9, cao hơn đáng kể khi u xâm lấn bờ cong lớn (nhóm xâm lấn bờ cong lớn 15,1% so với không xâm lấn bờ cong lớn 4,2%) [167]. Thêm vào đó, bệnh nhân di căn hạch nhóm 10 thường có tiên lượng kém. Jeong báo cáo tỷ lệ sống thêm 5 năm ở bệnh nhân di căn hạch nhóm 10 là 26%, thấp hơn đáng kể so với không có di căn hạch nhóm 10 và tương đương với di căn xa [68]. Nghiên cứu CLASS-04 của Trung Quốc cho thấy nhóm di căn hạch nhóm 10 có thời gian sống thêm kém hơn và tỷ lệ tái phát cao hơn đáng kể so với nhóm không có di căn hạch nhóm 10 [171]. Huang báo cáo, với UTDD giai đoạn III, nhóm vét hạch nhóm 10 có thời gian sống thêm tốt hơn nhóm không vét hạch nhóm 10 (tỷ lệ sống thêm 3 năm: 52,6% so với 41%, $P = 0,016$), vét hạch nhóm 10 có thể cải thiện thời gian sống thêm lâu dài của bệnh nhân [57]. Trước đây, cắt lách trong cắt toàn bộ dạ dày được thực hiện để loại bỏ hoàn toàn hạch nhóm 10. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy cắt lách làm tăng biến chứng và tử vong mà không mang lại lợi ích sống thêm. Nghiên cứu JCOG0110 [126] báo cáo tỷ lệ sống thêm 5 năm là 75,1% và 76,4% ở nhóm cắt lách và bảo tồn lách, cho thấy không có lợi ích của việc cắt lách về kết quả phẫu thuật và thời gian sống thêm. Vì thế, nhiều phẫu thuật viên thực hiện vét hạch nhóm 10 bảo tồn lách, giúp làm giảm biến chứng sau mổ trong khi vẫn duy trì kết quả ung thư học. Zhong báo cáo vét hạch nhóm 10 bảo tồn lách nội soi cho UTDD là an toàn và khả thi, và tỷ lệ sống thêm 3 năm của nhóm D2 + nhóm 10 tốt hơn nhóm D2 (74,4% so với 42,1%; $P = 0,005$) [173]. Tóm lại, vét hạch nhóm 10 bảo tồn lách có thể được khuyến cáo cho bệnh nhân UTDD tiến triển tại chỗ xâm lấn bờ cong lớn.

1.6.5. Tái lập lưu thông tiêu hóa sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày

Năm 1999, Azagra báo cáo ca nối thực quản hồng tràng đầu tiên được thực hiện bằng đường mở nhỏ sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày [24]. Nhiều nghiên cứu khác báo cáo kết quả ngắn hạn tốt sau nối thực quản hồng tràng bằng stapler tròn được thực hiện qua đường mở nhỏ. Hiện nay, miệng nối thực quản hồng tràng sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày chủ yếu được chia thành 2 loại: miệng nối tận bên dùng stapler tròn (EEA) và miệng nối bên dùng stapler thẳng (GIA) [76].

Ở miệng nối tận bên dùng EEA, việc đặt và cố định đầu đe của EEA vào mỏm cắt thực quản đôi khi gặp khó khăn trong một phẫu trường hẹp và sâu. Một miệng nối an toàn và đảm bảo khó được thực hiện, đòi hỏi sự cẩn thận tránh các mô xung quanh chèn vào giữa miệng nối, đặc biệt ở bệnh nhân béo phì [76].

Ưu điểm của miệng nối sử dụng stapler thẳng là có thể thực hiện trong một trung thất hẹp và có thể đạt được kích thước miệng nối phù hợp bất kể đường kính thực quản. Thêm vào đó, dụng cụ thẳng có thể xoay cho phép giảm căng hồng tràng bằng cách thay đổi vị trí và hướng miệng nối để cải thiện chất lượng miệng nối. Tuy nhiên, phương pháp dùng stapler thẳng cũng có một số hạn chế. Nếu độ dài của mỏm thực quản không đủ, việc sử dụng stapler trở nên khó khăn. Miệng nối có thể trượt vào trong trung thất và dò miệng nối có thể mang lại hậu quả lớn. Thêm vào đó, phương pháp dùng stapler thẳng đòi hỏi phải khâu nội soi nên khó hơn về mặt kỹ thuật so với phương pháp dùng stapler tròn [116].

Nghiên cứu của Huang năm 2023 so sánh 80 bệnh nhân nối thực quản hồng tràng dùng stapler tròn và 80 bệnh nhân dùng stapler thẳng sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày cho thấy stapler thẳng tốt hơn về biến chứng miệng nối như hẹp miệng nối, viêm phổi và thời gian nằm viện. Tuy nhiên, thời gian

thực hiện dài hơn và chi phí nằm viện cũng cao hơn so với stapler thẳng [59]. Kyogoku báo cáo không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng sau mổ liên quan đến loại stapler khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và được huấn luyện đầy đủ. Tác giả kết luận phương pháp nối thực quản hồng tràng nên được lựa chọn bởi ưa thích và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [90].

1.7. ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG SAU CẮT DẠ DÀY

1.7.1. Tầm quan trọng của đánh giá chất lượng cuộc sống

CLCS sau mổ là một tiêu chí quan trọng trong đánh giá kết quả sau các phẫu thuật chung, đặc biệt là các phẫu thuật ung thư. Điều trị UTDD tốt nhất mang lại thời gian sống thêm dài nhất, độc tính thấp nhất và CLCS tốt nhất [129].

Sau cắt dạ dày, bệnh nhân chịu nhiều rối loạn và các vấn đề chức năng khác nhau được bao hàm toàn diện trong hội chứng sau cắt dạ dày [106]. Bên cạnh mục tiêu cơ bản của cắt dạ dày là triệt căn ung thư, mục tiêu quan trọng thứ 2 là giảm thiểu các tác dụng bất lợi liên quan đến hội chứng sau cắt dạ dày và bảo tồn CLCS của bệnh nhân [106]. Mục tiêu này đặc biệt quan trọng ở các nước phương Đông, nơi UTDD thường được phát hiện ở giai đoạn sớm, nhiều bệnh nhân phải đối mặt với hội chứng sau cắt dạ dày trong thời gian dài sau khi điều trị ung thư. Các kiểu cắt dạ dày và các phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá ảnh hưởng đến tỷ lệ và mức độ trầm trọng của hội chứng sau cắt dạ dày, và các phương pháp khác nhau để bảo tồn hoặc tái lập chức năng của dạ dày được nghiên cứu để giải quyết các vấn đề này. Nhiều nghiên cứu cho thấy CLCS của bệnh nhân sau cắt toàn bộ dạ dày kém hơn nhiều so với bệnh nhân cắt bán phần xa dạ dày [51], [105], [140] và mức độ cắt dạ dày càng lớn thì mức độ trầm trọng của hội chứng sau cắt dạ dày càng nhiều [62]. Mặt khác, cắt dạ dày bảo tồn chức năng, trong đó phạm vi cắt dạ dày được

giảm bớt, như cắt dạ dày bảo tồn môn vị [47], [62], cắt cực trên dạ dày [89] thường được dùng để điều trị UTDD sớm và được báo cáo là có lợi trong việc tăng CLCS cho bệnh nhân sau phẫu thuật. Vì vậy, sự phát triển về các kỹ thuật cắt dạ dày được xem là một trong những cách đáng tin cậy để giảm nguy cơ mắc hội chứng sau cắt dạ dày. Tuy nhiên, ít nhất ở thời điểm hiện tại, rất khó để loại bỏ hoàn toàn hội chứng sau cắt dạ dày chỉ bằng phát triển các phương pháp cắt dạ dày [105].

Có thể thấy có những sự khác nhau đáng kể ở CLCS sau mổ ở những bệnh nhân cùng một kiểu cắt dạ dày. Vì thế, có vẻ các yếu tố lâm sàng hơn là kiểu cắt dạ dày có ảnh hưởng rõ rệt đến CLCS sau mổ. Vì thế, việc xác định các yếu tố lâm sàng ảnh hưởng đến CLCS của bệnh nhân sau cắt dạ dày, bên cạnh kiểu cắt dạ dày được thực hiện là rất quan trọng, để hiểu rõ hơn về hội chứng sau cắt dạ dày và phát triển các phương pháp hiệu quả để ngăn ngừa và điều trị chúng [105].

1.7.2. Các công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống

Các thành phần của CLCS liên quan đến UTDD bao gồm các triệu chứng đường tiêu hóa, các triệu chứng hệ thống, chức năng chung, sức khỏe xã hội và tâm lý. Trong 20 năm trở lại đây, việc tạo ra và phê chuẩn các bộ câu hỏi đánh giá CLCS ngày càng được quan tâm. Khi lựa chọn một bộ câu hỏi liên quan tới một phương pháp điều trị, một phẫu thuật viên hoặc nhà nghiên cứu nên chú ý tới tầm quan trọng tương xứng của các khảo sát CLCS (Bảng 1.2) [55].

Bảng 1.2. Các công cụ đánh giá CLCS [55]

Công cụ	Năm	Nguồn gốc	Số câu hỏi	Tần suất sử dụng
EORTC QLQ-C30 [18]	1993	Hà Lan	30	Cao
EORTC QLQ-STO22 [153]	2001	Anh	22	Cao
FACT-G [35]	1993	Mỹ	27	Trung bình
FACT-GA [49]	2011	Canada	19	Trung bình
GIQLI [43]	1995	Đức	36	Trung bình
MDASI-GI [39]	2000	Mỹ	24	Thấp
PROMIS [34]	2010	Mỹ	Thay đổi	Thấp
DAUGS32 [107]	2005	Nhật Bản	34	Trung bình
ES(4) [54]	2014	Nhật Bản	40	Thấp
PGSAS-45 [106]	2015	Nhật Bản	45	Trung bình
Tần suất sử dụng: thấp (ít hơn 5 nghiên cứu), trung bình (5 – 50 nghiên cứu), cao (hơn 50 nghiên cứu).				

1.7.2.1. Chỉ số chất lượng cuộc sống đường tiêu hóa (GIQLI)

Được báo cáo đầu tiên năm 1995, chỉ số CLCS đường tiêu hóa (GIQLI) ,được phát triển và phê chuẩn ở Đức, hướng trực tiếp đến các bệnh nhân với bất kỳ loại bệnh tiêu hóa nào [43]. Bộ câu hỏi này bao gồm 36 câu hỏi, được dịch ra rất nhiều ngôn ngữ, khảo sát các triệu chứng của đường tiêu hóa và không phải đường tiêu hóa, chức năng thể chất, sức khỏe tâm lý và xã hội. Gần đây, các dạng ngắn của công cụ này ra đời (GIQLI-10, GIQLI-20). Mặc dù khả năng áp dụng rộng, GIQLI ít được phát triển và thực hiện ở bệnh nhân ung thư; vì vậy, các công cụ đặc hiệu hơn cho ung thư hơn dần dần thay thế GIQLI trong áp dụng ở bệnh nhân UTDD.

1.7.2.2. Tổ chức nghiên cứu và điều trị ung thư châu Âu QLQ-C30 và QLQ-STO22

Bộ câu hỏi CLCS của Hội nghiên cứu và điều trị ung thư châu Âu (QLQ-C30) được giới thiệu năm 1993 [18]. Được phê chuẩn và có nhiều ngôn ngữ, nó là một trong những bộ câu hỏi thường được sử dụng nhất tập trung đến các triệu chứng và năng lực xã hội của bệnh nhân ung thư. Trong đó, 30 câu hỏi là các lĩnh vực liên quan đến chức năng chung, xã hội, tinh thần, nhận thức, thể chất và vai trò, cũng như các triệu chứng liên quan đến ung thư chung. Năm 2001, một phần mở rộng đặc hiệu cho UTDD, QLQ-STO22, được giới thiệu để đánh giá và so sánh CLCS ở bệnh nhân UTDD [153]. Tập trung chủ yếu vào các triệu chứng đường tiêu hóa trên, QLQ-STO22 được áp dụng trong tất cả các khía cạnh của điều trị UTDD đa mô thức [28]. Quan trọng, QLQ-C30 là bộ câu hỏi tiếng Anh liên quan đến ung thư thường dùng duy nhất bao gồm thành phần về khó khăn tài chính. Mặc dù QLQ-C30 với QLQ-STO22 được cho rằng là phương pháp đánh giá CLCS toàn diện nhất, độ dài của nó không thích hợp cho việc đánh giá CLCS một cách thường xuyên. Mỗi bệnh nhân mất trung bình 15 phút để hoàn thành 52 câu hỏi [28].

1.7.2.3. Đánh giá chức năng của liệu pháp điều trị ung thư (FACT-G, FACT-Ga)

Đánh giá chức năng của liệu pháp điều trị ung thư chung (FACT-G) là một bộ câu hỏi đặc hiệu cho ung thư bao gồm 27 câu hỏi xoay quanh tình trạng thể chất, xã hội, tinh thần và chức năng. Được ra đời cùng thời gian với QLQ-C30, FACT-G hướng đến sự nhận thức rõ ràng về CLCS của bệnh nhân hơn là các triệu chứng đặc hiệu. Để hoàn thiện nó, FACT-Ga, một phần mở rộng đặc hiệu cho UTDD gồm 19 câu hỏi tập trung vào triệu chứng được giới thiệu năm 2004 và phê chuẩn năm 2011 [49]. Khi so sánh với QLQ-C30 và

QLQ-STO22, FACT-GA có ít câu hỏi hơn về khả năng tiêu hóa nhiều loại thức ăn khác nhau, không gồm các câu hỏi về vấn đề tài chính và sức khỏe chung [159].

1.7.2.4. Bảng kiểm triệu chứng Anderson MD – GI

Bảng kiểm triệu chứng Anderson MD (MDASI) là phương pháp đo lường CLCS tương đối ngắn (19 câu hỏi) được giới thiệu năm 2000 [39]. Tập trung chủ yếu vào các triệu chứng thể chất, công cụ này kết hợp các câu hỏi về chức năng tinh thần, xã hội và thể chất bao quát hơn. Phần mở rộng MDASI-GI cũng bao gồm 5 câu hỏi được thêm vào đặc hiệu cho các triệu chứng đường tiêu hóa như táo bón, khó nuốt, nôn, đầy bụng và tiêu chảy [156]. Các ngôn ngữ hiện có của công cụ này là tiếng Anh, tiếng Trung, tiếng Tây Ban Nha và tiếng Đan Mạch. Mặc dù không toàn diện bằng QLQ-C30 STO22 hoặc FACT-GA và ít được sử dụng hơn, sự ngắn gọn của MDASI-GI có thể là một lợi thế trong lựa chọn môi trường nghiên cứu. Với 24 câu hỏi, nó ít hơn một nửa độ dài của QLQ-C30 STO22 và thích hợp để đánh giá thường xuyên hơn.

1.7.2.5. Hệ thống thông tin đánh giá kết quả bệnh nhân tự báo cáo (PROMIS)

Bắt đầu năm 2004, một nhóm các nhà khoa học từ Viện hàn lâm và Viện sức khỏe quốc gia của Mỹ thành lập một nhóm hợp tác để cách mạng hóa việc đánh giá kết quả bệnh nhân tự báo cáo bằng một hệ thống CLCS công khai và linh hoạt. Hệ thống thông tin đánh giá kết quả bệnh nhân tự báo cáo (PROMIS) bắt nguồn từ dự án đó và được mở rộng từ một ngân hàng 11 kết quả tự báo cáo ban đầu năm 2010 lên 100 kết quả trong vòng 10 năm [34]. Ngân hàng câu hỏi được phê chuẩn độc lập và điểm số là duy nhất cho mỗi ngân hàng câu hỏi. Sử dụng công cụ điện tử giúp cho việc thu thập dữ liệu và điểm số tốt hơn. Thay vì phân chia các câu hỏi theo bệnh đặc hiệu, ngân hàng câu hỏi PROMIS được chia thành các lĩnh vực CLCS. Các nhà điều tra phải lựa chọn các câu hỏi

từ ngân hàng để xây dựng nên một công cụ đặc hiệu cho mục đích của mỗi nghiên cứu. Trong lĩnh vực đường tiêu hóa, ngân hàng các câu hỏi tập trung vào các triệu chứng đau, khó nuốt, đầy bụng, buồn nôn và chức năng ruột. Bằng cách tự thiết kế, ưu điểm cơ bản của PROMIS là sự linh hoạt để đánh giá gần như bất cứ lĩnh vực CLCS nào mong muốn. Tuy nhiên, mặc dù hệ thống này thích hợp với các nghiên cứu trực tiếp vào các câu hỏi đặc hiệu, nó ít được áp dụng vào các đánh giá toàn diện trong một quần thể bệnh nhân. Điều này là vì mặc dù mỗi ngân hàng câu hỏi có thể chỉ ngắn khoảng 4 đến 6 câu hỏi, tất cả các mặt của CLCS đòi hỏi nhiều ngân hàng câu hỏi và tăng độ dài của công cụ. Tương tự, vì sự độc quyền tự nhiên của nó, việc so sánh CLCS giữa các nghiên cứu gặp nhiều khó khăn do các nghiên cứu sử dụng các bộ câu hỏi khác nhau. Có lẽ vì những lý do này, đến nay, PROMIS không được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu UTDD, và nhìn chung bị giới hạn sử dụng chỉ 1 hoặc 2 ngân hàng câu hỏi [55].

1.7.2.6. Thang điểm đánh giá hội chứng sau cắt dạ dày (PGSAS-45)

Thang điểm đánh giá hội chứng sau cắt dạ dày (PGSAS)-45, được thiết kế bởi Nhóm nghiên cứu hội chứng sau cắt dạ dày Nhật Bản (JPGSWP), là bộ câu hỏi đánh giá CLCS đa chiều và mới được phát triển dựa trên Khảo sát sức khỏe dạng ngắn (SF-8) [147] và Thang điểm đánh giá triệu chứng đường tiêu hóa (GSRS) [138]. Bộ câu hỏi PGSAS-45 gồm 45 câu hỏi, với 8 mục từ SF-8, 15 mục từ GSRS và 22 mục được lựa chọn bởi JPGSWP. PGSAS-45 gồm 23 mục liên quan đến các triệu chứng sau mổ (mục 9-33), gồm 15 mục từ GSRS và 8 mục mới được lựa chọn. Thêm vào đó, 12 câu hỏi liên quan đến chế độ ăn (8 mục), công việc (1 mục) và mức độ hài lòng về cuộc sống hàng ngày (3 mục) được lựa chọn. Hai mươi ba mục triệu chứng được chia vào 7 nhóm triệu chứng nhỏ [106].

Bộ câu hỏi PGSAS-45 được tạo ra qua sự đóng góp của nhiều phẫu thuật viên với kinh nghiệm điều trị và theo dõi bệnh nhân sau cắt dạ dày phong phú và là bộ câu hỏi toàn diện duy nhất thích hợp để đánh giá bệnh nhân sau các kiểu cắt dạ dày và tái lập lưu thông khác nhau. Bộ câu hỏi PGSAS-45 được thiết kế để mô tả các đặc điểm, đánh giá toàn diện các triệu chứng, tình trạng sống và CLCS ở bệnh nhân sau cắt dạ dày. Nó được mong đợi cung cấp một hình ảnh thực tế về tình trạng của bệnh nhân, được xem là tiêu chuẩn vàng trong theo dõi hội chứng sau cắt dạ dày và đánh giá hiệu quả các kiểu cắt dạ dày và tái lập lưu thông khác nhau [106].

Bảng 1.3. Cấu trúc và tóm tắt các nhóm kết quả chính của PGSAS-45 [106]

Các lĩnh vực	Các nhóm kết quả chính	Các câu hỏi
Triệu chứng	Trào ngược thực quản Đau bụng Khó chịu liên quan đến bữa ăn Khó tiêu Tiêu chảy Táo bón Hội chứng rỗng dạ dày Tổng điểm triệu chứng	10, 11, 13, 24 9, 12, 28 25, 26, 27 14, 15, 16, 17 19, 20, 22 18, 21, 23 30, 31, 33 Tổng các mục trên
Tình trạng sống	Lượng thức ăn ăn mỗi bữa Nhu cầu ăn thêm bữa phụ Chất lượng ăn Khả năng làm việc	34 41 38, 39, 40 42
Chất lượng cuộc sống	Sự không hài lòng với triệu chứng Sự không hài lòng khi ăn Sự không hài lòng khi làm việc Sự không hài lòng về cuộc sống hàng ngày Tóm tắt phần thể chất Tóm tắt phần tinh thần	43 44 45 43, 44, 45 1, 2, 3, 4 5, 6, 7, 8

1.8. CÁC NGHIÊN CỨU VỀ KẾT QUẢ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY TRONG VÀ NGOÀI NƯỚC

1.8.1. Các nghiên cứu trong nước

Tháng 11/1961, hội nghị chuyên đề về phẫu thuật dạ dày lần đầu tiên được tổ chức. Từ đó, phẫu thuật cắt đoạn dạ dày điều trị UTDD đã được triển khai một cách rộng rãi. Đặc biệt, từ sau 1975 trên khắp các bệnh viện tỉnh và thành phố cả nước, phẫu thuật cắt dạ dày theo Billroth II được coi như phẫu thuật thường quy [4].

PTNS cắt dạ dày, nạo vét hạch lần đầu tiên được thực hiện ở Việt Nam tại bệnh viện Chợ Rẫy vào tháng 7/2005. Mặc dù ngày càng phổ biến, PTNS cắt dạ dày chỉ được thực hiện ở các trung tâm lớn với đầy đủ chuyên gia và trang thiết bị dụng cụ. Đến nay, đã có nhiều báo cáo của các tác giả về tính an toàn và khả thi của PTNS trong điều trị UTDD [11].

Năm 2012, Triệu Triều Dương so sánh cắt dạ dày kèm vét hạch D2 giữa 60 bệnh nhân PTNS và 71 bệnh nhân mổ mở. Thời gian mổ trung bình của PTNS và mổ mở lần lượt là 199 phút và 181 phút ($p < 0,05$). Số lượng hạch vét được là 26,6 trong PTNS và 27,1 trong mổ mở. Thời gian nằm viện trung bình lần lượt là 10 ngày ở PTNS và 11,6 ngày ở mổ mở ($p < 0,05$) [2].

Năm 2012, Đỗ Văn Tráng đánh giá kết quả phẫu thuật ở 70 bệnh nhân ung thư phần dưới dạ dày được PTNS cắt bán phần dưới dạ dày kèm vét hạch D2. Thời gian mổ trung bình là 211 phút, tỷ lệ tai biến trong mổ là 8,6%, thời gian nằm viện trung bình là 7 ngày. Thời gian sống thêm sau mổ 2, 3 và 4 năm lần lượt là 71,7%, 65,8% và 52,6% [15].

Năm 2014, Phạm Như Hiệp báo cáo 64 trường hợp PTNS cắt dạ dày bán phần xa kèm vét hạch. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 3%. Thời gian mổ trung bình là 210 phút, tỷ lệ biến chứng và tử vong là 15% và 1,5%, thời gian nằm viện

trung bình là 9,1 ngày. Thời gian sống thêm chung và thời gian sống thêm không bệnh 3 năm lần lượt là 73,2% và 71,3% [6].

Năm 2014, Đỗ Trường Sơn báo cáo 216 trường hợp UTDD được PTNS cắt dạ dày kèm vét hạch D2. Tỷ lệ cắt bỏ R0 là 98,6%. Kết quả sống thêm sau 1, 3 và 5 năm lần lượt là 81%, 48% và 36% [14].

Năm 2017, Võ Duy Long báo cáo 112 trường hợp PTNS cắt dạ dày kèm vét hạch D2. Tỷ lệ thành công là 94,6%. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 1,8%, biến chứng sau mổ là 11,6%. Tỷ lệ sống thêm trung bình sau mổ sau 1, 3 và 5 năm lần lượt là 94,6%, 88,1% và 73,5% [11].

Năm 2022, Đinh Văn Chiến báo cáo 70 trường hợp PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2. Tỷ lệ thành công là 100%. Tỷ lệ tai biến và biến chứng sau mổ đều là 4,2%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 40,14 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ 1 năm là 98,6%, 2 năm là 92,1%, 3 năm là 75,9% [1].

Tại Việt Nam, ngoại trừ nghiên cứu của Đinh Văn Chiến, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá riêng về PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư cũng như đánh giá về CLCS ở bệnh nhân cắt dạ dày do ung thư bằng các thang điểm đặc hiệu.

1.8.2. Các nghiên cứu ngoài nước

Năm 1999, Azagra báo cáo trường hợp PTNS cắt toàn bộ dạ dày, vét hạch D2, nổi thực quản hồng tràng tận bên thành công đầu tiên [24]. Từ đó, mặc dù không phổ biến bằng cắt bán phần dưới dạ dày, nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát báo cáo tính an toàn, khả thi và kết quả ung thư học của PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư ở cả giai đoạn sớm (JCOG1401, KLASS-03 và CLASS-02) và tiến triển (CLASS-04) [61], [75], [97], [171].

Năm 2019, nghiên cứu JCOG1401 của Nhật Bản báo cáo 244 bệnh nhân được PTNS cắt toàn bộ hoặc bán phần trên dạ dày do ung thư giai đoạn I. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 309 phút.

Lượng máu mất trung bình là 30ml. Dò miệng nổi thực quản hồng tràng mức độ 2-4 là 2,5% [75].

Năm 2019, nghiên cứu KLASS-03 của Hàn Quốc báo cáo 160 bệnh nhân UTDD giai đoạn I được PTNS cắt toàn bộ dạ dày. Tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ lần lượt là 20,6% và 0,6%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ khác biệt không đáng kể so với phẫu thuật mở (18%) [61].

Năm 2020, nghiên cứu CLASS-02 của Trung Quốc so sánh sự an toàn của PTNS cắt toàn bộ dạ dày cho UTDD giai đoạn I với phẫu thuật mở. Tuổi trung bình ở nhóm PTNS là 59,8, ở nhóm mổ mở là 59,4. Không có sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ giữa 2 nhóm [97].

Năm 2021, nghiên cứu CLASS-04 của Trung Quốc báo cáo kết quả lâu dài của 251 bệnh nhân UTDD tiến triển được PTNS cắt toàn bộ dạ dày vét hạch D2 bảo tồn lách. Tai biến trong mổ xảy ra ở 7 bệnh nhân, nhưng không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở hoặc cắt lách. Tỷ lệ biến chứng chung là 13,6%. Tỷ lệ biến chứng nặng và tử vong là 3,3% và 0,4%. Thời gian sống thêm 3 năm là 79,1% và thời gian sống thêm 3 năm không bệnh là 73,1% [171], [172].

Về các nghiên cứu đánh giá CLCS sau cắt dạ dày, không có nghiên cứu nào riêng về PTNS cắt toàn bộ dạ dày mà thường gộp phẫu thuật này cùng với các kiểu cắt dạ dày khác.

Năm 2014, Nakada báo cáo CLCS ở 1777 bệnh nhân sau cắt dạ dày nhằm phê chuẩn Thang đánh giá hội chứng sau cắt dạ dày PGSAS-45. Khó chịu liên quan đến bữa ăn là triệu chứng bị phản nản nhiều nhất. Số cân nặng trung bình bị mất đi tại thời điểm đánh giá là $9,5 \pm 8\%$. Lượng thức ăn mỗi bữa xấp xỉ 70% so với trước mổ, số bữa mỗi ngày là 5. Thể chất và tinh thần ít bị ảnh hưởng [106].

Năm 2017, Takahashi so sánh CLCS giữa 393 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày và 475 cắt bán phần dưới cùng tái lập lưu thông tiêu hóa theo Roux-en-Y bằng thang điểm PGSAS-45. Kết quả cho thấy nhóm cắt toàn bộ dạ dày có chất lượng cuộc sống kém hơn nhóm cắt bán phần dưới dạ dày ở 15 trên 19 nhóm kết quả chính của PGSAS-45 [140].

Năm 2018, Kinami xác định các yếu tố liên quan đến CLCS ở 2368 bệnh nhân cắt dạ dày do ung thư. Các yếu tố ảnh hưởng lên các kết quả chính của PGSAS-45 theo thứ tự giảm dần là giới tính, tuổi tác, thời gian hậu phẫu, tình trạng dây thần kinh phế vị và phương pháp phẫu thuật (nội soi hoặc mở) [82].

Năm 2022, Kunisaki so sánh CLCS ở 1020 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày và 518 cắt bán phần trên dạ dày. Tổng điểm triệu chứng ở 2 nhóm đều là $2,2 \pm 0,8$. Các triệu chứng kém nhất ở nhóm cắt toàn bộ dạ dày là khó chịu liên quan đến bữa ăn, tiêu chảy, rỗng dạ dày, táo bón và khó tiêu. Khó chịu liên quan đến cuộc sống hàng ngày cũng chủ yếu liên quan đến triệu chứng. Phần thể chất và tinh thần tương đương nhau [89].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày kèm nạo vét hạch tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 2 năm 2022.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Ung thư ở giai đoạn $T \leq T4a$, không có hạch bulky và không có di căn xa nằm ở 2/3 trên, xâm lấn 2/3 trên hoặc ở phần còn lại của dạ dày mà phẫu thuật cắt bán phần dạ dày không đạt được bờ cắt trên an toàn.

Bờ cắt trên được xem là an toàn khi đạt được 2cm với u T1, với u T2-4, 3cm với u thuộc loại I-II và 5cm thuộc loại III-IV theo phân loại đại thể [64].

Hạch bulky được định nghĩa là có ít nhất 3 hạch kích thước $\geq 1,5\text{cm}$ hoặc 1 khối $\geq 3\text{cm}$ bao gồm từ 2 hạch trở lên [83].

- Có chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến dạ dày.
- Bệnh nhân có đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

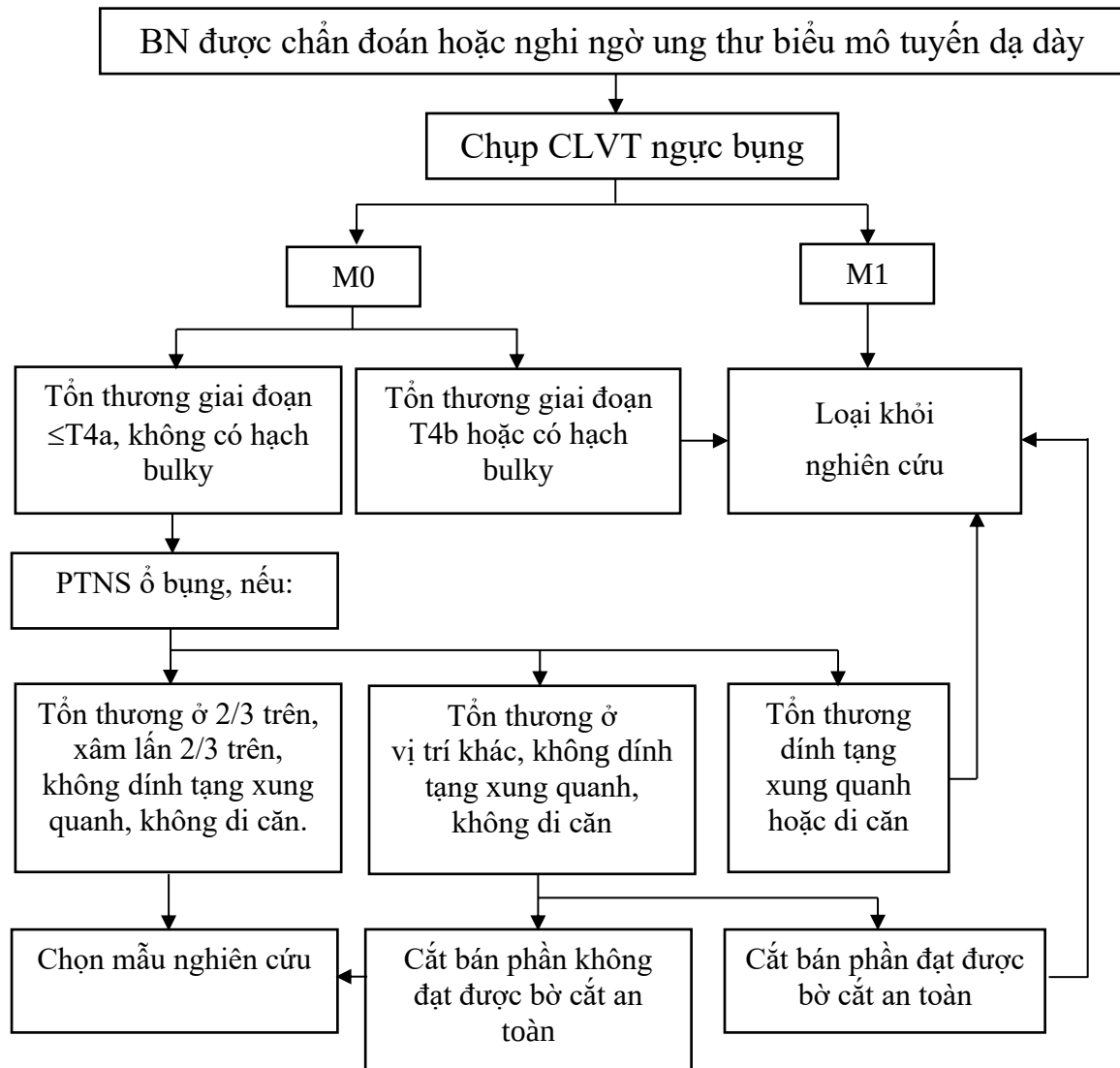
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- U xâm lấn chỗ nối thực quản dạ dày.
- Bệnh nhân có các bệnh lý chống chỉ định với PTNS.
- ASA > 3 .
- Bệnh nhân đã và đang sử dụng các thuốc trầm cảm, thuốc tâm thần hoặc mắc các bệnh liên quan đến tâm thần kinh.
- Bệnh nhân mất liên lạc tại thời điểm tái khám 1 tháng sau mổ.
- Có hoặc tiền sử có ung thư cơ quan khác.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả tiền cứu, can thiệp lâm sàng, không đối chứng.



Biểu đồ 2.1. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Được tính theo công thức để ước lượng cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

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

Trong đó:

Z là trị số tùy thuộc mức độ tin cậy mong muốn của ước lượng, mức tin cậy mong muốn là 95% với $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96^2$.

p là tỷ lệ dò miệng nổi thực quản hồng tràng. Theo nghiên cứu CLASS-04 của Trung Quốc năm 2020, nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm về PTNS cắt toàn bộ dạ dày lớn nhất tính đến nay, tỷ lệ dò miệng nổi là 2,9% [172]. Vì vậy, chúng tôi chọn $p = 0,029$.

d là độ chính xác mong muốn ở mức tin cậy 95% ($d = 0,05$).

Vậy $n = 43,27$.

Cỡ mẫu tối thiểu của chúng tôi là 44 bệnh nhân.

2.2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- PTNS cắt dạ dày đã được triển khai thực hiện tại Bệnh viện TW Huế từ năm 2008 và tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ năm 2015. Lúc đầu, phẫu thuật này được áp dụng cho các tổn thương lành tính hoặc ung thư giai đoạn sớm của dạ dày. Đến nay, phẫu thuật này đã được áp dụng rộng rãi và thường quy cho bệnh nhân ung thư.

- Trong quá trình nghiên cứu, thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

- Nghiên cứu chỉ được tiến hành ở người bệnh đủ điều kiện và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu không gây ra tổn thất nào về sức khỏe, tinh thần hay tiền bạc đối với đối tượng nghiên cứu.

- Đề cương nghiên cứu được hội đồng của Bộ môn Ngoại Trường Đại học Y Dược Huế thông qua. Nội dung nghiên cứu được thông báo và được lãnh đạo nhà trường, Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế đồng ý.

- Thu thập số liệu theo đúng biểu mẫu, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê đảm bảo tính khách quan cho nghiên cứu.

2.3. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Tuổi: được tính vào thời điểm phẫu thuật.
- Giới: nam, nữ.
- Chỉ số khối cơ thể (BMI): theo tiêu chuẩn của Viện nghiên cứu dài đường thể giới và Tổ chức y tế thế giới năm 2000 cho các nước châu Á: chia làm 3 mức độ: nhẹ cân (<18,5), bình thường (18,5 – 22,9) và thừa cân (≥ 23), được tính theo công thức:

$$BMI = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{\text{Chiều cao (m)} \times \text{Chiều cao (m)}}$$

- ASA: thang điểm đánh giá tình trạng sức khỏe thể chất và nguy cơ lâm sàng khi gây mê và phẫu thuật theo Hội gây mê Mỹ.
 - + ASA 1: bệnh nhân khỏe mạnh, không có bằng chứng mắc các bệnh mạn tính, không hút thuốc và BMI dưới 30.
 - + ASA 2: bệnh nhân có bệnh hệ thống nhẹ hoặc kiểm soát tốt không có giới hạn chức năng, BMI dưới 35.
 - + ASA 3: bệnh nhân có bệnh hệ thống nặng nhưng không đe dọa tính mạng [53].
- Bệnh lý nội khoa đi kèm:
 - + Bệnh tim mạch: có bệnh lý tim mạch kèm theo.
 - + Bệnh hô hấp: có bệnh lý hô hấp kèm theo.
 - + Bệnh nội tiết: có bệnh lý nội tiết kèm theo.
 - + Có từ 2 bệnh nội khoa kèm theo.
 - + Mắc các bệnh lý nội khoa khác.
 - + Không có bệnh lý nội khoa kèm theo.
- Triệu chứng lâm sàng: Đau thượng vị, đầy bụng, khó tiêu, nôn, buồn nôn, sụt cân (giảm $\geq 5\%$ trọng lượng cơ thể trong thời gian ≤ 6 tháng), xuất

huyết tiêu hoá (nôn hoặc đại tiện ra máu), khối vùng bụng, dấu hẹp môn vị, không có triệu chứng (phát hiện tình cờ).

2.3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày

2.3.2.1. Đặc điểm thương tổn trong và sau mổ

- Vị trí thương tổn: được xác định trong mổ và khi kiểm tra bệnh phẩm sau mổ, gồm phần trên, phần giữa, 2/3 trên, 2/3 dưới và toàn bộ dạ dày.

- Kích thước thương tổn: là đường kính ngang lớn nhất của thương tổn, được xác định dựa trên bệnh phẩm sau mổ, được chia thành <3cm, 3-5cm và >5cm.

- Phân loại đại thể: dựa trên quan sát bệnh phẩm sau mổ, dựa theo phân loại Hội UTDD Nhật Bản 2011 [65], gồm loại 0 (thể phẳng), loại I (thể sùi), loại II (thể loét), loại III (thể loét thâm nhiễm), loại IV (thể thâm nhiễm lan tỏa).

- Giai đoạn bệnh sau mổ: theo phân loại của AJCC 2017 [21], gồm độ sâu xâm lấn T, mức độ di căn hạch N, giai đoạn bệnh sau mổ theo TNM.

- Độ biệt hoá tế bào: được chia thành tốt, vừa, kém, không biệt hoá và tế bào nhẵn.

2.3.2.2. Kết quả phẫu thuật

- Tái lập lưu thông tiêu hóa: phương pháp (tận bên, bên bên), phương tiện (stapler, bằng tay).

- Thời gian phẫu thuật: được tính từ lúc rạch da cho đến khi đóng da, đơn vị là phút.

- Lượng máu mất liên quan phẫu thuật: được tính theo công thức của Lopez-Picado [98]:

$$\text{Lượng máu mất (ml)} = \frac{BV \times (Hct_i - Hct_f)}{Hct_{mean}}$$

Trong đó:

Hct_i: hematocrit trước mổ.

Hct_f: hematocrit thấp nhất sau mổ.

BV (ml): thể tích máu toàn phần, được tính theo công thức:

Nam: $BV = (1486 \times S) - 825 + 1578 \times S$

Nữ: $BV = (1,06 \times \text{tuổi}) + (822 \times S) + 1395 \times S$

Trong đó S là diện tích bề mặt cơ thể (m²), $= W^{0,425} \times h^{0,725} \times 0,007184$, tuổi tính bằng năm, W: cân nặng (kg), h: chiều cao (m) [67], [119].

- Tai biến trong mổ: tổn thương không mong muốn xảy ra trong mổ.
- Số lượng hạch lympho vét được: số hạch lympho vét được trên bệnh phẩm theo kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.
- Số lượng hạch di căn: số lượng hạch di căn trên bệnh phẩm theo kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.
- Tỷ số hạch di căn: được tính bằng số lượng hạch di căn/số lượng hạch vét được.

2.3.2.3 Kết quả sau phẫu thuật

- Thời gian trung tiện sau mổ: số ngày sau mổ mà bệnh nhân có trung tiện trở lại. Ngày mổ tính là ngày 0.
- Thời gian nằm viện: số ngày từ lúc mổ đến lúc xuất viện. Ngày mổ tính là ngày 0.
- Biến chứng sau mổ:
 - + Tổn thương mạch máu hoặc cơ quan lớn: cần tái lập lưu thông hoặc cắt bỏ.
 - + Chảy máu sau mổ: chảy máu cần truyền máu khẩn cấp và điều trị can thiệp khác (can thiệp mạch, nội soi, phẫu thuật).
 - + Tắc ruột sau mổ: khi các điều kiện sau xảy ra đồng thời: (i) có dấu hiệu lâm sàng và/hoặc hình ảnh học của tắc ruột cơ học hoặc liệt ruột, (ii) bệnh nhân không thể ăn và (iii) cần hút ống thông dạ dày vượt quá giai đoạn hậu phẫu bình thường.
 - + Thủng hoặc hoại tử ruột sau mổ cần điều trị phẫu thuật.

+ Dò miệng nổi: mất hoàn toàn thành miệng nổi thực quản – hồng tràng, hồng tràng – hồng tràng bất kể (i) biểu hiện, (ii) cách xác định, (iii) hậu quả lâm sàng và (iv) điều trị. Ổ áp xe gần miệng nổi cũng được ghi nhận trong nhóm này.

+ Dò mỏm tá tràng: mất hoàn toàn thành tá tràng bất kể (i) biểu hiện, (ii) cách xác định, (iii) hậu quả lâm sàng và (iv) điều trị. Ổ áp xe gần mỏm tá tràng cũng được ghi nhận trong nhóm này.

+ Dò tụy sau mổ: dẫn lưu ra dịch có amlyse cao gấp 3 lần giới hạn trên amylase máu bình thường.

+ Viêm tụy sau mổ: khi các điều kiện sau xảy ra: (i) tăng amylase/lipase sau mổ gấp 3 lần giá trị bình thường và (ii) có dấu hiệu viêm tụy trên hình ảnh học.

+ Dịch bất thường sau mổ từ dẫn lưu và/hoặc ổ tụ dịch mà không có dò tiêu hoá mà không thể rút dẫn lưu hoặc cần điều trị: dịch mật, dịch dưỡng chấp và dịch bất thường khác từ dẫn lưu, dẫn tới không thể hoặc trì hoãn việc rút dẫn lưu hoặc ổ tụ dịch cần điều trị xâm lấn.

+ Chậm làm rỗng dạ dày: không thể ăn bằng miệng từ ngày hậu phẫu thứ 10 mà không có tắc ruột, cần nội soi hoặc phẫu thuật can thiệp hoặc trì hoãn việc ra viện nhiều hơn 5 ngày.

+ Các biến chứng khác cần can thiệp lại hoặc các phương pháp xâm lấn khác: gồm sỏi tạng, thoát vị hoành, nhiễm trùng vết mổ... [25].

Tất cả biến chứng được xếp loại theo thang điểm Clavien-Dindo cải tiến [38].

Bảng 2.1. Phân loại Clavien – Dindo cải tiến [38]

Clavien – Dindo	Biến chứng
I	Bất cứ sự khác biệt nào so với hậu phẫu bình thường mà không cần điều trị thuốc hoặc phẫu thuật, nội soi và can thiệp qua hình ảnh học.
II	Cần điều trị thuốc khác với độ I.
III	Cần phẫu thuật, nội soi hoặc can thiệp qua hình ảnh học.
IV	Biến chứng đe dọa tính mạng cần điều trị hồi sức tích cực có rối loạn chức năng 1 hoặc nhiều cơ quan.
V	Tử vong.

- Điều trị hỗ trợ sau mổ: gồm đủ liệu trình (bệnh nhân điều trị đủ liệu trình hỗ trợ sau mổ), không đủ liệu trình (bệnh nhân không điều trị đủ liệu trình hỗ trợ sau mổ), không điều trị (bệnh nhân có chỉ định nhưng không điều trị) và không có chỉ định (không có chỉ định điều trị hỗ trợ sau mổ).

2.3.2.4. Di căn, tái phát, thời gian sống thêm

- Di căn: tổn thương di căn được phát hiện trên hình ảnh học (CLVT, xạ hình xương...) hoặc sau phẫu thuật lại.

- Tái phát: tổn thương ở miệng nối thực quản – hồng tràng hoặc hạch vùng và cho kết quả giải phẫu bệnh tổn thương này là ung thư tuyến.

- Thời gian sống thêm toàn bộ: tính từ lúc mổ đến lần tái khám cuối cùng hoặc thời điểm bệnh nhân tử vong, đơn vị tính là tháng.

- Thời gian sống thêm không bệnh: đơn vị tính là tháng.

+ Bệnh nhân còn sống: tính từ lúc mổ đến lần tái khám cuối cùng (nếu không có di căn hoặc tái phát) hoặc đến lúc có tái phát hoặc di căn.

+ Bệnh nhân tử vong: tính từ lúc mổ đến lúc tử vong (nếu không có di căn hoặc tái phát) hoặc đến lúc có tái phát hoặc di căn trước khi tử vong.

2.3.2.5. Quy trình phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày, nạo vét hạch điều trị ung thư dạ dày

a. Chỉ định phẫu thuật

Cắt toàn bộ dạ dày được chỉ định cho các khối u ác tính của dạ dày trong các trường hợp:

- Ung thư tiến triển ở 2/3 trên dạ dày, xâm lấn 2/3 trên dạ dày hoặc với các khối u khi cắt bán phần dạ dày không đảm bảo được bờ an toàn [1], [136],[170]. Bờ cắt trên được xem là an toàn khi đạt được 2cm với u T1, với u T2-4, 3cm với u thuộc loại I-II và 5cm thuộc loại III-IV theo phân loại đại thể.

- Bệnh nhân không mắc các bệnh lý chống chỉ định với PTNS.

b. Trang thiết bị

- Hệ thống dàn hình ảnh và các dụng cụ PTNS ổ bụng thông thường.
- Hệ thống dao năng lượng cao như dao siêu âm, dao hàn mạch, dao thunderbeat...
- Hệ thống dao điện đơn cực, lưỡng cực.
- Hệ thống stapler ruột (GIA, endoGIA, EEA), kẹp mạch máu (clip, hemolock).

c. Chuẩn bị bệnh nhân

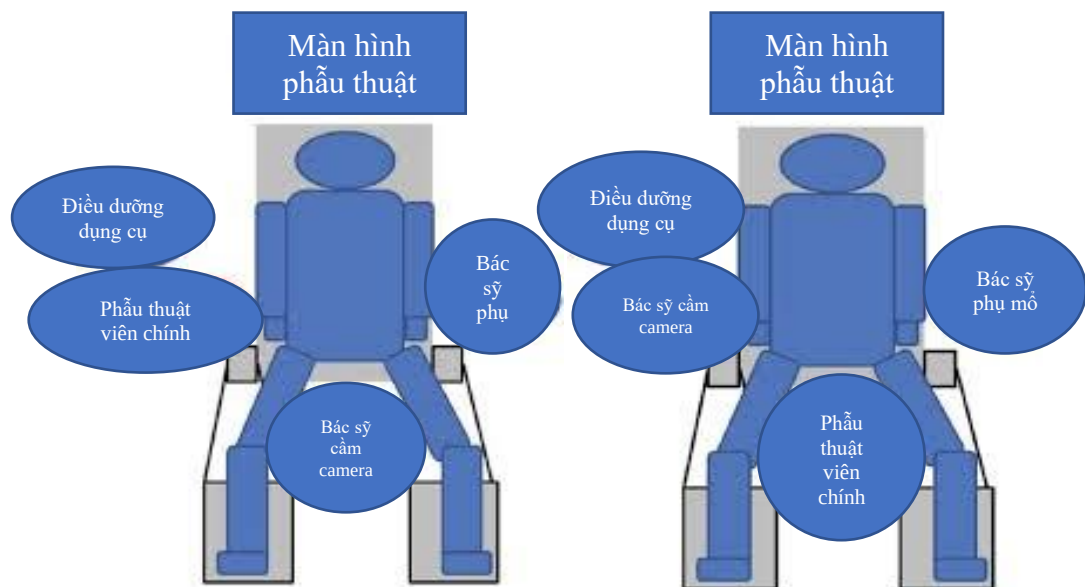
- Phẫu thuật viên và bác sỹ gây mê giải thích cho bệnh nhân và người nhà tình trạng bệnh, cách thức phẫu thuật, gây mê và các tai biến, biến chứng có thể gặp trong quá trình này.
- Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật và gây mê.
- Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm trước mổ, điều chỉnh các bất thường trước mổ.
- Điều dưỡng hướng dẫn vệ sinh toàn bộ cơ thể, đặc biệt là vùng bụng trước mổ.

- Bệnh nhân nhịn ăn thức ăn đặc trước mổ ít nhất 6 tiếng và nước lọc trước mổ ít nhất 2 tiếng.

b. Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu cao, nghiêng phải khoảng 15^0 , hai chân dạng khoảng 45^0 , hai tay bệnh nhân xuôi theo thân mình.

- Vị trí phẫu thuật viên: phẫu thuật viên chính có thể đứng giữa 2 chân bệnh nhân hoặc bên phải bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ cầm camera có thể đứng bên phải bệnh nhân hoặc giữa 2 chân bệnh nhân, tùy theo thói quen của phẫu thuật viên.



Hình 2.2. Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên

c. Vị trí và số lượng trocar

Chúng tôi thường sử dụng 5 trocar, vị trí các trocar tùy thuộc vào thói quen và vị trí đứng của phẫu thuật viên.

- Trong trường hợp phẫu thuật viên chính đứng bên phải bệnh nhân, vị trí các trocar thường dùng như sau:

+ Trocar 10mm được đặt ở dưới rốn để đặt camera và bơm hơi ổ phúc mạc.

+ Trocar 12mm ở bờ ngoài cơ thẳng bụng phải, trên đường ngang qua rốn 1-2cm để phẫu tích và đặt stapler.

+ Trocar 5mm dưới sườn phải để cầm, nắm.

+ Trocar 5mm ở dưới mũi ức để vén gan.

+ Trocar 5mm ở dưới sườn trái để hỗ trợ việc tái lập lưu thông tiêu hóa.

- Trong trường hợp phẫu thuật viên chính đứng giữa 2 chân bệnh nhân, vị trí các trocar thường dùng như sau:

+ Trocar 10mm được đặt dưới rốn để đặt camera và bơm hơi ổ phúc mạc.

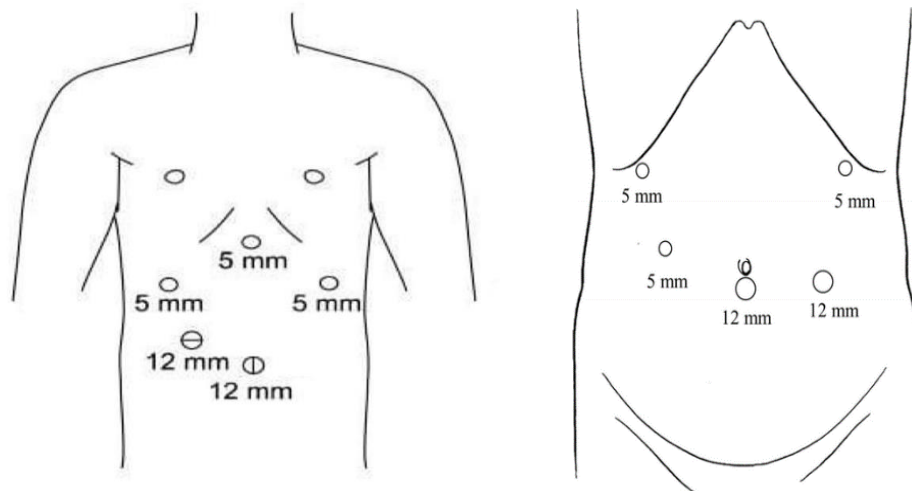
+ Trocar 12mm ở bờ ngoài cơ thẳng bụng trái, ngang qua rốn để phẫu tích và đặt stapler.

+ Trocar 5mm ở nách trước bên trái dưới bờ sườn.

+ Trocar 5mm ở dưới mũi ức để vén gan.

+ Trocar 5mm ở dưới sườn phải.

Nhìn chung, vị trí và số lượng trocar có thể thay đổi tùy thói quen của phẫu thuật viên.



Hình 2.3. Vị trí trocar

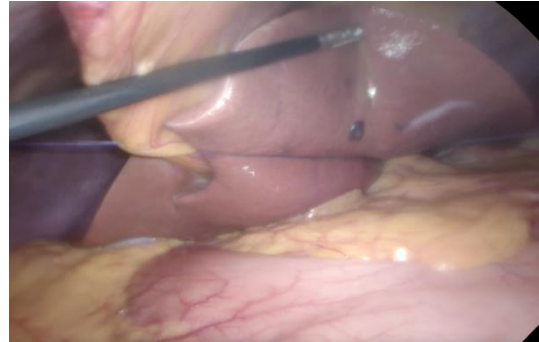
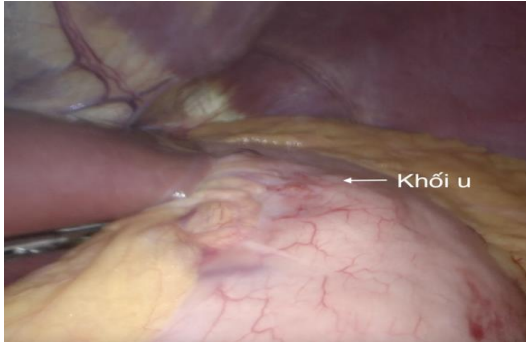
d. Quy trình phẫu thuật

- Bước 1: Đặt trocar, bơm hơi, thám sát ổ phúc mạc.

+ Đặt các trocar vào ổ phúc mạc, bơm hơi áp lực 12 – 14mmHg.

+ Quan sát ổ phúc mạc, đánh giá tổn thương nguyên phát, tình trạng gan, phúc mạc, dịch, hạch và các cơ quan khác (Hình 2.4). Sinh thiết các tổn thương nghi ngờ.

+ Nếu tiếp tục phẫu thuật, tiến hành khâu treo thùy gan trái (Hình 2.5).



Hình 2.4. Quan sát khối u trong ổ

Hình 2.5. Treo gan trong ổ

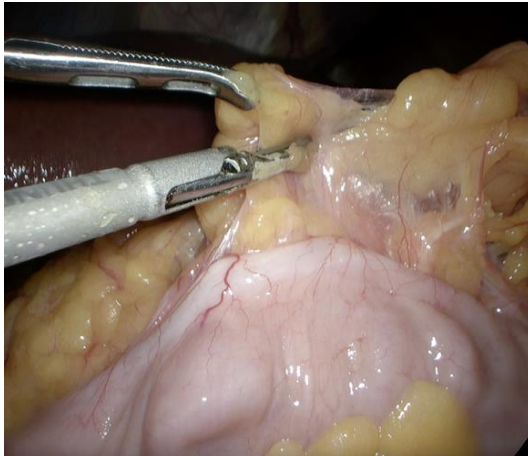
(Bệnh nhân Hồ Thị Phương B., mã: 20014222)

- Bước 2: Cắt toàn bộ mạc nối lớn và vét hạch nhóm 4sa, 4sb, 4d.

+ Phẫu thuật viên cùng với người phụ nâng mạc nối lên ở cả 2 phía ở vị trí 3-5cm cách phần giữa bờ trên đại tràng ngang, mạc nối lớn được cắt bỏ bắt đầu ở vùng vô mạch. Tiếp tục cắt mạc nối lớn mở rộng về bên trái đến đại tràng góc lách và bên phải đến đại tràng góc gan. Mạc nối lớn được giải phóng hoàn toàn khỏi đại tràng ngang (Hình 2.6).

+ Trong quá trình phẫu tích, gốc của bó mạch vị mạc nối trái được bộc lộ tại bó mạch lách gần cực dưới của lách. Người phụ nâng mô bạch huyết quanh vị trí này và bó mạch vị mạc nối trái được thắt sát gốc để lấy nhóm hạch 4sb.

+ Tiếp tục cắt hết mạc nối vị lách đến sát tâm vị và thắt các bó mạch vị gần sát lách để vét hạch 4sa (Hình 2.7).



Hình 2.6. Cắt mạc nối lớn

Hình 2.7. Cắt các ĐM vị ngấn

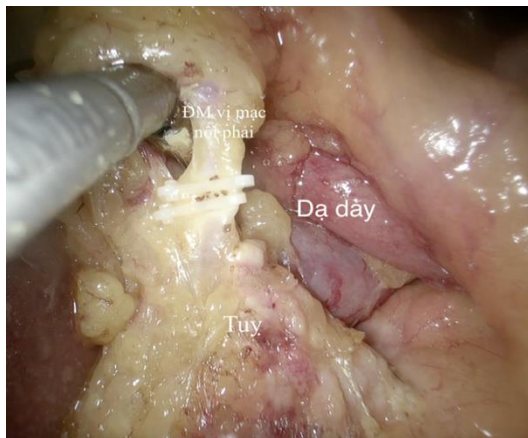
(Bệnh nhân Lê Thị Phương C., mã: 21057933)

- Bước 3: Vết hạch nhóm 6 (Hình 2.8).

+ Người phụ nâng thành sau hang vị dạ dày, phẫu thuật viên kéo nhẹ bờ dưới tụy xuống để bộc lộ hạch nhóm 6.

+ Phẫu tích các mô dọc TM vị mạc nối phải đến bờ trên của đầu tụy, thắt TM này ở trước thân Henle và ĐM vị mạc nối phải sát chỗ xuất phát từ ĐM vị tá tràng để vết hạch nhóm 6.

+ Cắt bỏ lá trước của bao tụy đến bờ trên tụy. Để dễ vết hạch nhóm 5 và 8, lá trước bao tụy được cắt đến sát ĐM gan chung và chỗ chia của ĐM gan chung và ĐM vị tá tràng.



Hình 2.8. Vết hạch nhóm 6

(Bệnh nhân Hồ Thị Phương B., mã: 20014222)

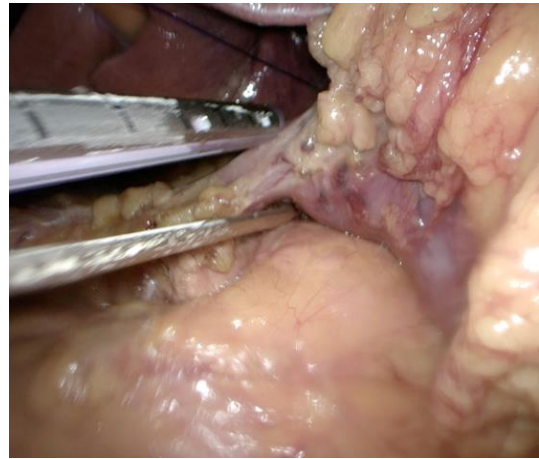
- Bước 4: Vết hạch nhóm 5, 12a.

+ Cắt mạc nối nhỏ sát thùỷ gan trái từ rốn gan đến tâm vị. Cắt phúc mạc phía trên tá tràng qua khối môn vị.

+ Lấy toàn bộ mô liên kết dọc theo ĐM gan riêng để vết hạch nhóm 12a.

+ Thắt ĐM vị phải sát chỗ xuất phát từ ĐM gan riêng để vết hạch nhóm 5 (Hình 2.9).

+ Cắt ngang tá tràng dưới môn vị 2 cm bằng dụng cụ cắt ruột thẳng (endoGIA) (Hình 2.10).



Hình 2.9. Vết hạch nhóm 5 **Hình 2.10.** Đóng mồm tá tràng.

(Bệnh nhân Nguyễn Kim T., mã: 21713303)

- Bước 5: Vết hạch nhóm 8, 7, 9.

+ Lấy toàn bộ mô liên kết và hạch phía trước và sau ĐM gan chung và quanh ĐM thân tạng để vết hạch nhóm 8a, 8p và 9.

+ Phẫu tích thắt bó mạch vị trái tận gốc để vết hạch nhóm 7 (Hình 2.11).

- Bước 6: Vết hạch nhóm 11p, 11d, 1, 2, 3.

+ Lấy toàn bộ mô liên kết và hạch dọc phần gần của ĐM lách để vết hạch nhóm 11p.

+ Phẫu tích lấy mô liên kết dọc theo trụ hoành phải lên đến lỗ cơ hoành.

+ Phẫu tích lấy mô liên kết và hạch ở bên phải tâm vị để vết hạch nhóm 1.

+ Phẫu tích lấy mô liên kết và hạch quanh thực quản bụng và tâm vị để vết hạch nhóm 2. Phẫu tích dọc bờ cong nhỏ để vết hạch nhóm 3 (Hình 2.12).

+ Cắt thần kinh 10 trước và sau để bộc lộ thực quản bụng.



Hình 2.11. Vết hạch nhóm 7



Hình 2.12. Vết hạch nhóm 1, 2, 3

(Bệnh nhân Hồ Thị Phương B., mã: 20014222)

- Bước 7: Cắt toàn bộ dạ dày và tái lập lưu thông tiêu hóa theo Roux-en-Y. Bước này có thể được thực hiện bằng PTNS hoặc bằng đường mở bụng đường giữa trên rốn dài 5cm (tùy kích thước tổn thương). Việc lựa chọn phương pháp kiểu miệng nối (tận bên, bên bên) và phương tiện nối (bằng stapler, bằng tay) dựa vào thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

+ Miệng nối tận bên sử dụng stapler tròn (EEA):

Thường được thực hiện với đường mổ nhỏ do khó khăn trong việc đưa đầu đe vào thực quản và khâu múi chỉ vòng cổ định đầu đe. Miệng nối này thường được lựa chọn khi phẫu trường tốt, đường kính thực quản đủ rộng và không cần di động thực quản quá nhiều.

Sau khi cắt dạ dày đưa ra ngoài, khâu vắt vòng chỉ quanh đầu dưới thực quản. Đưa đầu đe của stapler tròn vào đầu dưới thực quản, buộc lại đầu dưới thực quản với đoạn chỉ vừa khâu. Cắt đoạn hồng tràng dưới dây chằng Treitz 20cm. Stapler được đưa vào quai đi, nối thực quản hồng tràng tận bên, đóng lại đầu tận của quai đi (Hình 2.15). Miệng nối hồng hồng tràng bên bên hoặc tận bên được tạo bằng stapler thẳng hoặc khâu tay (Hình 2.16).

+ Miệng nối bên bên sử dụng stapler thẳng (GIA):

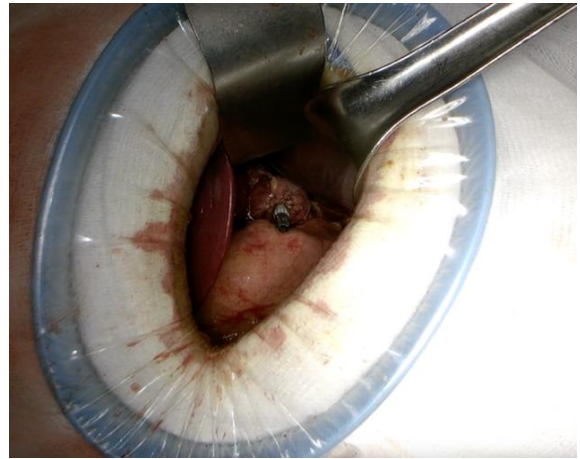
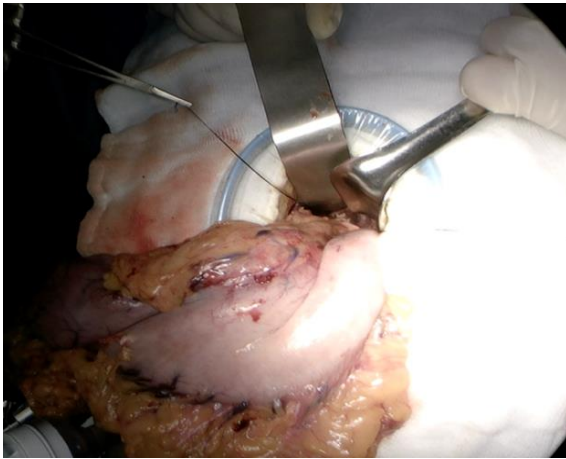
Có thể thực hiện hoàn toàn bằng PTNS. Miệng nối bên bên thường được lựa chọn khi phẫu trường hẹp, đường kính thực quản nhỏ và thực quản có thể di động dễ dàng.

Sau khi vét hạch, dạ dày được kéo xuống để bộc lộ và cắt dây thần kinh phế vị. Thực quản được di động ít nhất 5cm phía trên bờ cắt. Cắt ngang thực quản và tá tràng. Mở một lỗ nhỏ ở phía trái của thực quản và ở bờ tự do của quai hồng tràng dưới dây chằng Treitz khoảng 20cm, đưa quai đi lên trên qua phía trước đại tràng ngang. Nối quai đi với thực quản bên bên bằng stapler thẳng. Đóng kín miệng nối. Miệng nối hồng hồng tràng bên bên hoặc tận bên được tạo bằng stapler thẳng hoặc khâu tay (Hình 2.17).

+ Đặt dẫn lưu dưới hoành trái.

+ Đóng vết mổ.

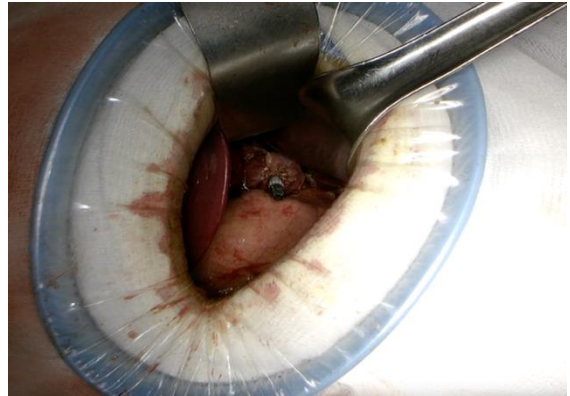
+ Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học [1], [11].



Hình 2.13. Kéo dạ dày ra ngoài **Hình 2.14.** Cắt ngang thực quản bụng

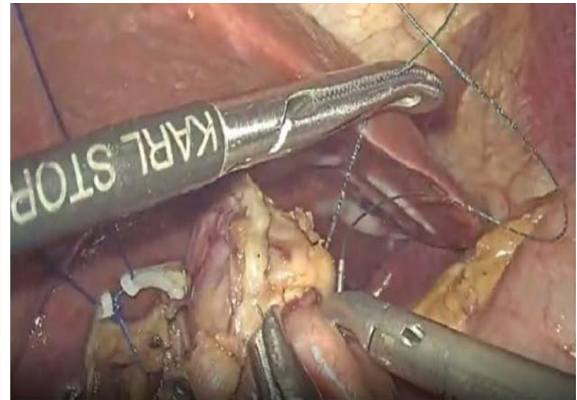
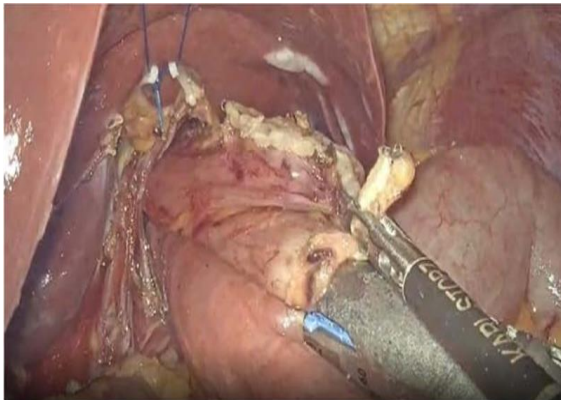


Hình 2.15. Nối thực quản
hỗng tràng

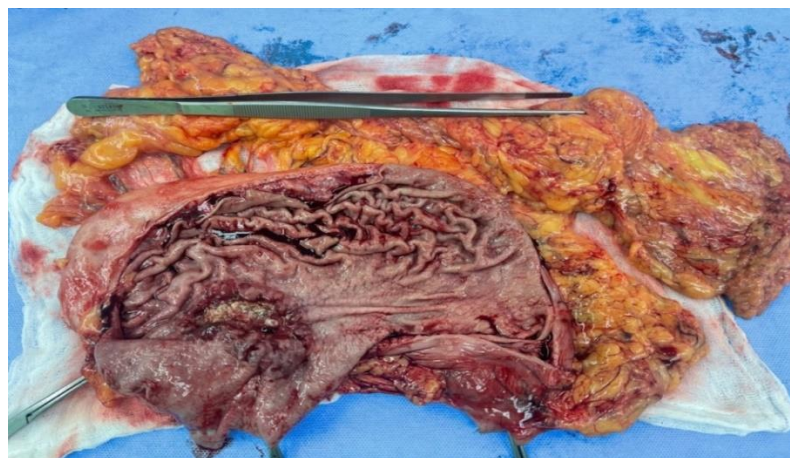


Hình 2.16. Nối hỗng tràng
hỗng tràng tận bên

(Bệnh nhân Phạm Thị V, mã: 21015808)



Hình 2.17. Nối thực quản hỗng tràng bên bên.
(Bệnh nhân Trần Thị H, mã: 18036795)



Hình 2.18. Bệnh phẩm sau mổ
(Bệnh nhân Nguyễn Thị Quỳnh N., mã: 20016047)

e. Các tai biến trong mổ và cách xử trí

Theo đồng thuận quốc tế về biến chứng sau cắt dạ dày, các tai biến trong mổ được chia thành: (1) tổn thương các mạch máu lớn hoặc cơ quan cần phải cắt bỏ hoặc tái lập lưu thông; (2) chảy máu trong mổ cần phải truyền máu khẩn cấp và (3) các bệnh lý nội khoa làm gián đoạn hoặc thay đổi kế hoạch phẫu thuật như sốc phản vệ, ngừng tim, nhồi máu cơ tim...

Tai biến trong mổ nguy hiểm nhất là chảy máu, phần lớn do làm tổn thương các mạch máu trong quá trình vét hạch. Đây là biến chứng thường gặp và nghiêm trọng trong PTNS và là nguyên nhân chủ yếu của việc chuyển mổ mở. Vùng có nguy cơ tổn thương mạch máu cao nhất gây chảy máu trong mổ là vùng dưới môn vị và vùng ngã ba động mạch thân tạng [160]. Phần lớn các trường hợp chảy máu trong mổ đều có thể kiểm soát miễn là phẫu thuật viên có kinh nghiệm về PTNS và sử dụng đúng cách để kiểm soát mạch máu. Tuy nhiên, nếu không thể kiểm soát chảy máu trong mổ hoặc nghi ngờ tổn thương mạch máu lớn, phẫu thuật viên nên chuyển mổ mở ngay lập tức [29]. Tỷ lệ chảy máu trong mổ sau PTNS cắt dạ dày trong các nghiên cứu ngày càng giảm nhờ sự hoàn thiện về kỹ thuật và sự phát triển của dụng cụ. Một nghiên cứu của Kumagai năm 2021 với 3498 trường hợp PTNS cắt dạ dày cho thấy tỷ lệ chảy máu trong mổ phải chuyển mổ mở là 0,17%. Tác giả khuyến cáo việc sử dụng thường quy gạc ép vào vị trí chảy máu để kiểm soát chảy máu. Nhờ vậy, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở do chảy máu trong 2 năm gần đây [87].

Tổn thương tạng hoặc mạch máu cần cắt bỏ hoặc tái lập lưu thông là tai biến trong mổ hiếm gặp trong các nghiên cứu gần đây. Phần lớn các tai biến này khi xảy ra, nhờ kinh nghiệm và sự phát triển về dụng cụ phẫu thuật, đều được điều trị bảo tồn thành công. Nghiên cứu KLASS-03 báo cáo tỷ lệ tai biến trong mổ ở 170 trường hợp PTNS cắt dạ dày là 6,3%, đều được điều trị

bảo tồn thành công và tỷ lệ chuyển mổ mở là 0% [61]. Nghiên cứu CLASS-02 báo cáo tỷ lệ tai biến trong mổ là 2,9%, đều là tổn thương túi mật và phải cắt túi mật kèm theo [97]. Năm 2020, Tan và cộng sự báo cáo 1 trường hợp tổn thương cắt ngang động mạch gan chung trong PTNS cắt toàn bộ dạ dày và phải tái lập lưu thông sử dụng động mạch vị tá tràng là mảnh ghép chuyển vị [142]. Khi phát hiện tổn thương mạch máu lớn, cần chuyển mổ mở ngay lập tức để đánh giá mức độ tổn thương tốt hơn và hội chẩn với phẫu thuật viên mạch máu để có hướng xử trí kịp thời.

2.3.3. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ và một số yếu tố liên quan sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày bằng Thang đánh giá hội chứng sau cắt dạ dày PGSAS-45

2.3.3.1. Thời gian đánh giá

Chúng tôi gặp mặt trực tiếp bệnh nhân hoặc phỏng vấn qua điện thoại để hướng dẫn hoàn thành đầy đủ bộ câu hỏi PGSAS-45 (đã được dịch ra tiếng Việt) (Phụ lục 2) tại các thời điểm 1, 6, 12 tháng sau phẫu thuật. Do ảnh hưởng của việc giãn cách xã hội trong giai đoạn dịch Covid-19 bùng nổ, chúng tôi đánh giá qua điện thoại phần lớn bệnh nhân năm 2020 và 2021. Thời gian cửa sổ cho phép là ± 2 tuần. Chúng tôi chọn các thời điểm đánh giá CLCS như trên nhằm tránh các tác động của hóa trị bổ trợ sau mổ lên CLCS của BN.

Sau khi nhận lại bộ câu hỏi từ bệnh nhân, nếu có các mục còn thiếu, có thể điện thoại xác nhận lại từ bệnh nhân. Nếu không nhận lại được bộ câu hỏi, điện thoại hoặc gửi thư nhắc nhở cho bệnh nhân. Đánh giá CLCS sẽ được phân loại là thiếu nếu bệnh nhân từ chối trả lời, bệnh nhân không trả lời (không rõ lý do) hoặc bộ câu hỏi không được gửi cho bệnh nhân hoặc gửi sai thời gian.

2.3.3.2. Cách tính điểm

Sau khi thu thập đầy đủ các bộ câu hỏi PGSAS-45 đã được trả lời từ bệnh nhân, kết quả sẽ được lọc bằng cách tập hợp và lựa chọn. Hai mươi ba câu hỏi về triệu chứng được tập hợp vào 7 nhóm kết quả triệu chứng. Điểm của mỗi nhóm triệu chứng được tính là trung bình điểm của các câu hỏi trong nhóm và tổng điểm triệu chứng được tính bằng trung bình của cả 7 nhóm triệu chứng.

Đối với 23 câu hỏi triệu chứng, thang đo 7 cấp (1-7) được sử dụng. Thang đo 6 cấp (1-6) được sử dụng cho câu hỏi 1 và 4. Thang đo 5 cấp (1-5) được sử dụng cho các câu hỏi còn lại, ngoại trừ 29, 32 và 34-37. Đối với 8 câu hỏi phần thể chất và tinh thần (1-8), điểm được chuyển đổi về thang 100 điểm. Những câu hỏi dùng thang đo 6 cấp (câu 1,4), các giá trị tương ứng từ 1-6 lần lượt là 0, 20, 40, 60, 80, 100 điểm. Những câu hỏi dùng thang đo 5 cấp (câu 2, 3, 5-8), các giá trị tương ứng từ 1-5 lần lượt là 0, 25, 50, 75, 100 điểm. Điểm của phần thể chất và tinh thần lần lượt là điểm trung bình của các câu 1-4 và 5-8 sau khi đã chuyển đổi điểm. Ở các câu hỏi 1-8, 34, 35 và 38-40, điểm cao hơn tương ứng với tình trạng tốt hơn. Ở các câu hỏi 9-28, 30, 31, 33 và 41-45, điểm thấp hơn tương ứng với tình trạng xấu hơn.

Các nhóm kết quả sau đây được lựa chọn là nhóm kết quả chính: thể chất, tinh thần, trào ngược thực quản, đau bụng, khó chịu liên quan đến bữa ăn, khó tiêu, tiêu chảy, táo bón, hội chứng làm rỗng dạ dày, chất lượng ăn, tổng điểm triệu chứng và sự không hài lòng về cuộc sống hàng ngày.

Bảng 2.2. Cách tính điểm các nhóm kết quả chính.

Các nhóm kết quả chính	Các câu hỏi	Cách tính điểm
Thể chất* Tinh thần*	1, 2, 3, 4 5, 6, 7, 8	Câu 1, 4: thang 6 cấp (1→100, 2→80, 3→60, 4→40, 5→20, 6→0). Câu 2, 3, 5-8: thang 5 cấp (1→100, 2→75, 3→50, 4→25, 5→0)
Trào ngược thực quản Đau bụng Khó chịu liên quan đến bữa ăn Khó tiêu Tiêu chảy Táo bón Hội chứng rối loạn dạ dày	10, 11, 13, 24 9, 12, 28 25, 26, 27 14, 15, 16, 17 19, 20, 22 18, 21, 23 30, 31, 33	Thang 7 cấp (1-7)
Chất lượng ăn* Sự không hài lòng về cuộc sống hàng ngày Sự không hài lòng khi ăn	38, 39, 40 43, 44, 45 44	Thang đo 5 cấp (1-5)

Với các câu hỏi có dấu *, điểm cao tương ứng với tình trạng tốt. Với các câu hỏi không có dấu *, điểm cao tương ứng với tình trạng xấu.

2.3.9. Điều trị và theo dõi sau mổ

- Điều trị sau mổ: Kháng sinh, giảm đau, truyền đạm.
- Theo dõi sát diễn tiến sau mổ, phát hiện các biến chứng xảy ra và xử trí sớm.
- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch kết hợp nuôi ăn sớm đường tiêu hóa.
- Chụp thực quản cản quang đối với các trường hợp nguy cơ cao trước khi cho ăn.
- Thay băng vết mổ, rút dẫn lưu theo chỉ định.

- Theo dõi và tái khám:

+ Trong 1 năm đầu: tái khám sau mổ tại thời điểm 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Mỗi lần tái khám bệnh nhân đều được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng, hoàn thành bộ câu hỏi PGSAS-45.

+ Trong các năm tiếp theo: ghi nhận các trường hợp di căn hoặc tái phát, theo dõi thời gian sống thêm của bệnh nhân.

2.4. XỬ LÝ SỐ LIỆU

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS version 26 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0).

Các phương pháp thống kê:

- Kiểm tra phân phối chuẩn bằng phép kiểm Shapiro-Wilk.

- Biến định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu thuộc phân phối chuẩn hay trung vị và giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất nếu không thuộc phân phối chuẩn.

- So sánh sự khác biệt giữa 2 số trung bình bằng phép kiểm t không ghép cặp (nếu các số trung bình thuộc phân phối chuẩn), phép kiểm Mann-Whitney U test (nếu số trung bình không thuộc phân phối chuẩn).

- So sánh giữa các số trung bình (≥ 3) bằng phân tích phương sai 1 yếu tố ANOVA nếu biến số thuộc phân phối chuẩn và kiểm định phi tham số Kruskal-Wallis nếu biến số không thuộc phân phối chuẩn.

- Biến định tính được hiển thị bằng tần số (tỷ lệ %).

- So sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ dùng phép kiểm χ^2 , Fisher's exact test đối với những bảng 2x2 có 20% ô có tần số kỳ vọng <5 .

- Phân tích xác suất sống còn tích lũy bằng phép ước tính Kaplan-Meier và dùng kiểm định log-rank bằng cách so sánh 2 hàm xác suất tích lũy của 2 nhóm.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 2 năm 2022, tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học Y Dược Huế, chúng tôi thực hiện 45 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày kèm vét hạch đáp ứng các tiêu chí chọn bệnh.

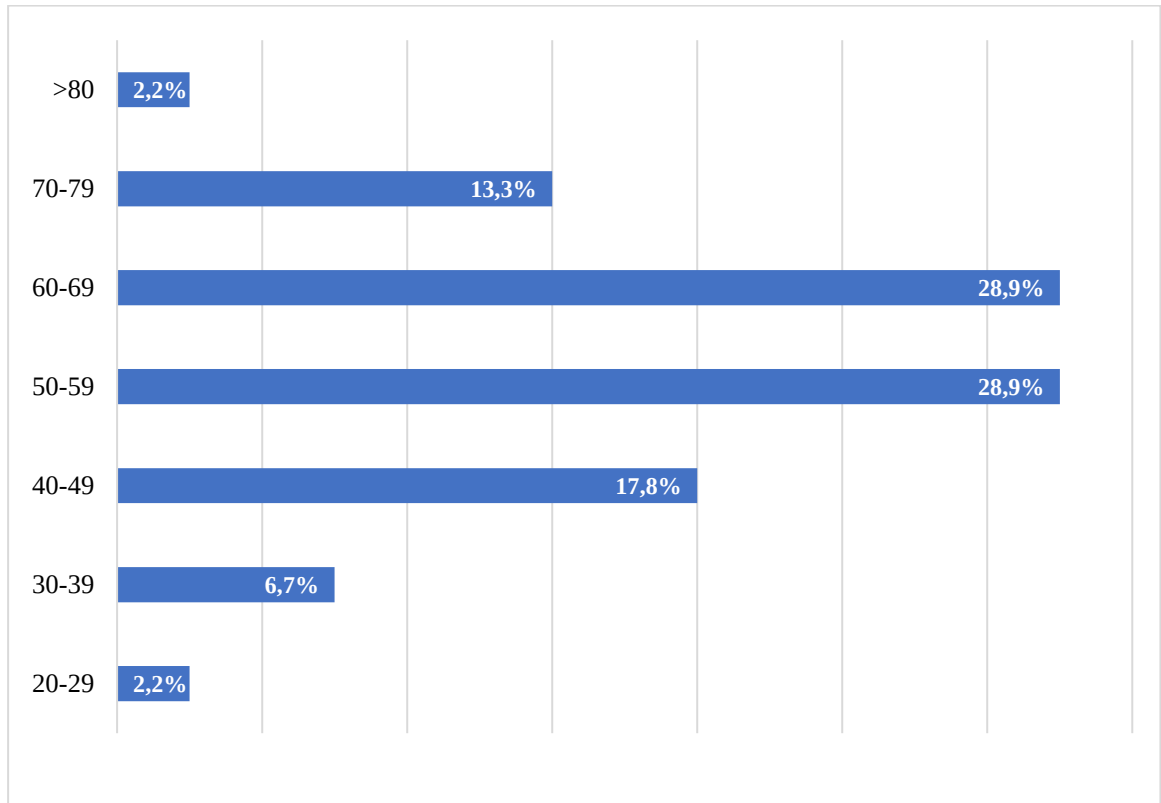
Bảng 3.1. Phân bố số bệnh nhân theo năm.

Năm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
2019	18	40
2020	13	28,9
2021	12	26,7
2022	2	4,4
Tổng cộng	45	100

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được lấy trong năm 2019, chiếm 40%. Số bệnh nhân trong năm 2020 và 2021 tương đương nhau. Trong năm 2022, chúng tôi chỉ lấy các bệnh nhân đến tháng 2.

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH NHÂN

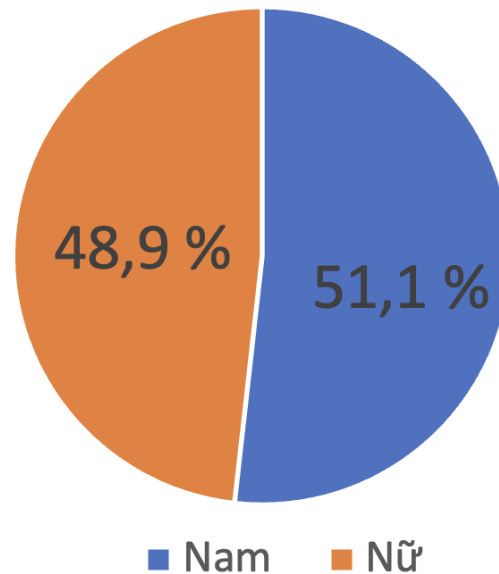
3.1.1. Tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi (n=45)

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $56,9 \pm 12,5$ tuổi, trong đó tuổi lớn nhất là 82 tuổi, nhỏ nhất là 27 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 50 đến 69 tuổi, chiếm 57,8%.

3.1.2. Giới



Biểu đồ 3.2. Phân bố theo giới (n=45)

Tỷ lệ bệnh nhân ở 2 giới gần tương đương nhau. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,04/1.

3.1.3. Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Bảng 3.2. Phân bố theo chỉ số khối cơ thể.

BMI	N	%
Gầy (<18,5)	6	13,3
Trung bình (18,5-22,9)	28	62,2
Thừa cân (≥ 23)	11	24,4
Tổng cộng	45	100

Chỉ số khối cơ thể trung bình là $21,0 \pm 2,6 \text{ kg/m}^2$. Đa số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể ở mức trung bình, chiếm 62,2%.

3.1.4. Phân loại ASA

Bảng 3.3. Phân loại ASA

ASA	N	%
1	15	33,3
2	26	57,8
3	4	8,9
Tổng cộng	45	100

Phần lớn bệnh nhân được phân loại ASA 2, chiếm 57,8%. Có 4 bệnh nhân có ASA 3, chiếm 8,9%.

3.1.5. Các bệnh lý nội khoa

Bảng 3.4. Các bệnh lý nội khoa kèm theo

Bệnh nội khoa	N	%
Bệnh tim mạch	8	17,8
Bệnh hô hấp	1	2,2
Bệnh nội tiết	2	4,4
Từ 2 bệnh kèm	5	11,1
Khác	8	17,8
Không có	21	46,7
Tổng cộng	45	100

Phần lớn bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa kèm theo, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có bệnh tim mạch và các loại bệnh khác cao nhất, chiếm 17,8%. Tất cả bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa đều được hội chẩn và điều trị trước mổ.

3.1.6. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.5. Triệu chứng lâm sàng (n=45)

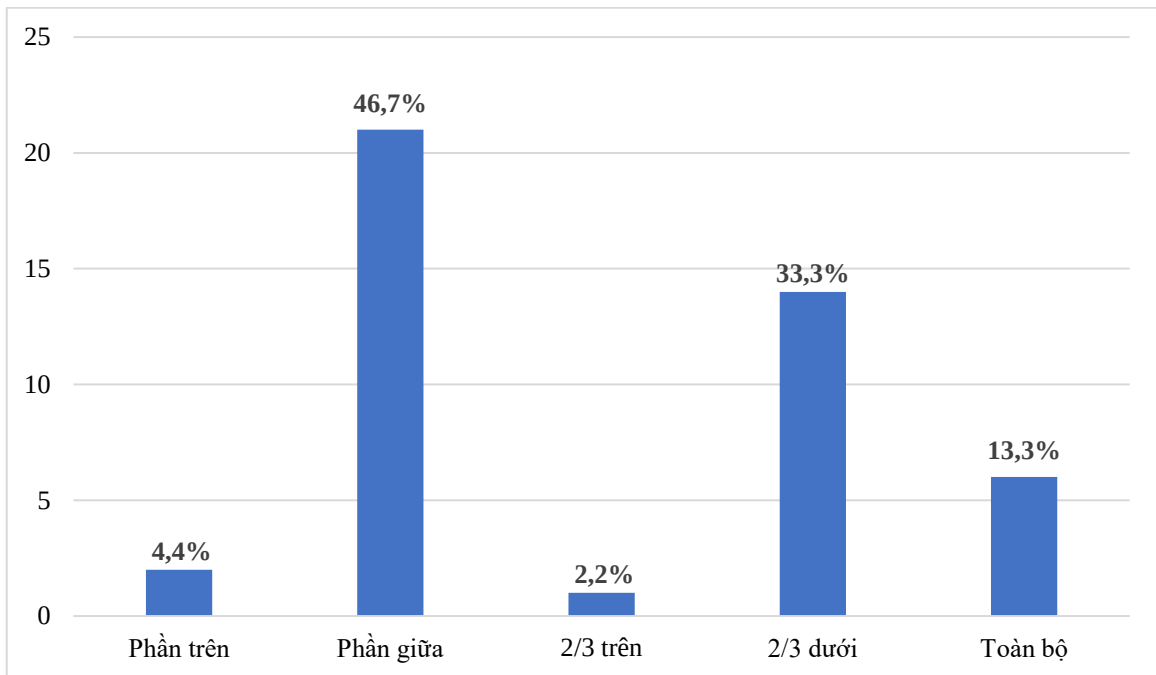
Triệu chứng	N	%
Đau bụng	41	91,1
Đầy bụng, khó tiêu	3	6,7
Nôn, buồn nôn	5	11,1
Sụt cân	6	13,3
Xuất huyết tiêu hoá	13	28,9
Khối vùng bụng	1	2,2
Dấu hiệu hẹp môn vị	1	2,2
Không có triệu chứng	1	2,2

Triệu chứng đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 91,1%, tiếp đến là xuất huyết tiêu hoá (28,9%). Khối vùng bụng và hẹp môn vị là các triệu chứng ít gặp nhất. Có 1 bệnh nhân không có triệu chứng, phát hiện bệnh qua khám sức khoẻ định kỳ.

3.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY

3.2.1 Đặc điểm thương tổn trong và sau mổ

3.2.1.1. Vị trí thương tổn



Biểu đồ 3.4. Vị trí thương tổn trong và sau mổ ($n=45$).

U chủ yếu nằm ở phần giữa hoặc 2/3 dưới, lần lượt chiếm 46,7% và 33,3%.

3.2.1.2. Kích thước thương tổn

Bảng 3.6. Kích thước thương tổn sau mổ

Kích thước	N	%
<3cm	15	33,3
3-5cm	16	35,6
>5cm	14	31,1
Tổng cộng	45	100

Kích thước thương tổn trung bình là $4,2 \pm 2,5$ cm, nhỏ nhất là 0,5cm, lớn nhất là 10cm. Đa số bệnh nhân có kích thước thương tổn từ 3-5cm, chiếm 35,6%.

3.2.1.3. Phân loại đại thể

Bảng 3.7. Phân loại đại thể

Đại thể	N	%
Loại 0	1	2,2
Loại I	4	8,9
Loại II	15	33,3
Loại III	20	44,4
Loại IV	5	11,2
Tổng cộng	45	100

Thể loét thâm nhiễm (loại III) và thể loét (loại II) chiếm đa số, lần lượt là 44,4% và 33,3%.

3.2.1.4. Giai đoạn bệnh sau mổ

Bảng 3.8. Giai đoạn T sau mổ

Giai đoạn pT	N	%
Tis	2	4,4
T1	4	8,9
T2	13	28,9
T3	13	28,9
T4a	13	28,9
Tổng cộng	45	100

Giai đoạn T2, T3, T4a tương đương nhau và chiếm tỷ lệ cao nhất 28,9%. Có 2 trường hợp u Tis, chiếm 4,4%, trong đó 1 trường hợp u ở phần giữa, có giai đoạn T4 trước mổ trên CLVT, 1 trường hợp u ở thân vị, tái phát sau phẫu

tích dưới niêm mạc qua nội soi. Có 4 trường hợp u T1, chiếm 8,9%, đều có hình ảnh không rõ hoặc mất cấu trúc lớp trên CLVT trước mổ.

Bảng 3.9. Giai đoạn N sau mổ

Giai đoạn pN	N	%
N0	22	48,9
N1	7	15,6
N2	7	15,6
N3a	5	11,1
N3b	4	8,9
Tổng cộng	45	100

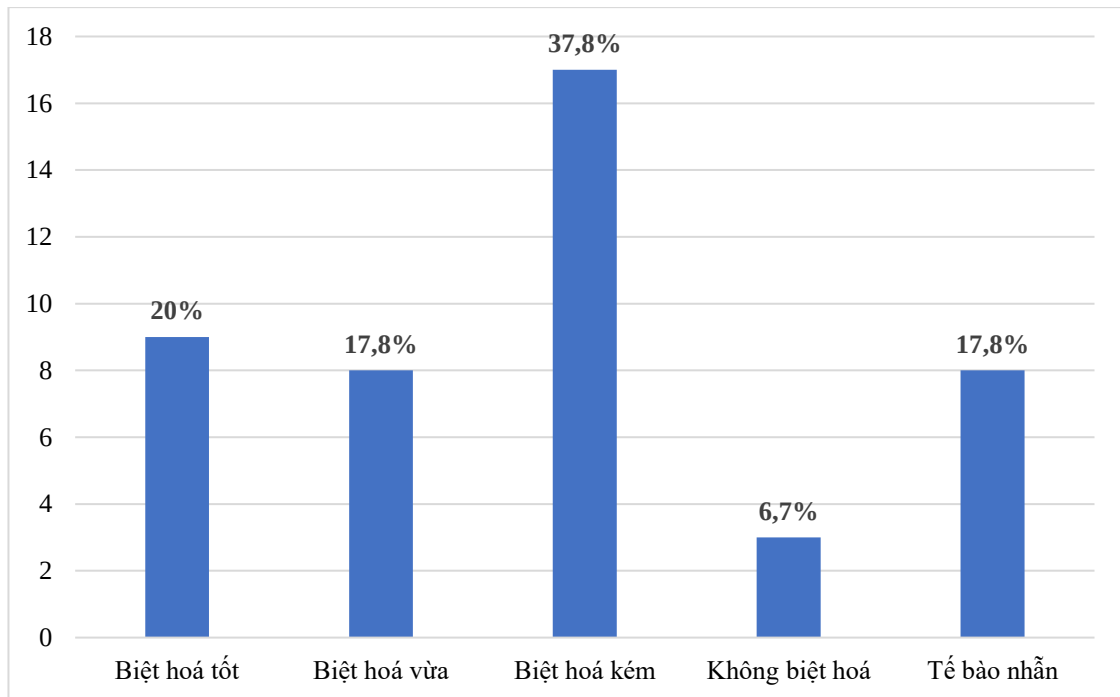
Xấp xỉ 1/2 bệnh nhân không có di căn hạch. Tỷ lệ các nhóm di căn hạch gần tương đương nhau.

Bảng 3.10. Giai đoạn bệnh sau mổ

Giai đoạn	N	%
0	2	4,4
IA	4	8,9
IB	7	15,6
IIA	8	17,8
IIB	6	13,3
IIIA	11	24,4
IIIB	5	11,1
IIIC	2	4,4
Tổng cộng	45	100

Giai đoạn IIA và IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 17,8% và 24,4%.

3.2.1.5. Độ biệt hóa tế bào



Biểu đồ 3.5. Độ biệt hóa tế bào (n=45)

Độ biệt hoá kém chiếm đa số với 37,8%, tiếp đến là biệt hoá tốt với 20%. Độ biệt hoá vừa và tế bào nhân đều chiếm 17,8%.

3.2.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.2.1. Tái lập lưu thông tiêu hoá

Bảng 3.11. Phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá

Phương pháp	N	%
Nối tận bên	37	82,2
Nối bên bên	8	17,8
Tổng cộng	45	100

Đa số bệnh nhân được thực hiện miệng nối thực quản hồng tràng kiểu tận bên, chiếm 82,2%.

Bảng 3.12. Phương tiện tái lập lưu thông tiêu hoá

Phương tiện	N	%
Bằng stapler	37	82,2
Bằng tay	8	17,8
Tổng cộng	45	100

Miệng nối thực quản hồng tràng đa số được thực hiện sử dụng các stapler, chiếm 82,2%.

3.2.2.2. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $218,8 \pm 69,3$ phút, trung vị là 210 phút, ngắn nhất là 105 phút, dài nhất là 510 phút.

Bảng 3.13. So sánh thời gian phẫu thuật theo giai đoạn T sau mổ (n=45)

Giai đoạn pT	N	Trung bình (phút)	Trung vị (phút)	
<T4a	32	$219,7 \pm 75,2$	210 (105-510)	P=0,659
T4a	13	$216,5 \pm 54,9$	210 (120-330)	

Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa nhóm u dưới T4a và u T4a không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.14. So sánh thời gian phẫu thuật theo giai đoạn bệnh sau mổ (n=45)

Giai đoạn bệnh sau mổ	N	Trung bình (phút)	Trung vị (phút)	
0-I	13	$223,5 \pm 65,5$	210 (150-390)	P=0,960
II	14	$226,8 \pm 95,6$	210 (105-510)	
III	18	$209,2 \pm 47,5$	210 (120-330)	

Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa các nhóm giai đoạn bệnh sau mổ không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.15. So sánh thời gian phẫu thuật theo vị trí thương tổn trong và sau mổ
(n=45)

Vị trí	N	Trung bình (phút)	Trung vị (phút)	
Phần trên	2	300,0 ± 127,3	300 (210-390)	
Phần giữa	21	209,1 ± 58,1	210 (105-330)	
2/3 trên	1	210,0 ± 0,0	210 (210-210)	P=0,818
2/3 dưới	15	225,7 ± 85,5	210 (150-510)	
Toàn bộ	6	210,0 ± 42,4	210 (150-270)	

Thời gian phẫu thuật giữa các nhóm vị trí thương tổn trong và sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.16. So sánh thời gian phẫu thuật theo kích thước thương tổn (n=45)

Kích thước	N	Trung bình (phút)	Trung vị (phút)	
≤5cm	31	220,3 ± 81,3	210 (105-510)	P=0,577
>5cm	14	215,4 ± 31,7	210 (150-270)	

Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa nhóm có kích thước thương tổn ≤5cm và >5cm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.17. So sánh thời gian phẫu thuật theo phương pháp
tái lập lưu thông (n=45)

Phương pháp	N	Trung bình (phút)	Trung vị (phút)	
Nối tận bên	37	216,1 ± 55,2	210 (120-390)	P=0,591
Nối bên bên	8	231,3 ± 119,8	205 (105-510)	

Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa nhóm nối thực quản hồng tràng tận bên và bên bên không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.18. So sánh thời gian phẫu thuật theo phương tiện tái lập lưu thông (n=45)

Phương tiện	N	Trung bình (phút)	Trung vị (phút)	P=0,023
Bằng stapler	37	201,8 ± 42,0	210 (105-300)	
Bằng tay	8	297,5 ± 112,0	205 (200-510)	

Thời gian phẫu thuật ở nhóm nối thực quản hồng tràng bằng stapler nhanh hơn có ý nghĩa thống kê so với khâu nối bằng tay.

Bảng 3.19. So sánh thời gian phẫu thuật theo BMI (n=45)

BMI	N	Trung bình (phút)	Trung vị (phút)	P=0,127
<23	33	213,8 ± 72,6	210 (120-510)	
≥23	12	232,5 ± 60,3	210 (105-330)	

Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa các nhóm BMI không có ý nghĩa thống kê.

3.2.2.3. Lượng máu mất liên quan phẫu thuật

Lượng máu mất liên quan phẫu thuật trung bình là 431,6 ± 426,5ml, trung vị là 308,9 ml, cao nhất là 1991,3ml, thấp nhất là 0ml. Về trường hợp mất máu nhiều nhất, bệnh nhân được phẫu thuật lại do sốc mất máu vào ngày hậu phẫu thứ 8.

Bảng 3.20. So sánh lượng máu mất theo giai đoạn bệnh sau mổ (n=45)

Giai đoạn bệnh sau mổ	N	Trung bình (ml)	Trung vị (ml)	
0-I	13	584,5 ± 558,8	407,0 (46,5-1991,3)	
II	14	354,7 ± 353,0	270,3 (0-1068,8)	P=0,361
III	18	381,0 ± 360,2	240,5 (0-1197,3)	

Lượng máu mất giữa các nhóm giai đoạn bệnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.21. So sánh lượng máu mất theo kích thước thương tổn (n=45)

Kích thước	N	Trung bình (ml)	Trung vị (ml)	
≤5cm	31	416,2 ± 375,4	308,9 (0-1384,2)	P=0,961
>5cm	14	465,7 ± 537,3	281,6 (0-1991,3)	

Sự khác biệt về lượng máu mất giữa nhóm có kích thước thương tổn ≤5cm và >5cm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.22. So sánh lượng máu mất theo BMI (n=45)

BMI	N	Trung bình (ml)	Trung vị (ml)	
<23	33	424,2 ± 431,4	286,3 (0-1991,3)	P=0,797
≥23	12	452,0 ± 431,1	334,7 (0-1384,2)	

Sự khác biệt về lượng máu mất giữa bệnh nhân thừa cân và không thừa cân không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.23. So sánh lượng máu mất theo phương pháp tái lập lưu thông
(n=45)

Phương pháp	N	Trung bình (ml)	Trung vị (ml)	
Nối tận bên	37	428,2 ± 442,1	308,9 (0-1991,3)	P=0,656
Nối bên bên	8	447,3 ± 371,8	384,3 (49,8-1068,8)	

Sự khác biệt về lượng máu mất giữa nhóm nối thực quản hồng tràng tận bên và bên bên không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.24. So sánh lượng máu mất theo phương tiện tái lập lưu thông (n=45)

Phương tiện	N	Trung bình (ml)	Trung vị (ml)	
Bằng stapler	37	433,7 ± 430,7	286,3 (0-1991,3)	P=0,976
Bằng tay	8	422,0 ± 435,1	368,3 (0-1384,2)	

Lượng máu mất giữa nhóm nối thực quản hồng tràng bằng stapler và bằng tay khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.2.4. Tai biến trong mổ

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào gặp bất kỳ tai biến trong mổ.

3.2.2.5. Số hạch lympho vét được trong mổ và số hạch di căn

- Số hạch lympho trung bình vét được trong mổ là 17,1 ± 9,3 hạch, nhiều nhất là 47 hạch, thấp nhất là 1 hạch.

- Số hạch lympho di căn trung bình là 3,9 ± 6,6 hạch, nhiều nhất là 30 hạch.

- Tỷ số hạch di căn trung bình là 0,2 ± 0,3.

Bảng 3.25. So sánh số hạch vét được theo giai đoạn T sau mổ (n=45)

Giai đoạn pT	N	Số hạch vét được	
<T4a	32	17,1 ± 10,1	P=0,851
T4a	12	17,2 ± 7,2	

Sự khác biệt về số hạch vét được giữa nhóm u dưới T4a và T4a không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.26. So sánh số hạch vét được theo kích thước thương tổn (n=45)

Kích thước	N	Số hạch vét được	
≤5cm	31	16,5 ± 8,6	P=0,615
>5cm	14	18,6 ± 10,8	

Sự khác biệt về số hạch vét được giữa nhóm có kích thước thương tổn ≤5cm và >5cm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.27. So sánh số hạch vét được theo chỉ số khối cơ thể (n=45)

BMI	N	Số hạch vét được	
<23	33	17,2 ± 9,5	P=0,898
≥23	12	16,8 ± 9,1	

Sự khác biệt về số hạch vét được giữa nhóm BMI không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.28. So sánh di căn hạch theo giai đoạn T sau mổ (n=45)

Giai đoạn pT	Di căn hạch		Tổng cộng
	Không (%)	Có (%)	
<T4a	19 (59,4)	13 (40,6)	32
T4a	3 (23,1)	10 (76,9)	13

P=0,027

Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm T4a lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dưới T4a.

Bảng 3.29. So sánh số hạch di căn theo giai đoạn T sau mổ (n=45)

Giai đoạn pT	N	Số hạch di căn
< T4a	32	2,8 ± 5,1
T4a	13	6,7 ± 9,1

P=0,028

Số hạch di căn ở nhóm T4a lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dưới T4a.

3.2.3. Kết quả sau phẫu thuật

3.2.3.1. Thời gian trung tiện sau mổ

Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $4,2 \pm 1,4$, sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 7 ngày.

Bảng 3.30. So sánh thời gian trung tiện theo phương pháp tái lập lưu thông (n=45)

Phương pháp	N	Thời gian trung tiện
Nối tận bên	37	$4,2 \pm 1,4$
Nối bên bên	8	$3,9 \pm 1,7$

P=0,434

Sự khác biệt về thời gian trung tiện giữa nhóm nối thực quản hồng tràng tận bên và bên bên không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.31. So sánh thời gian trung tiện theo phương tiện tái lập lưu thông (n=45)

Phương tiện	N	Thời gian trung tiện	P=0,806
Bằng stapler	37	4,2 ± 1,4	
Bằng tay	8	4,1 ± 1,6	

Sự khác biệt về thời gian trung tiện giữa nhóm nối thực quản hồng tràng bằng stapler và bằng tay không có ý nghĩa thống kê.

3.2.3.2. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 11,6 ± 3,7 ngày, dài nhất là 24 ngày, ngắn nhất là 8 ngày.

Bảng 3.32. So sánh thời gian nằm viện theo BMI (n=45)

BMI	N	Thời gian nằm viện	P=0,479
<23	33	11,5 ± 3,8	
≥23	12	12,0 ± 3,8	

Sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa nhóm BMI dưới 23 và từ 23 trở lên không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.33. So sánh thời gian nằm viện theo giai đoạn T sau mổ

Giai đoạn pT	N	Thời gian nằm viện	P=0,038
<T4a	32	12,0 ± 3,9	
T4a	13	10,7 ± 3,3	

Thời gian nằm viện ở nhóm T4a ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dưới T4a.

3.2.3.3. *Biến chứng sau mổ*

Bảng 3.34. *Biến chứng sau mổ*

Biến chứng	N	%
Ổ tụ dịch, áp xe tồn lưu	2	4,4
Nhiễm trùng vết mổ	2	4,4
Chảy máu sau mổ	1	2,2
Dò miệng nối	3	6,7
Tràn dịch màng phổi	1	2,2
Tắc ruột	1	2,2
Tổng cộng	10	22,2

Có 10 biến chứng sau mổ xảy ra ở 8 bệnh nhân, chiếm 22,2%, trong đó, dò miệng nối là biến chứng thường gặp nhất, chiếm 6,7%.

Bảng 3.35. *Phân loại biến chứng sau mổ theo Clavien-Dindo*

Clavien-Dindo	N	%
I	2	4,4
II	4	8,9
III	4	8,9
IV	0	0
Tổng cộng	10	22,2

Có 4 trường hợp có biến chứng từ mức độ III trở lên theo Clavien-Dindo, chiếm 8,9%.

Bảng 3.36. Các yếu tố liên quan đến biến chứng sau mổ

Tuổi	Biến chứng		Tổng cộng	
	Không (%)	Có (%)		
≤ 60	19 (73,1)	7 (26,9)	26	P=0,061
> 60	18 (94,7)	1 (5,3)	19	
Bệnh kèm				
Có	20 (83,3)	4 (16,7)	24	P=0,835
Không	17 (81)	4 (19)	21	
ASA				
1	13 (86,7)	2 (13,3)	15	P=0,457
2	20 (76,9)	6 (23,1)	26	
3	4 (100)	0 (0)	4	
BMI				
<23	29 (87,8)	4 (12,2)	33	P=0,100
≥23	8 (66,7)	4 (33,3)	12	
Giai đoạn pT				
< T4a	28 (87,5)	4 (12,5)	32	P=0,146
T4a	9 (69,2)	4 (30,8)	13	
Giai đoạn bệnh sau mổ ²				
0-I	9 (69,2)	4 (30,8)	13	P=0,273
II	13 (92,9)	1 (7,1)	14	
III	15 (83,3)	3 (16,7)	18	
Phương pháp nối				
Tận bên	30 (81,1)	7 (18,9)	37	P=0,667
Bên bên	7 (87,5)	1 (12,5)	8	

Tuổi	Biến chứng		Tổng cộng	P=0,108
	Không (%)	Có (%)		
Phương tiện nối				
Bằng stapler	32 (86,5)	5 (13,5)	37	
Bằng tay	5 (62,5)	3 (37,5)	8	

Tỷ lệ biến chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi, ASA, BMI, giai đoạn pT, giai đoạn bệnh sau mổ, phương pháp và phương tiện tái lập lưu thông tiêu hoá.

Bảng 3.37. Các yếu tố liên quan đến biến chứng dò miệng nối sau mổ

Tuổi	Dò miệng nối		Tổng cộng	
	Không (%)	Có (%)		
≤ 60	23 (88,5)	3 (11,5)	26	P=0,125
> 60	19 (100)	0 (0)	19	
Bệnh kèm				
Có	23 (95,8)	1 (4,2)	24	P=0,472
Không	19 (90,5)	2 (9,5)	21	
ASA				
1	14 (93,3)	1 (6,7)	15	P=0,848
2	24 (92,3)	2 (7,7)	26	
3	4 (100)	0 (0)	4	
BMI				
<23	31 (93,9)	2 (6,1)	33	P=0,787
≥23	11 (91,7)	1 (8,3)	12	

Tuổi	Dò miệng nối		Tổng cộng	
	Không (%)	Có (%)		
Giai đoạn pT				
< T4a	29 (90,6)	3 (9,4)	32	P=0,253
T4a	13 (100)	0 (0)	13	
Giai đoạn bệnh sau mổ				
0-I	10 (76,9)	3 (23,1)	13	P=0,019
II	14 (100)	0 (0)	14	
III	18 (100)	0 (0)	18	
Phương pháp nối				
Tận bên	34 (91,9)	3 (8,1)	37	P=0,404
Bên bên	8 (100)	0 (0)	8	
Phương tiện nối				
Bằng stapler	35 (94,6)	2 (5,4)	37	P=0,466
Bằng tay	7 (87,5)	1 (12,5)	8	

Tỷ lệ biến chứng dò miệng nối khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi, bệnh kèm, ASA, BMI, giai đoạn pT, phương pháp và phương tiện tái lập lưu thông tiêu hoá. Tỷ lệ dò miệng nối ở giai đoạn 0-I lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn II và III.

3.2.3.4. Điều trị bổ trợ sau mổ

Bảng 3.38. Điều trị bổ trợ sau mổ

Điều trị bổ trợ	N	%
Đủ liệu trình	13	28,9
Không đủ liệu trình	7	15,6
Không điều trị	7	15,6
Không có chỉ định	18	40,0
Tổng cộng	45	100

Trong số các bệnh nhân có chỉ định điều trị bổ trợ, phần lớn bệnh nhân điều trị đủ liệu trình, chiếm 28,9%. Số bệnh nhân không có chỉ định điều trị chiếm 40%.

3.2.4. Di căn, tái phát, thời gian sống thêm

Thời gian theo dõi bệnh nhân tính đến 31 tháng 2 năm 2023, dài nhất là 49 tháng, ngắn nhất là 12 tháng. Chúng tôi theo dõi được 40 trường hợp (88,9%) và có 5 trường hợp mất dấu (11,1%).

3.2.4.1. Di căn, tái phát

Bảng 3.39. Tỷ lệ di căn, tái phát

	N	%	Thời gian trung bình
Di căn	9	20,0	10,7 ± 8,3
Tái phát	1	2,2	23,0 ± 0,0

Có 9 trường hợp di căn, chiếm 20%. Trong đó, có 2 trường hợp di căn phổi, 2 trường hợp di căn hạch quanh ĐM chủ, 2 trường hợp di căn gan, 1 trường hợp di căn phúc mạc, 1 trường hợp di căn thành bụng và 1 trường hợp di căn hạch thượng đòn. Thời gian di căn trung bình là 10,7 tháng, ngắn nhất là 4 tháng, dài nhất là 32 tháng.

Có 1 trường hợp tái phát hạch rốn gan, chiếm 2,2%. Không có trường hợp nào tái phát miệng nổi.

3.2.4.2. Thời gian sống thêm

a. Thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh

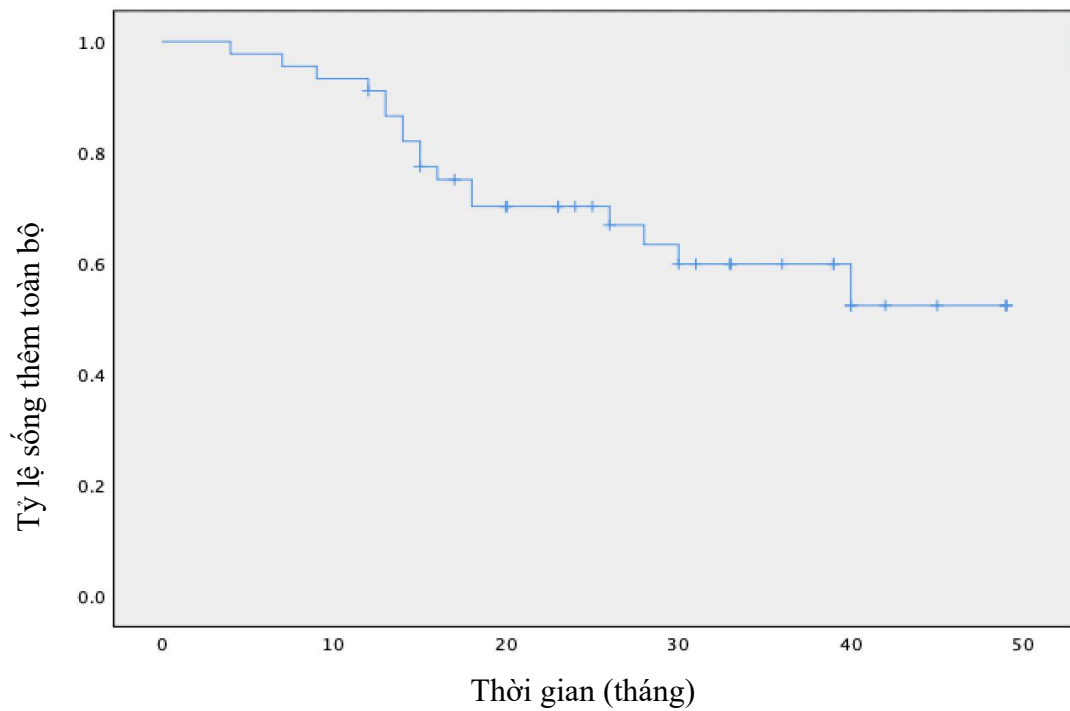
Sau thời gian theo dõi, có 17 trường hợp tử vong, chiếm 37,8% và 5 trường hợp mất liên lạc, chiếm 11,1%.

Theo Kaplan-Meier, thời gian sống thêm toàn bộ ước lượng trung bình là $35,4 \pm 2,6$ tháng, thời gian sống thêm không bệnh ước lượng trung bình là $34,6 \pm 2,8$ tháng.

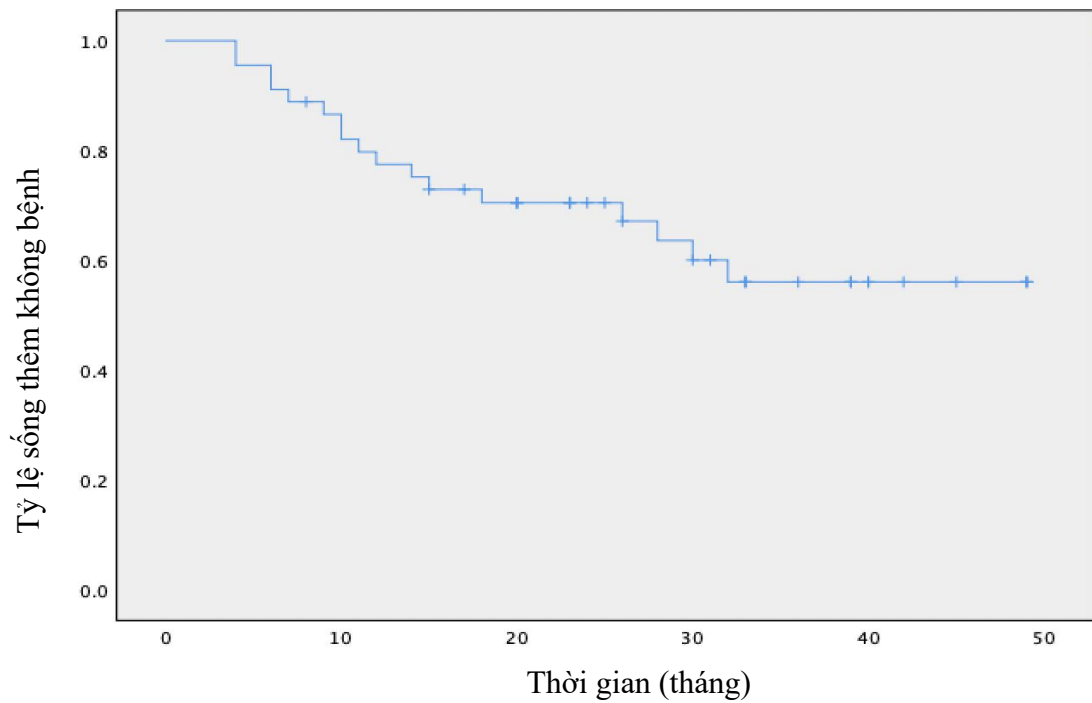
Thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh ước lượng trung bình sau mô 1, 2, 3, 4 năm ở bảng 3.39.

Bảng 3.40. Thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh sau mô (n=45)

Thời gian sau mô	Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (%)	Tỷ lệ sống thêm không bệnh (%)
1 năm	91,1	77,4
2 năm	70,3	67,7
3 năm	59,9	56,7
4 năm	52,4	56,7



Biểu đồ 3.6. Thời gian sống thêm toàn bộ theo Kaplan Meier

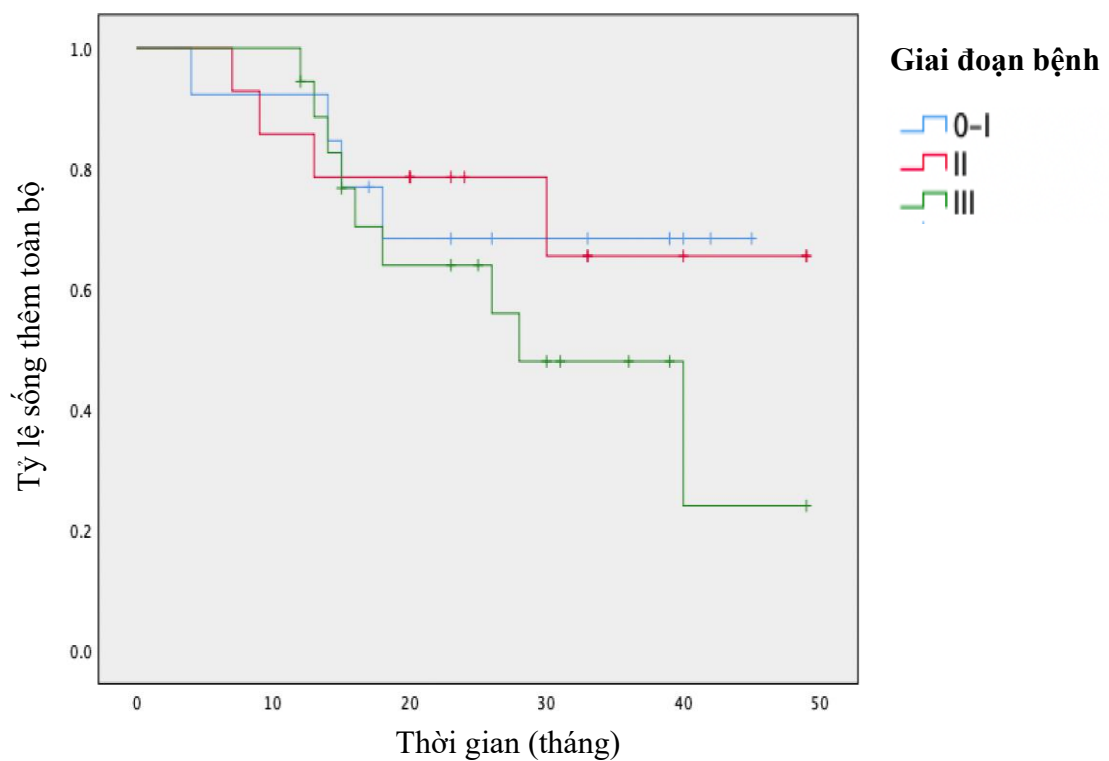


Biểu đồ 3.7. Thời gian sống thêm không bệnh theo Kaplan Meier

b. Thời gian sống thêm theo từng giai đoạn bệnh

Bảng 3.41. Tỷ lệ sống thêm theo giai đoạn bệnh sau mổ (n=45)

Giai đoạn	N	Tỷ lệ sống thêm (%)		
		1 năm	3 năm	
0-I	13	92,3	68,4	P=0,418
II	14	85,7	65,5	
III	18	94,4	48,3	



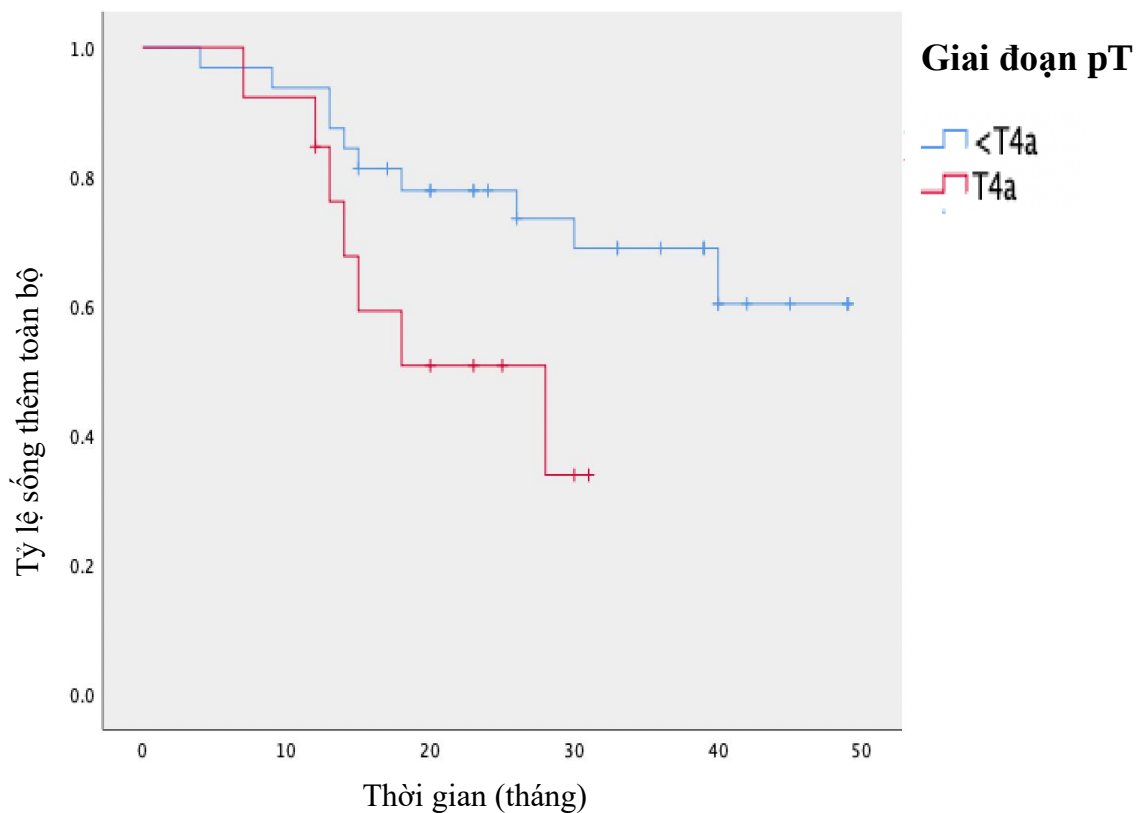
Biểu đồ 3.8. Thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh

Tỷ lệ sống thêm 1 năm ở giai đoạn III cao hơn giai đoạn 0-I và II. Tuy nhiên, tỷ lệ sống thêm 3 năm cao nhất ở giai đoạn 0-I, tiếp đến là giai đoạn II và III. Những sự khác biệt này đều không có ý nghĩa thống kê.

c. Các yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm

Bảng 3.42. Liên quan giữa thời gian sống thêm và giai đoạn phẫu thuật
(n=45)

Giai đoạn pT	N	Thời gian sống thêm (tháng)	
<T4a	32	$38,2 \pm 2,8$	P=0,047
T4a	13	$21,8 \pm 2,5$	

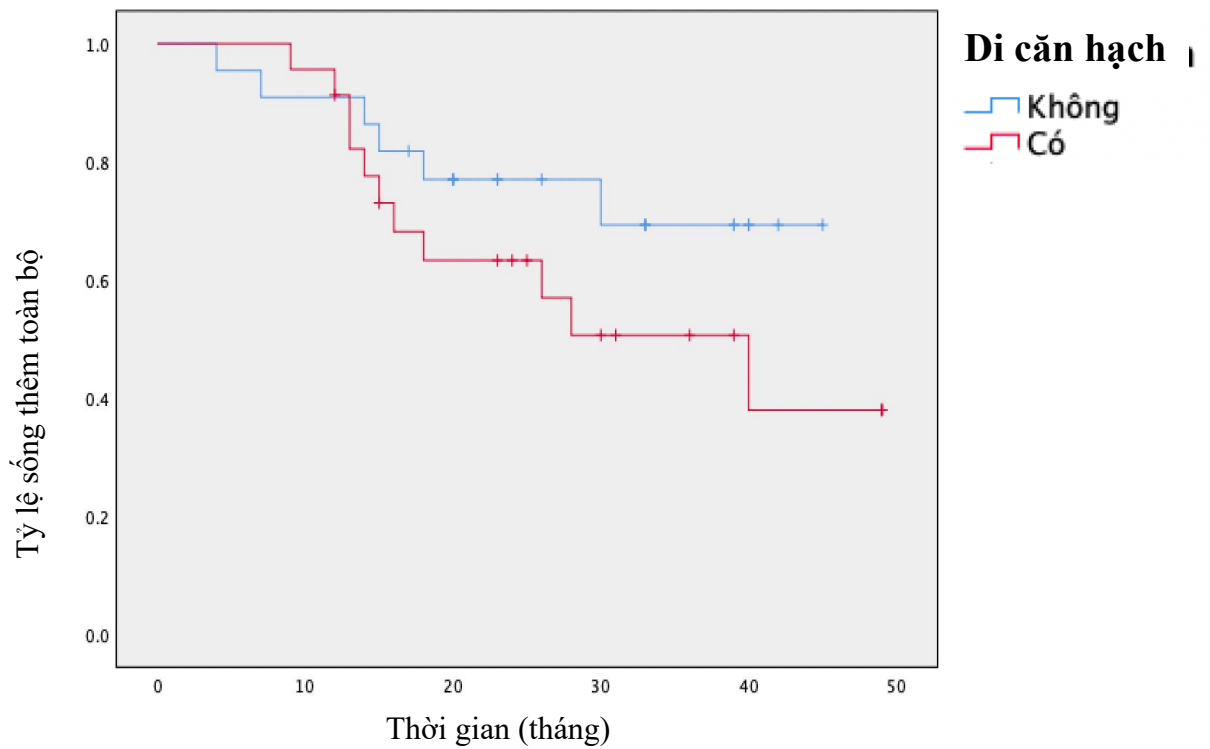


Biểu đồ 3.9. Liên quan giữa thời gian sống thêm và giai đoạn pT.

Thời gian sống thêm ở nhóm giai đoạn dưới T4a dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm giai đoạn T4a.

Bảng 3.43. Liên quan giữa thời gian sống thêm và tình trạng di căn hạch
(n=45)

Di căn hạch	N	Thời gian sống thêm (tháng)	
Có	23	$32,1 \pm 3,6$	P=0,173
Không	22	$36,2 \pm 3,1$	

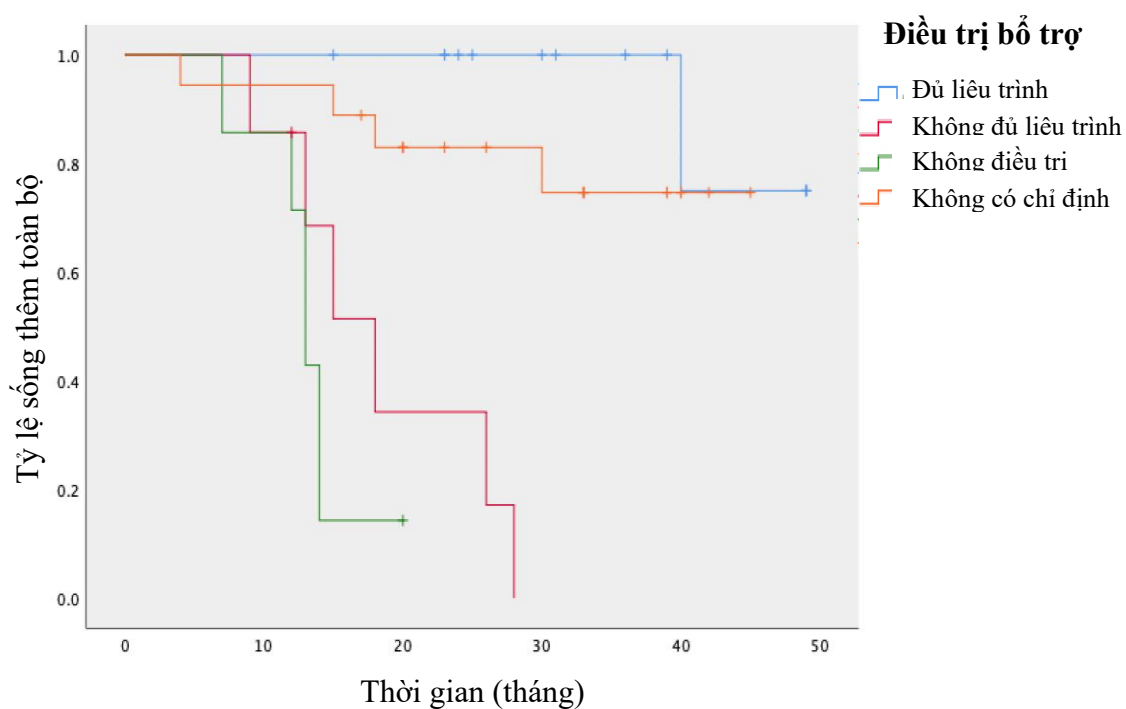


Biểu đồ 3.10. Liên quan giữa thời gian sống thêm và tình trạng di căn hạch

Thời gian sống thêm ở nhóm không có di căn hạch dài hơn so với nhóm có di căn hạch. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.44. Liên quan giữa thời gian sống thêm và điều trị bổ trợ (n=45)

Điều trị bổ trợ	N	Thời gian sống thêm (tháng)	P<0,001
Đủ liệu trình	13	46,8 ± 1,9	
Không đủ liệu trình	7	18,4 ± 3,0	
Không điều trị	7	13,3 ± 1,3	
Không có chỉ định	18	38,2 ± 3,1	

**Biểu đồ 3.11.** Liên quan giữa thời gian sống thêm và điều trị bổ trợ

Thời gian sống thêm ở nhóm bệnh nhân điều trị bổ trợ đủ liệu trình dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm điều trị không đủ liệu trình và có chỉ định nhưng không điều trị.

3.3. ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG SAU MỔ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY BẰNG THANG ĐÁNH GIÁ HỘI CHỨNG SAU CẮT DẠ DÀY PGSAS-45

3.3.1. Chất lượng cuộc sống tại các thời điểm nghiên cứu

Tại thời điểm 1 tháng, chúng tôi đánh giá CLCS ở 44 bệnh nhân, ngoại trừ 1 bệnh nhân không ăn bằng đường miệng do đưa thực quản ra da sau dò miệng nối thực quản hồng tràng.

Tại thời điểm 6 tháng, chúng tôi đánh giá CLCS ở 44 bệnh nhân, do có 1 bệnh nhân tử vong (bệnh nhân mổ đưa thực quản ra da) tại thời điểm 4 tháng sau mổ.

Tại thời điểm 12 tháng, chúng tôi đánh giá CLCS ở 42 bệnh nhân, do có 3 bệnh nhân tử vong.

Bảng 3.45. *Chất lượng cuộc sống sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày tại các thời điểm nghiên cứu theo thang điểm PGSAS-45*

CÁC KẾT QUẢ	1 tháng	6 tháng	12 tháng
Triệu chứng			
Trào ngược thực quản	1,6 ± 0,7	1,4 ± 0,5	1,3 ± 0,3
Đau bụng	1,9 ± 0,9	1,4 ± 0,5	1,4 ± 0,4
Khó chịu liên quan đến bữa ăn	2,4 ± 0,8	1,8 ± 0,6	1,6 ± 0,5
Khó tiêu	1,9 ± 0,7	1,6 ± 0,7	1,4 ± 0,5
Tiêu chảy	1,3 ± 0,5	1,3 ± 0,5	1,3 ± 0,4
Táo bón	1,2 ± 0,4	1,3 ± 0,4	1,2 ± 0,3
Hội chứng rỗng dạ dày	1,3 ± 0,5	1,2 ± 0,4	1,2 ± 0,3
<i>Tổng điểm triệu chứng</i>	1,7 ± 0,4	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,2

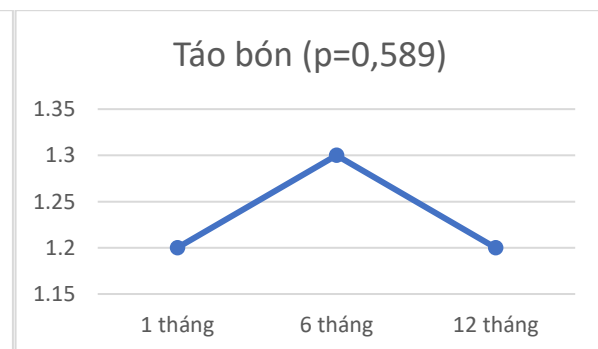
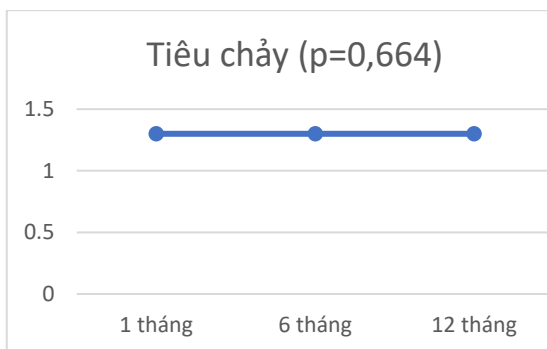
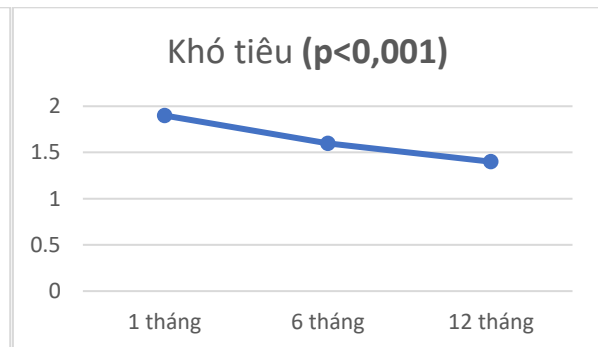
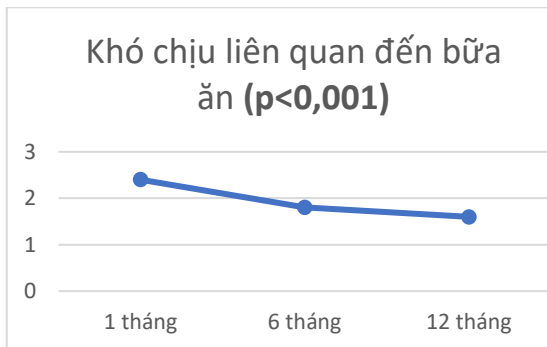
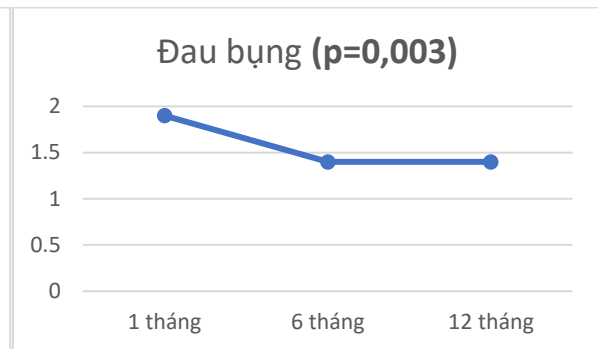
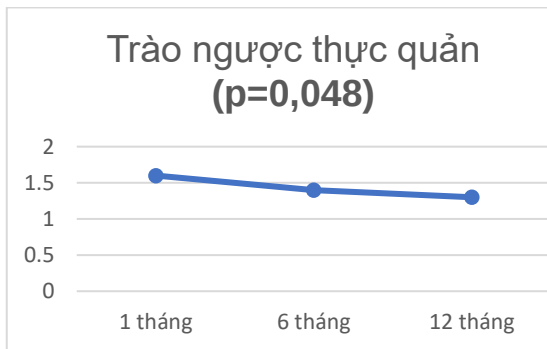
CÁC KẾT QUẢ	1 tháng	6 tháng	12 tháng
Tình trạng sống			
Lượng thức ăn ăn mỗi bữa (%)	72,1 ± 9,2	77,2 ± 8,9	81,4 ± 8,5
Nhu cầu ăn thêm bữa phụ	2,6 ± 0,8	2,3 ± 0,7	1,9 ± 0,6
Chất lượng ăn	4,0 ± 0,5	4,2 ± 0,6	4,4 ± 0,7
Khả năng làm việc	3,1 ± 0,6	3,0 ± 0,6	2,7 ± 0,8
Chất lượng sống			
Sự không hài lòng với triệu chứng	2,8 ± 0,7	2,1 ± 0,8	1,8 ± 0,8
Sự không hài lòng khi ăn	2,3 ± 0,8	2,0 ± 0,8	1,7 ± 0,6
Sự không hài lòng khi làm việc	2,0 ± 0,8	1,8 ± 0,8	1,6 ± 0,6
Sự không hài lòng về cuộc sống hàng ngày	2,4 ± 0,6	1,9 ± 0,7	1,7 ± 0,6
Phân thể chất	62,4 ± 10,6	64,0 ± 16,1	67,9 ± 16,3
Phân tinh thần	70,6 ± 15,6	69,2 ± 14,1	71,6 ± 15,4

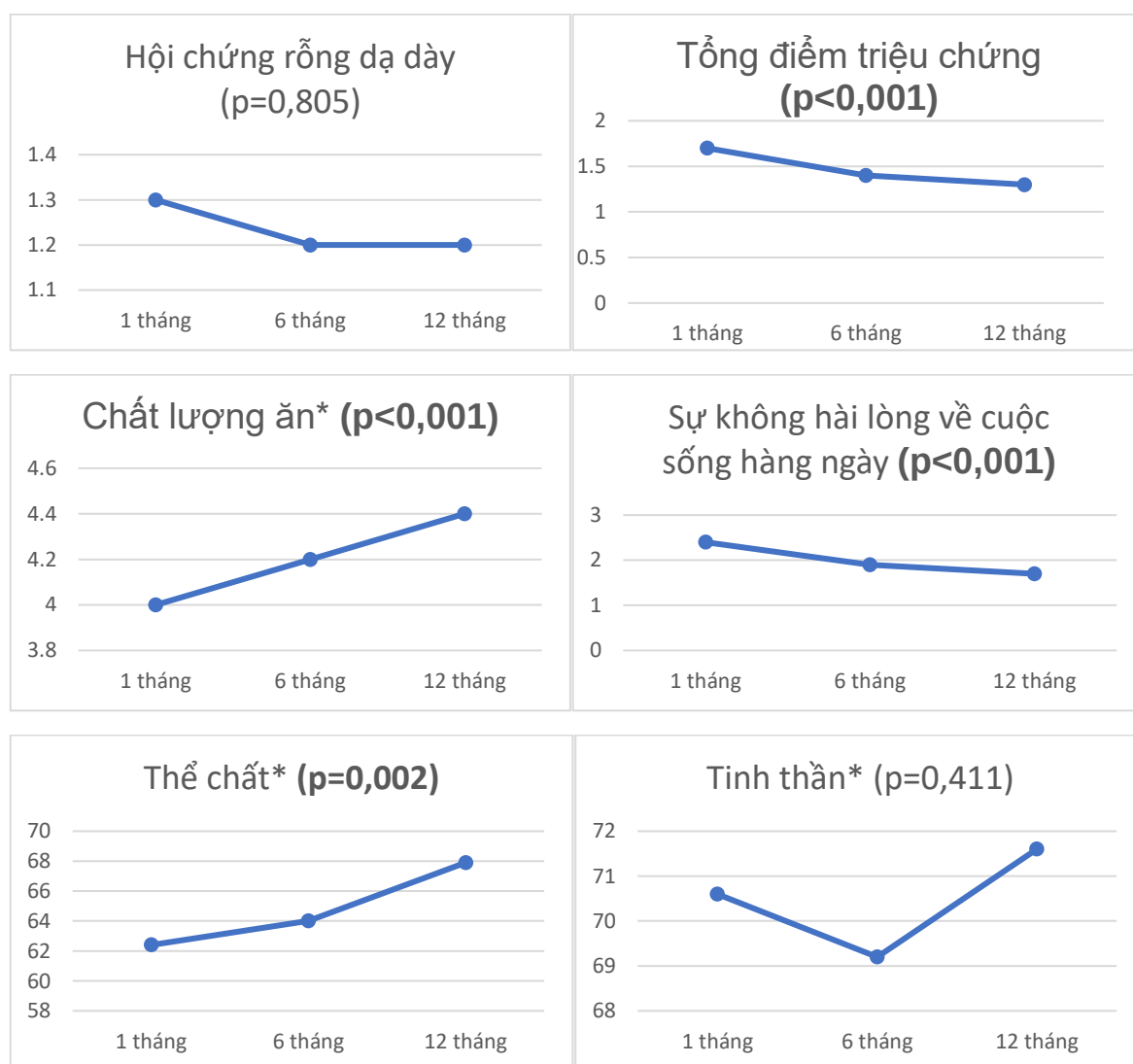
- Về triệu chứng: Tổng điểm triệu chứng của bệnh nhân sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày tại các thời điểm 1,6 và 12 tháng lần lượt là $1,7 \pm 0,4$, $1,4 \pm 0,3$ và $1,3 \pm 0,2$. Tại cả 3 thời điểm, khó chịu liên quan bữa ăn là triệu chứng bệnh nhân phản nản nhiều nhất, tiếp đến là khó tiêu, đau bụng, trào ngược thực quản, tiêu chảy, hội chứng rỗng dạ dày. Táo bón là triệu chứng bệnh nhân ít phản nản nhất.

- Về tình trạng sống: Lượng thức ăn mỗi bữa ăn bằng khoảng 70-80% lượng thức ăn trước phẫu thuật, và nhu cầu ăn bữa phụ là cần thiết. Ngoài 3

bữa chính, bệnh nhân thường phải ăn thêm 2-3 bữa phụ mỗi ngày. Chất lượng ăn và khả năng làm việc sụt giảm ít hơn. Hiếm khi bệnh nhân thấy thèm ăn, đói bụng, hay đầy bụng. Đa số bệnh nhân có thể làm việc gần như bình thường ($\geq 70-80\%$ các hoạt động trước đó).

- Về chất lượng sống: Sự không hài lòng về cuộc sống hằng ngày chủ yếu liên quan đến triệu chứng nhiều hơn là bữa ăn và khả năng làm việc. Phần thể chất và tinh thần về cơ bản là tốt, trong đó, tổng điểm phần tinh thần cao hơn phần thể chất. Nhìn chung, chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng thang điểm PGSAS-45 sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày là tốt.





Biểu đồ 3.12. Các nhóm kết quả chất lượng cuộc sống chính theo từng thời điểm đánh giá

Với các nhóm kết quả có dấu “*”, điểm cao tương ứng với tình trạng tốt. Với các nhóm kết quả còn lại, điểm cao tương ứng với tình trạng xấu.

Nhìn chung, ngoại trừ táo bón, tất cả các nhóm kết quả chính đều tốt dần lên qua từng thời điểm đánh giá. Trong đó, các nhóm kết quả trào ngược thực quản, đau bụng, khó chịu liên quan đến bữa ăn, khó tiêu, tổng điểm triệu chứng, chất lượng ăn, sự không hài lòng về cuộc sống hàng ngày và thể chất đều tốt dần lên có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Nói cách khác, phần lớn CLCS

đều phục hồi theo thời gian. Mặc dù có sự giảm sút tại thời điểm 6 tháng so với 1 tháng, nhóm tinh thần tốt hơn vào thời điểm 12 tháng, thậm chí cao hơn so với thời điểm 1 tháng ($p=0,411$).

3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

Bảng 3.46. Các yếu tố bệnh nhân liên quan đến chất lượng cuộc sống.

Các yếu tố bệnh nhân	Tổng điểm triệu chứng		
	1 tháng	6 tháng	12 tháng
Tuổi			
≤60	1,6 ± 0,3	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,2
>60	1,8 ± 0,4	1,5 ± 0,3	1,4 ± 0,2
	$p=0,030$	$p=0,158$	$p=0,028$
Giới			
Nam	1,7 ± 0,4	1,4 ± 0,3	1,4 ± 0,2
Nữ	1,7 ± 0,4	1,5 ± 0,3	1,3 ± 0,2
	$p=0,907$	$p=0,549$	$p=0,680$
BMI			
<23	1,7 ± 0,4	1,5 ± 0,3	1,3 ± 0,2
≥23	1,6 ± 0,3	1,3 ± 0,3	1,4 ± 0,2
	$p=0,421$	$p=0,210$	$p=0,158$
Bệnh kèm			
Có	1,7 ± 0,4	1,4 ± 0,3	1,4 ± 0,2
Không	1,7 ± 0,4	1,5 ± 0,3	1,3 ± 0,3
	$p=0,841$	$p=0,579$	$p=0,002$
Thể chất và tinh thần			
	1 tháng	6 tháng	12 tháng
Tuổi			
≤60	67,5 ± 11,4	67,0 ± 13,2	70,3 ± 15,0
>60	65,2 ± 11,7	66,1 ± 14,4	69,0 ± 15,3
	$p=0,522$	$p=0,785$	$p=0,480$

Giới						
Nam	66,0 ± 12,1	p=0,832	71,8 ± 15,6	p=0,021	68,8 ± 16,2	p=0,228
Nữ	67,0 ± 11,0		61,4 ± 9,0		70,8 ± 13,8	
BMI						
<23	66,4 ± 11,9	p=0,926	65,2 ± 12,9	p=0,268	68,6 ± 15,8	p=0,332
≥23	66,7 ± 10,5		70,5 ± 15,3		72,4 ± 12,8	
Bệnh kèm						
Có	63,7 ± 11,8	p=0,079	67,3 ± 12,7	p=0,502	70,1 ± 13,7	p=0,384
Không	69,9 ± 10,4		65,8 ± 14,9		69,2 ± 16,7	

Tại thời điểm 1 và 12 tháng, tổng điểm triệu chứng ở nhóm từ 60 tuổi trở xuống tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trên 60 tuổi ($p=0,030$ và $p=0,028$). Tại thời điểm 12 tháng, tổng điểm triệu chứng ở nhóm có bệnh kèm kém hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có bệnh kèm ($p=0,002$). Tổng điểm thể chất và tinh thần ở thời điểm 6 tháng ở nam tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ ($p=0,021$). Tổng điểm triệu chứng và thể chất tinh thần tại các thời điểm 1, 6 và 12 tháng giữa nhóm có BMI nhỏ hơn 23 và nhóm có BMI từ 23 trở lên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.47. Các yếu tố phẫu thuật liên quan đến chất lượng cuộc sống

Các yếu tố PT		Tổng điểm triệu chứng				
		1 tháng		6 tháng		12 tháng
Biến chứng						
Có	1,6 ± 0,3	p=0,773	1,4 ± 0,3	p=0,724	1,4 ± 0,3	p=0,571
Không	1,7 ± 0,4		1,4 ± 0,3		1,3 ± 0,2	
Tái lập lưu thông						
Tận bên	1,7 ± 0,4	p=0,063	1,5 ± 0,3	p=0,044	1,4 ± 0,2	p=0,526
Bên bên	1,4 ± 0,3		1,3 ± 0,3		1,2 ± 1,2	
Giai đoạn pT						
Tis	1,7 ± 0,6		1,1 ± 0,1		1,3 ± 0,1	
T1	1,6 ± 0,4		1,3 ± 0,3		1,4 ± 0,1	
T2	1,7 ± 0,3	p=0,953	1,5 ± 0,3	p=0,712	1,3 ± 0,3	p=0,732
T3	1,7 ± 0,5		1,5 ± 0,4		1,4 ± 0,2	
T4a	1,6 ± 0,4		1,4 ± 0,3		1,3 ± 0,2	
Giai đoạn pN						
N0	1,7 ± 0,4		1,5 ± 0,3		1,4 ± 0,2	
N1	1,6 ± 0,3		1,4 ± 0,3		1,3 ± 0,2	
N2	1,3 ± 0,3	p=0,057	1,2 ± 0,1	p=0,132	1,3 ± 0,3	p=0,622
N3a	1,9 ± 0,3		1,6 ± 0,3		1,4 ± 0,2	
N3b	1,7 ± 0,4		1,4 ± 0,2		1,3 ± 0,2	
Giai đoạn bệnh sau mổ						
0-I	1,7 ± 0,3		1,4 ± 0,3		1,4 ± 0,2	
II	1,8 ± 0,4	p=0,314	1,6 ± 0,4	p=0,249	1,4 ± 0,2	p=0,502
III	1,6 ± 0,4		1,3 ± 0,2		1,3 ± 0,2	

Các yếu tố PT		Tổng điểm triệu chứng					
		1 tháng		6 tháng		12 tháng	
Điều trị bổ trợ							
Đủ liệu trình				1,5 ± 0,3		1,3 ± 0,2	
Không đủ liệu trình				1,3 ± 0,2		1,4 ± 0,3	
Không điều trị				1,4 ± 0,3		1,2 ± 0,1	
Theo dõi				1,5 ± 0,3		1,4 ± 0,2	
Thể chất và tinh thần							
		1 tháng		6 tháng		12 tháng	
Biến chứng							
Có	61,9 ± 5,7	p=0,267	57,0 ± 12,0	p=0,048	63,4 ± 12,5	p=0,557	
Không	67,4 ± 11,8		68,4 ± 13,3		71,0 ± 15,3		
Tái lập lưu thông							
Tận bên	65,7 ± 11,0	p=0,385	65,8 ± 12,8	p=0,484	67,1 ± 14,6	p=0,263	
Bên bên	69,9 ± 13,5		70,4 ± 17,4		80,9 ± 11,5		
Giai đoạn T							
Tis	69,7 ± 18,1		80,3 ± 7,5		72,5 ± 23,0		
T1	61,7 ± 10,9		77,0 ± 8,6		63,8 ± 16,7		
T2	67,9 ± 10,9	p=0,854	61,5 ± 13,4	p=0,093	65,7 ± 19,6	p=0,422	
T3	66,0 ± 14,0		69,8 ± 13,5		76,4 ± 11,7		
T4a	66,7 ± 9,8		62,9 ± 13,2		68,6 ± 10,4		
Giai đoạn N							
N0	65,5 ± 13,4		66,3 ± 15,6		65,4 ± 17,4		
N1	69,7 ± 10,9		65,4 ± 10,5		76,6 ± 7,3		
N2	69,5 ± 9,2	p=0,309	65,9 ± 12,1	p=0,963	75,5 ± 9,7	p=0,422	
N3a	58,5 ± 6,5		70,1 ± 8,8		70,1 ± 12,9		
N3b	71,1 ± 6,6		67,3 ± 19,6		70,3 ± 18,6		

Các yếu tố PT		Tổng điểm triệu chứng			
		1 tháng	6 tháng	12 tháng	
Giai đoạn bệnh sau mổ					
0-I	64,3 ± 11,8		66,0 ± 14,5		61,7 ± 18,3
II	68,0 ± 13,5	p=0,680	66,4 ± 15,8	p=0,933	73,5 ± 13,2 p=0,084
III	66,8 ± 9,8		67,1 ± 12,0		72,5 ± 12,1
Điều trị bổ trợ					
Đủ liệu trình			69,5 ± 14,0		73,2 ± 14,4
Không đủ liệu trình			62,9 ± 10,4		74,7 ± 9,8
Không điều trị			61,3 ± 12,9	p=0,510	65,6 ± 14,8 p=0,496
Theo dõi			68,2 ± 14,8		66,8 ± 16,9

Tại thời điểm 6 tháng, tổng điểm triệu chứng ở nhóm tái lập lưu thông tiêu hóa tận bên kém hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bên bên ($p=0,044$) và điểm thể chất tinh thần ở nhóm không biến chứng tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có biến chứng ($p=0,048$). Bên cạnh đó, tại thời điểm 1, 6 và 12 tháng, tổng điểm triệu chứng và thể chất tinh thần giữa các nhóm giai đoạn pT, các nhóm giai đoạn pN, các nhóm giai đoạn bệnh sau mổ và giữa các nhóm điều trị bổ trợ đều khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tại thời điểm 1 tháng, bệnh nhân chưa điều trị bổ trợ, nên chúng tôi không đánh giá các mối liên quan giữa điều trị bổ trợ và CLCS.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được thu thập vào năm 2019, chiếm 40%. Số bệnh nhân năm 2020 và 2021 thấp hơn đáng kể, chỉ lần lượt là 28,9% và 26,7%, trong khi chúng tôi chỉ lấy bệnh nhân đến tháng 2/2022. Sự chênh lệch này có thể được giải thích do giãn cách xã hội trong bối cảnh dịch Covid-19 bùng phát dữ dội, ảnh hưởng lớn đến việc bệnh nhân đến khám và tái khám trực tiếp cũng khó khăn hơn.

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH NHÂN

4.1.1. Tuổi

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $56,9 \pm 12,5$ tuổi, trong đó tuổi lớn nhất là 82 tuổi, nhỏ nhất là 27 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 50 đến 69 tuổi, chiếm 57,8%. Kết quả nghiên cứu này tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Nghiên cứu năm 2018 của Võ Duy Long ở 112 bệnh nhân PTNS cắt dạ dày do ung thư, tuổi trung bình là 55,3 [11]. Theo một nghiên cứu trên 70 bệnh nhân PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, Đinh Văn Chiến báo cáo tuổi trung bình là $62,5 \pm 11,6$ tuổi [1]. Nghiên cứu KCLASS-03 năm 2019 của Hàn Quốc trên 170 bệnh nhân PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, tuổi trung bình là $59,2 \pm 10,2$ [61]. Nghiên cứu CLASS-04, tuổi trung bình là 60,1 [172].

Dữ liệu từ Nghiên cứu gánh nặng bệnh tật toàn cầu (GBD) năm 2017 cho thấy tỷ lệ mắc và tử vong theo tuổi do UTDD lần lượt giảm 28% và 48,7% so với những năm 1990 và xu hướng giảm này rõ rệt nhất ở các nước phát triển ở châu Á như Nhật Bản và Hàn Quốc [40]. Tỷ lệ sống thêm cho UTDD tốt hơn nếu bệnh được phát hiện sớm hơn và sàng lọc được xem là phương pháp giúp làm giảm tỷ lệ tử vong do UTDD. Ở Nhật Bản, nội soi

hoặc chụp dạ dày cản quang là phương pháp sàng lọc cho người từ 50 tuổi trở lên. Trong khi đó, ở Hàn Quốc, nội soi hoặc chụp dạ dày cản quang được khuyến cáo mỗi 2 năm cho người từ 40 tuổi trở lên [78]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân có tuổi từ 50 trở lên. Do khó khăn trong thực hiện các chương trình sàng lọc ở Việt Nam, việc khuyến khích người trên 50 tuổi nội soi kiểm tra định kỳ, đặc biệt với người có nguy cơ cao, là cần thiết.

4.1.2. Giới

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ bằng nhau (1,04/1), khác biệt với xu hướng nam chiếm ưu thế so với nữ trong phần lớn các nghiên cứu. Theo Võ Duy Long, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 7/4 [11]. Theo Đinh Văn Chiến, nam chiếm 71,4% và nữ chiếm 28,6% [1]. Nghiên cứu của Sakamoto năm 2020 trên 12.229 bệnh nhân PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, tỷ lệ nam chiếm 73,6% [125]. Theo nghiên cứu CLASS-04, nam chiếm 80,1% [172]. Nghiên cứu LOGICA của Hà Lan năm 2021 trên 115 bệnh nhân PTNS cắt dạ dày do ung thư, tỷ lệ nam chỉ chiếm 59,1% [151].

Một nghiên cứu trên 96,501 bệnh nhân UTDD từ dữ liệu SEER của Viện ung thư quốc gia Mỹ cho thấy tỷ lệ nữ chỉ chiếm 36,2%. Các yếu tố nội sinh như hormone sinh dục được cho là đóng vai trò then chốt trong việc mang lại sự bảo vệ cho nữ và tăng nguy cơ UTDD ở nam. Các nghiên cứu cho thấy thụ thể androgen (hormone sinh dục nam) không chỉ tiếp nhận hoạt động của androgen mà còn tương tác với các phân tử khác để sản sinh các protein gây ung thư, bao gồm điều chỉnh sự tăng sinh tế bào và phát triển u [158]. Bên cạnh đó, thụ thể androgen của liên quan chặt chẽ đến tiên lượng ở bệnh nhân UTDD. Nam thường phát hiện UTDD ở giai đoạn tiến triển hơn, u lớn hơn và mức độ ác tính cao hơn nữ. Thời gian sống thêm chung và thời gian sống thêm đặc hiệu ung thư cũng tốt hơn đáng kể ở nữ [94].

4.1.3. Chỉ số khối cơ thể

Chỉ số khối cơ thể trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $21,0 \pm 2,6 \text{ kg/m}^2$. Đa số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể ở mức trung bình (18,5-22,9), chiếm 62,2%. Có 11 bệnh nhân thừa cân, chiếm 24,4%, trong đó có 3 bệnh nhân béo phì ($\text{BMI} \geq 25$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả khác. Theo Võ Duy Long, BMI trung bình là $23,3 \pm 2,6$ [11]. Theo KLASS-03, BMI trung bình là $24,0 \pm 2,9$ [61]. Theo nghiên cứu CLASS-02, BMI trung bình là $23,87 \pm 3,07$ [97]. Theo CLASS-04, BMI trung bình là $22,4 \pm 2,8$ [172].

Một nghiên cứu của Jang năm 2022 đánh giá sự liên quan giữa BMI và UTDD trên 8997 bệnh nhân ở Đông và Nam Á. Tác giả nhận thấy bệnh nhân béo phì hoặc thiếu cân có nguy cơ mắc UTDD tăng. Bên cạnh đó, ung thư không phải tâm vị, loại ruột và khởi phát muộn cũng có xu hướng tăng ở nhóm này [63]. Về mối liên quan giữa BMI và kết quả phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm $\text{BMI} \geq 23$ và $\text{BMI} < 23$ ($p=0,100$). Nghiên cứu của Feng năm 2018 ở 1210 bệnh nhân UTDD cho thấy, BMI cao liên quan tới việc tăng lượng máu mất, thời gian phẫu thuật dài hơn và giảm số lượng hạch vét được. BMI thấp liên quan đến giảm tỷ lệ sốt sau mổ và giảm thời gian sống thêm [45]. Nghiên cứu của Shimada năm 2018 hồi cứu 243 bệnh nhân PTNS cắt dạ dày được chia thành nhóm béo phì ($\text{BMI} \geq 25$) và nhóm không béo phì ($\text{BMI} < 25$). Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất nhiều hơn đáng kể ở nhóm béo phì. Trong khi đó, biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện tương đương giữa 2 nhóm. Thời gian sống thêm bệnh đặc hiệu 5 năm thấp hơn đáng kể ở nhóm béo phì [132]. Nhìn chung, PTNS cắt toàn bộ dạ dày an toàn và khả thi, kể cả với bệnh nhân béo phì. Bên cạnh đó, cần tiếp cận cẩn thận, phẫu tích tỉ mỉ, bộc lộ rõ các cấu trúc giải phẫu để tránh các biến chứng với bệnh nhân béo phì.

4.1.4. Phân loại ASA và các bệnh lý nội khoa

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa kèm theo, chiếm 53,3%. Trong đó, bệnh tim mạch chiếm đa số với 17,8%, tỷ lệ bệnh nhân có từ 2 bệnh nội khoa trở lên là 11,1%. Các bệnh lý nội khoa trong nghiên cứu này phần lớn là nhẹ. Tất cả đều được hội chẩn với bác sỹ chuyên khoa và được điều trị ổn định trước khi tiến hành phẫu thuật. Sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng giữa có và không có bệnh kèm trong nghiên cứu này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,835$). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác. Theo Võ Duy Long, tỷ lệ bệnh nhân có bệnh kèm là 31,2% và không liên quan đến biến chứng sau mổ [11]. Nghiên cứu của Suematsu năm 2020 về PTNS cắt toàn bộ dạ dày ở bệnh nhân lớn tuổi cho thấy không có sự khác biệt về biến chứng giữa nhóm có bệnh kèm và không có. Tuy nhiên, tỷ lệ dò miệng nối và tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn ở nhóm có bệnh kèm [135]. Các bệnh lý kèm theo, nếu được kiểm soát tốt, hầu như không ảnh hưởng đến kết quả sau mổ.

Theo thang điểm ASA, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có ASA 2, chiếm 57,8%. Có 4 bệnh nhân ASA 3, chiếm 8,9%. Theo Võ Duy Long, ASA 2 cũng chiếm đa số, 72,3% [11]. Nghiên cứu KLASS-03, ASA 1 và 2 tương đương và chiếm đa số, lần lượt là 45% và 50,6% [61]. Thêm vào đó, tỷ lệ biến chứng giữa các nhóm ASA trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,457$). Nghiên cứu của Sheng năm 2018 trên 168 bệnh nhân PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư cho thấy tỷ lệ biến chứng cao hơn đáng kể ở nhóm lớn tuổi do tỷ lệ viêm phổi cao hơn, trong khi tỷ lệ các biến chứng khác là tương đương. Thời gian sống thêm 5 năm tương đương giữa nhóm ASA 1-2 và 3, lần lượt là 65% và 52% [131].

4.1.5. Triệu chứng lâm sàng

UTDD ở giai đoạn sớm thường không có triệu chứng hoặc triệu chứng lâm sàng rất mơ hồ và không đặc hiệu nên bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn và không thể cắt bỏ được. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân vào viện đều có triệu chứng đau bụng, chiếm 91,1%. Các triệu chứng hay gặp tiếp theo là xuất huyết tiêu hóa (28,9%) và sụt cân (13,3%). Chúng tôi có 1 trường hợp (2,2%) không có triệu chứng lâm sàng và phát hiện UTDD tình cờ qua khám sức khỏe.

Kết quả của chúng tôi tương tự với các tác giả khác. Theo Võ Duy Long, đau bụng gặp nhiều nhất với 87,5% [11]. Theo Nguyễn Thanh Hùng, đau bụng vùng thượng vị chiếm 91,7%, tiếp theo là sụt cân chiếm 27,8% [9]. Theo nghiên cứu của Osinowo năm 2023, đau thượng vị chiếm 89%, tiếp đến là sụt cân 69,2% [110].

Nhiều nghiên cứu cho thấy khó tiêu, nếu có, thường là triệu chứng hiện diện trong giai đoạn sớm của UTDD. Tuy nhiên, triệu chứng khó tiêu rất phổ biến trong cộng đồng và không gợi ý bệnh lý ác tính. Nguy cơ bệnh lý ác tính dạ dày thực quản thấp hơn 1% ở bệnh nhân với các triệu chứng khó tiêu [111]. Tuy nhiên, bệnh nhân với các triệu chứng khó tiêu, đặc biệt khi tái diễn, nên được khuyến cáo kiểm tra nội soi đường tiêu hóa trên với khả năng phát hiện UTDD ngẫu nhiên.

4.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY

4.2.1. Đặc điểm thương tổn trong và sau mổ

4.2.1.1. Vị trí thương tổn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương được xác định trong và sau mổ phần lớn ở phần giữa, chiếm tỷ lệ 46,7%, tiếp đến là 2/3 dưới với 33,3%. Kết quả này khá tương đồng với kết quả nội soi dạ dày trước mổ. Ngoài ra, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Hùng

với 38,9% là ung thư vùng thân vị, là vị trí thường gặp nhất [9]. Theo Đinh Văn Chiến, tỷ lệ u ở phần giữa là 82,9% [1].

Nhiều nghiên cứu gần đây tìm mối liên quan giữa vị trí u với tỷ lệ di căn hạch và tiên lượng của bệnh nhân UTDD. Nghiên cứu của Takashima năm 2022 ở 1304 bệnh nhân UTDD cho thấy bệnh nhân với u ở phần dưới và thành trước dạ dày có tiên lượng tốt hơn và tỷ lệ di căn hạch thấp hơn đáng kể so với các vị trí khác [141].

Về chỉ định phẫu thuật liên quan đến vị trí thương tổn, trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp u nằm ở phần trên có giai đoạn lần lượt là T3N0 và T2N0, đều không đáp ứng chỉ định cắt bán phần trên dạ dày (u cT1N0) theo hướng dẫn điều trị UTDD Nhật Bản [64]. Vì thế, chỉ định cắt toàn bộ dạ dày ở 2 trường hợp này là hợp lý.

4.2.1.2. Kích thước thương tổn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước thương tổn được đo trên bệnh phẩm sau mổ trung bình là $4,2 \pm 2,5\text{cm}$, lớn nhất là 10cm và nhỏ nhất là 0,5cm. Phần lớn bệnh nhân có tổn thương kích thước từ 3-5cm, chiếm 35,6%. Kết quả này tương đương với một số các nghiên cứu khác. Theo Đinh Văn Chiến, kích thước thương tổn trung bình là $4,74 \pm 1,56\text{cm}$, u từ 3-5cm chiếm 68,6% [1]. Theo Võ Duy Long, kích thước u là $4,7 \pm 3,0\text{cm}$ [11]. Theo CLASS-04, kích thước u là $4,3 \pm 2,1\text{cm}$, u giai đoạn III và lớn hơn 6cm có liên quan đáng kể đến di căn hạch nhóm 10 [172].

Gần đây, có nhiều nghiên cứu tập trung vào giá trị tiên lượng của kích thước u trong UTDD. Trong khi giá trị này vẫn chưa rõ ràng, vài nghiên cứu xác nhận kích thước u là yếu tố tiên lượng không thể bỏ qua trong UTDD và có thể cải thiện sự chính xác trong tiên đoán thời gian sống thêm. Một nghiên cứu của Xiao năm 2023 trên 13.585 bệnh nhân từ dữ liệu SEER cho thấy giai đoạn T càng tăng, tác động của kích thước u lên thời gian sống thêm chung và

thời gian sống thêm đặc hiệu ung thư càng giảm. Thêm vào đó, với u T1, kích thước u là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất cho thời gian sống thêm [162].

4.2.1.3. Phân loại đại thể

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân loại đại thể loại II (thể loét) và loại III (thể loét thâm nhiễm) thường gặp nhất, chiếm lần lượt 33,3% và 26,7%. Theo Võ Duy Long, thể loét cũng chiếm đa số (74,1%) [11]. Đa số các nghiên cứu đều cho thấy thể loét là thể thường gặp nhất trong UTDD.

Nghiên cứu của Song năm 2020 trên 2092 bệnh nhân UTDD tiến triển cho thấy phân loại đại thể loại I-II có thời gian sống thêm 5 năm dài hơn đáng kể so với loại III và loại IV với UTDD giai đoạn III, IV, 57,2% so với 48,5% và 28,9% [134]. Một nghiên cứu khác của Hirata năm 2022 về mối liên quan giữa loại đại thể và tỷ lệ đáp ứng với điều trị tân bổ trợ. Kết quả cho thấy bệnh nhân UTDD tiến triển có đại thể loại III-IV có khả năng đáp ứng điều trị tân bổ trợ kém hơn loại I-II [52].

4.2.1.4. Giai đoạn bệnh sau mổ

Về độ sâu xâm lấn, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giai đoạn T2, T3 và T4a chiếm tỷ lệ cao nhất, cùng 28,9%, tiếp đến là T1 chiếm 8,9%. Có 2 trường hợp ung thư tại chỗ Tis, chiếm 4,4%. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu trong nước và phương Tây, thấp hơn các nghiên cứu ở Nhật Bản và Hàn Quốc. Theo Võ Duy Long, u T4a chiếm đa số với 65,2% [11]. Theo Phạm Văn Nam, u T3 chiếm đa số với 58,22% [12]. Nghiên cứu LOGICA của Hà Lan, u T3 chiếm đa số với 53% [151]. Theo nghiên cứu đa trung tâm của Feng năm 2021 trên 322 bệnh nhân PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, giai đoạn T4a chiếm đa số với 53,8%, tiếp đến là T3 (36,4%) [46]. Khi phân tích tỷ lệ biến chứng giữa giai đoạn T4a và dưới T4a, chúng tôi tìm thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,146$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp u ở giai đoạn Tis. Trường hợp đầu tiên là bệnh nhân nam 54 tuổi được phẫu thuật vào tháng 9/2019. Kết quả CLVT của bệnh nhân này trước mổ cho thấy u phá vỡ cấu trúc lớp thanh mạc (T4) và có kích thước 1,5x6,1cm ở góc bờ cong nhỏ dạ dày. Trong mổ, chúng tôi đánh giá việc cắt bán phần dưới dạ dày không đạt được bờ cắt an toàn. Do đó, việc chỉ định cắt toàn bộ dạ dày trong trường hợp này là hợp lý. Trường hợp thứ 2 là bệnh nhân nam 64 tuổi được phẫu thuật vào tháng 11/2019. Bệnh nhân này có tiền sử phẫu tích dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) do loạn sản nặng ở thân vị cách ngày nhập viện 3 tháng. Kết quả nội soi lúc nhập viện cho thấy ngoài tổn thương tại vị trí ESD cũ cho kết quả sinh thiết là ung thư tuyến, một tổn thương khác cũng ở thân vị được phát hiện mới có kích thước 1,5x2cm nghi ngờ ác tính. Tại thời điểm đó, chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm về ESD, đặc biệt là ESD lặp lại sau tái phát. Do đó, để đạt được bờ cắt an toàn, chúng tôi thực hiện PTNS cắt toàn bộ dạ dày ở bệnh nhân này.

Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp u ở giai đoạn T1. Cả 4 trường hợp này đều có kết quả CLVT trước mổ là không rõ hoặc mất cấu trúc lớp, tương ứng với u ở giai đoạn T4a. Do đó, các trường hợp này chúng tôi cũng chỉ định PTNS cắt toàn bộ dạ dày.

Về tình trạng di căn hạch, trong nghiên cứu của chúng tôi, có 51,1% bệnh nhân có di căn hạch. Trong đó, tỷ lệ gần tương đương giữa các nhóm di căn hạch. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Võ Duy Long với tỷ lệ di căn hạch là 44,6% [11], thấp hơn nghiên cứu của Phạm Văn Nam (72,97%) [12] và Feng (77,8%) [46]. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu LOGICA, cN1-3 chiếm 43,5% [151]. Khi phân tích mối liên quan, chúng tôi nhận thấy thời gian sống thêm ở nhóm không có di căn hạch dài hơn so với nhóm có di căn hạch. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,173$).

Theo nghiên cứu này, giai đoạn IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất với 24,4%, tiếp đến là giai đoạn IIA chiếm 17,8%. Theo Phạm Văn Nam, giai đoạn IIIA chiếm đa số với 40,54% [12]. Theo nghiên cứu KLASS-02, giai đoạn III chiếm đa số với 33,7% [133]. Theo CLASS-04, giai đoạn III cũng chiếm đa số với 52,4% [172]. Theo nghiên cứu của Feng, giai đoạn IIIB chiếm đa số với 23,6% [46]. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu này.

4.2.1.5. Độ biệt hóa tế bào

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ biệt hoá kém chiếm đa số với 37,8%, tiếp đến là biệt hoá tốt 20%, biệt hoá vừa và tế bào nhẵn cùng chiếm 17,8%. Kết quả này tương đương các nghiên cứu khác. Theo Võ Duy Long, biệt hoá kém chiếm đa số (44,6%), tế bào nhẵn chiếm 15,2% [11]. Nghiên cứu CLASS-01 của Trung Quốc năm 2019 trên 1039 bệnh nhân UTDD, ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 17,13% [166]. Theo nghiên cứu CLASS-02, độ biệt hoá vừa chiếm đa số (37,14%), không biệt hoá chiếm 4,76% [97].

Nghiên cứu của Zhao năm 2021 trên 1891 bệnh nhân UTDD được cắt dạ dày triệt căn đánh giá các đặc điểm lâm sàng và thời gian sống thêm giữa ung thư biểu mô tế bào nhẵn và các loại mô bệnh học khác. Kết quả cho thấy với UTDD tiến triển, loại tế bào nhẵn có thời gian sống thêm không bệnh kém hơn đáng kể so với loại biệt hoá (37,7% so với 52,2%, $p < 0,001$) và tương đương với loại không biệt hoá (37,7% so với 41,0%, $p > 0,05$). Với UTDD sớm, thời gian sống thêm của loại tế bào nhẵn tương đương với các loại mô học khác [169].

4.2.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.2.1. Tái lập lưu thông tiêu hóa

Phương pháp Roux-en-Y là phương pháp thường gặp nhất để tái lập lưu thông giữa thực quản và ruột non sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày. Đây là kỹ thuật khó, đòi hỏi dụng cụ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nhiều phương

pháp thực hiện miệng nối này bằng PTNS được phát triển và có thể chia thành 2 nhóm: miệng nối tận tận hoặc tận bên sử dụng stapler tròn và miệng nối bên bên sử dụng stapler thẳng [16]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện miệng nối thực quản hồng tràng tận bên với đường mở nhỏ trong 82,2% trường hợp và sử dụng các stapler để thực hiện miệng nối trong 82,2% trường hợp. Việc lựa chọn phương pháp và phương tiện thực hiện miệng nối hoàn toàn phụ thuộc vào sự ưa thích và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Mặc dù phương pháp và phương tiện tái lập lưu thông tiêu hóa không ảnh hưởng đến lượng máu mất liên quan phẫu thuật, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện và biến chứng sau mổ, thời gian mổ ở nhóm sử dụng stapler ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm khâu tay ($p=0,023$).

So với miệng nối tận tận hoặc tận bên, miệng nối bên bên có thể thực hiện trong một trung thất hẹp vì đầu dụng cụ mỏng hơn và có thể đạt được kích thước miệng nối phù hợp bất kể đường kính thực quản. Thêm vào đó, stapler thẳng có thể xoay được cho phép giảm căng hồng tràng bằng cách thay đổi vị trí và hướng miệng nối để cải thiện chất lượng miệng nối [116]. Một nghiên cứu của Huang năm 2023 so sánh 80 bệnh nhân nối thực quản hồng tràng tận bên và 80 bệnh nhân nối bên bên sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày cho thấy miệng nối bên bên tốt hơn về biến chứng miệng nối như hẹp miệng nối, viêm phổi và thời gian nằm viện. Tuy nhiên, thời gian thực hiện miệng nối bên bên dài hơn và chi phí nằm viện cũng cao hơn so với miệng nối tận bên [59].

4.2.2.2. Thời gian phẫu thuật

Các nghiên cứu hiện nay đều cho thấy mặc dù PTNS cắt dạ dày có nhiều ưu điểm so với mổ mở như lượng máu mất ít, phục hồi nhanh hơn, giảm đau sau mổ, thời gian phẫu thuật trong PTNS dài hơn đáng kể so với phẫu thuật mở do sự phức tạp trong vét hạch và thực hiện miệng nối. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là $218,8 \pm 69,3$ phút, trung vị là 210 phút, ngắn nhất là 105 phút, dài nhất là 510 phút. Khi phân tích các yếu tố liên quan, mặc dù không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa giai đoạn T4a và dưới T4a, giữa các giai đoạn bệnh, vị trí, kích thước u và phương pháp tái lập lưu thông, thời gian phẫu thuật dài hơn đáng kể ở nhóm nội thực quản hồng tràng bằng tay so với bằng stapler ($p=0,023$). Các yếu tố được cho là ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật là kinh nghiệm, đường cong huấn luyện và sự phối hợp giữa các phẫu thuật viên.

Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Võ Duy Long, thời gian PTNS cắt toàn bộ dạ dày là $226 \pm 25,3$ phút. Tác giả cũng không tìm thấy sự liên quan giữa thời gian phẫu thuật và giai đoạn T [11]. Theo Đinh Văn Chiến, thời gian phẫu thuật là 202,2 phút [1]. Nghiên cứu STOMACH năm 2021 đánh giá kết quả PTNS cắt toàn bộ dạ dày ở 47 bệnh nhân UTDD sau hoá trị tân bổ trợ ở 13 bệnh viện ở châu Âu cho thấy thời gian phẫu thuật là 244 phút [152]. Theo KLASS-03, thời gian phẫu thuật là 226,7 phút [61]. Theo nghiên cứu của Feng, thời gian phẫu thuật là 262 phút [46].

4.2.2.3. Lượng máu mất liên quan phẫu thuật

Đánh giá lượng máu mất là công cụ quan trọng trong việc đưa ra quyết định lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật. Mặc dù được nghiên cứu và sử dụng rộng rãi, không có tiêu chuẩn vàng để đánh giá lượng máu mất sau mổ. Nghiên cứu của Jaramillo năm 2019 cho thấy trong các công thức tính lượng máu mất hiện nay, công thức của Lopez-Picado đạt được sự chính xác nhất với lượng máu mất được đo trực tiếp so với các công thức khác [66].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi sử dụng công thức của Lopez-Picado, lượng máu mất liên quan phẫu thuật trung bình là $431,6 \pm 426,5$ ml, trung vị là 308,9ml, cao nhất là 1991,2 ml, thấp nhất là 0 ml. Đa số máu mất

trong mô chủ yếu đến từ quá trình vết hạch do làm tổn thương các mạch máu tăng sinh, nhất là ở những bệnh nhân béo phì. Phẫu tích cẩn thận, bộc lộ rõ các mốc giải phẫu, sử dụng các loại dao năng lượng cao là các yếu tố giúp làm giảm lượng máu mất trong mô.

Khi phân tích các yếu tố liên quan, lượng máu mất giữa các nhóm giai đoạn bệnh sau mổ, BMI, kích thước u, phương pháp và phương tiện tái lập lưu thông tiêu hoá đều cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả của chúng tôi cao hơn nhiều so với một số các tác giả khác. Theo Võ Duy Long, lượng máu mất sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày là $42,7 \pm 21,3\text{ml}$ [11]. Theo Đinh Văn Chiến, lượng máu mất là $32,3\text{ml}$ [1]. Theo nghiên cứu STOMACH, lượng máu mất là 171ml [152]. Theo nghiên cứu của Feng, lượng máu mất là 120ml [46]. Theo KLASS-03, lượng máu mất là $135,5\text{ml}$ [61]. Tuy nhiên, các nghiên cứu này đều tính lượng máu mất bằng cách ước lượng từ bình hút và gạc phẫu thuật. Hồi cứu hệ thống và đa phân tích của Tran năm 2021 cho thấy ước tính lượng máu mất ước tính bằng quan sát có xu hướng đánh giá thấp lượng máu mất thực sự và thường cho kết quả với độ chính xác thấp. Bên cạnh đó, trong khi gần như không thể đánh giá chính xác hoàn toàn lượng máu mất, ưu điểm của ước tính lượng máu mất bằng công thức là hạn chế tối thiểu sự phụ thuộc vào độ tin cậy giữa nhiều người đánh giá [144]. Các nghiên cứu trong tương lai nên sử dụng các công thức ước lượng lượng máu mất để loại bỏ tính chủ quan và thuận lợi trong việc so sánh giữa các nghiên cứu.

4.2.2.4. Số lượng hạch lympho vét được và số hạch di căn

Do hạch bạch huyết là đường di căn thường gặp nhất và là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất trong UTDD, phẫu thuật cắt dạ dày và vét hạch là phần cốt lõi trong chiến lược điều trị toàn diện cho UTDD. Theo hướng dẫn của Mạng lưới kiểm soát ung thư quốc gia Mỹ và Hội Ung thư dạ dày của Nhật

Bản, vết hạch D1/D1+ cho UTDD sớm và D2 cho UTDD tiến triển với mục tiêu vết ít nhất 16 hạch để đánh giá chính xác giai đoạn N [19], [64].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số hạch trung bình được vét là $17,1 \pm 9,3$ hạch, nhiều nhất là 47 hạch, ít nhất là 1 hạch. Số hạch di căn trung bình là $3,9 \pm 6,6$ hạch, nhiều nhất là 30 hạch. Tỷ số di căn hạch trung bình là $0,2 \pm 0,3$. Kết quả này ít hơn so với các nghiên cứu trong nước và ngoài nước một phần do nhiều phẫu thuật viên tham gia trong nghiên cứu với kinh nghiệm PTNS vét hạch khác nhau, bệnh phẩm được phân tích và đọc kết quả bởi nhiều nhà giải phẫu bệnh khác nhau. Theo Phạm Văn Nam, số hạch vét được là 26,33 hạch, số hạch di căn là 2,33 [12]. Theo Đỗ Trường Sơn, tỷ số di căn hạch là 0,19 [14]. Theo Đinh Văn Chiến, số hạch vét được 23,2 hạch, số hạch di căn là 2,8 hạch [1]. Theo nghiên cứu STOMACH, số hạch vét được là 41,7 hạch, số hạch di căn là 6,5 [152]. Theo nghiên cứu CLASS-04, số hạch di căn/ số hạch vét được là 4,9/42,7 [172]. Theo nghiên cứu của Aoyama năm 2022 trên 86 bệnh nhân UTDD, thời gian sống thêm 3 và 5 năm ở nhóm có tỷ số di căn hạch $\geq 0,23$ thấp hơn đáng kể so với nhóm có tỷ số di căn hạch $< 0,23$ [22]. Nghiên cứu của Kano năm 2020 ở 883 bệnh nhân UTDD giai đoạn II-III đánh giá mối liên quan giữa tỷ số hạch di căn và thời gian sống thêm. Kết quả cho thấy tỷ số hạch di căn trên 0,25 là yếu tố tiên lượng xấu cho thời gian sống thêm chung và thời gian sống thêm không tái phát [72].

Nhìn chung, các nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát số lượng lớn như JCOG1401, JCOG0912, COACT 1001 và gần đây nhất là JLSSG0901 đều cho thấy số lượng hạch vét được trong PTNS cắt toàn bộ hoặc bán phần dưới dạ dày không thua kém so với mổ mở, cả với UTDD sớm và tiến triển [42], [75], [74], [118].

Khi phân tích các yếu tố liên quan, chúng tôi nhận thấy số lượng hạch vét được không có sự khác biệt đáng kể giữa các giai đoạn T, kích thước

thương tổn và giữa các nhóm BMI. Tỷ lệ di căn hạch giai đoạn dưới T4a (13/32) thấp hơn đáng kể so với giai đoạn T4a (10/13) ($p=0,027$). Tương tự, số lượng hạch di căn ở giai đoạn T4a (6,7) lớn hơn đáng kể so với giai đoạn dưới T4a (2,8) ($p=0,028$). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác. Theo Võ Duy Long, tỷ lệ di căn hạch và số hạch di căn giai đoạn T4a lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn dưới T4a [11].

4.2.3. Kết quả sau phẫu thuật

4.2.3.1. Thời gian trung tiện sau mổ

Khôi phục chức năng dạ dày ruột sớm sau phẫu thuật có thể giúp cơ thể bổ sung đầy đủ dinh dưỡng càng sớm càng tốt, cải thiện tỷ lệ hồi phục, giảm chi phí kinh tế và rút ngắn thời gian nằm viện. Kéo dài thời gian khôi phục này sẽ làm tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ như dính ruột, dò miệng nối và nhiễm trùng vết mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $4,2 \pm 1,4$ ngày, sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 7 ngày. Thời gian trung tiện không liên quan đến phương pháp và phương tiện tái lập lưu thông tiêu hoá.

Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác. Theo Đinh Văn Chiến, thời gian trung tiện 48,6 giờ [1]. Nghiên cứu CLASS-02 cho thấy thời gian trung tiện trung bình là 74,2 giờ, tương đương với nhóm mổ mở [97]. Nghiên cứu của Carlo năm 2022 trên 39 bệnh nhân PTNS cắt toàn bộ dạ dày do UTDD tiến triển, thời gian trung tiện trung bình 2,7 ngày, ngắn hơn đáng kể so với phẫu thuật mở [33]. Theo KCLASS-03, thời gian trung tiện là 3,5 ngày [61]. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu chứng minh việc áp dụng phác đồ nâng cao phục hồi sau mổ (ERAS) không chỉ giúp bệnh nhân lấy lại chức năng dạ dày ruột nhanh chóng mà còn cải thiện khả năng phục hồi và CLCS của bệnh nhân [155]. Một nghiên cứu của Cao năm 2021 trên 171 bệnh nhân trên 65 tuổi PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư được chỉ định ngẫu nhiên áp

dụng phác đồ ERAS hoặc truyền thống. Kết quả cho thấy phác đồ ERAS giúp làm giảm thời gian phục hồi chức năng ruột sau mổ, thời gian đại tiện và thời gian cho ăn bằng miệng [32]. Tại Việt Nam, mặc dù gặp nhiều khó khăn, việc áp dụng phác đồ ERAS trong phẫu thuật ung thư đường tiêu hoá bước đầu mang lại các kết quả khả quan. Cần nhiều các nghiên cứu hơn nữa để chứng minh tính khả thi và hiệu quả của phác đồ này khi áp dụng ở các trung tâm lớn tại Việt Nam.

4.2.3.2. Thời gian nằm viện

Phần lớn các nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát (KLASS-01, KLASS-02, CLASS-01, CLASS-02, CLASS-04, LOGICA) đều cho thấy ưu điểm về thời gian nằm viện của PTNS cắt dạ dày so với phẫu thuật mở [80], [97], [133], [151], [166], [171]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là $11,6 \pm 3,7$ ngày, ngắn nhất là 8 ngày, dài nhất là 24 ngày. Trong 5 trường hợp nằm viện trên 15 ngày, đa số bệnh nhân có biến chứng sau mổ phải phẫu thuật lại hoặc chăm sóc tại bệnh viện. Kết quả này khác nhau giữa các nghiên cứu. Theo Võ Duy Long là $7,7 \pm 1,6$ ngày [11]. Theo Đinh Văn Chiến, thời gian nằm viện 7,3 ngày [1]. Theo nghiên cứu CLASS-02, thời gian nằm viện là 10,9 ngày [97]. Theo Sakamoto, thời gian nằm viện trung bình là 14 ngày [125]. Theo Feng, thời gian nằm viện là 11 ngày [46]. Theo KLASS-03, thời gian nằm viện là 9,7 ngày [61]. Theo Carlo, thời gian nằm viện là 6,5 ngày [33].

Theo nghiên cứu này, thời gian nằm viện của bệnh nhân giai đoạn T4a ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn dưới T4a ($p=0,038$). Bên cạnh đó, thời gian nằm viện cũng khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thực hiện miệng nối tận bên và bên bên và các nhóm BMI. Thực tế, thời gian nằm viện có thể phụ thuộc vào nhiều yếu tố như văn hóa, thói quen, chế độ chăm sóc sau mổ tại mỗi cơ sở y tế. Nghiên cứu của Amari năm 2021 đánh

giá các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nằm viện ở bệnh nhân UTDD. Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật, số ngày bệnh nhân có thể tự đi bộ và thể tích sống so với trước mổ là các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian nằm viện [20].

4.2.3.3. Biến chứng sau mổ

Tỷ lệ biến chứng sau cắt dạ dày dạ dày được báo cáo với tỷ lệ rất khác nhau trong các nghiên cứu. Từ các nghiên cứu ngẫu nhiên có kiểm soát những năm 1990 đến các nghiên cứu đa trung tâm ở Mỹ, tỷ lệ biến chứng được báo cáo từ 21 đến 46%. Trong các nghiên cứu gần đây, tỷ lệ biến chứng khoảng 15%. Ở Việt Nam, tỷ lệ biến chứng sau cắt dạ dày do ung thư trong các nghiên cứu gần đây khoảng từ 11,6% đến 20,5% [3-6], [11], [12], [16]. Sự khác nhau về biến chứng sau cắt dạ dày được báo cáo là do biến chứng được định nghĩa theo những cách khác nhau trong các nghiên cứu. Sự khác nhau này giữa các quốc gia và trung tâm làm cho việc tạo sự liên kết giữa biến chứng và kết quả gần như là không thể. Năm 2019, nhóm đồng thuận biến chứng UTDD bao gồm 34 chuyên gia UTDD châu Âu đều là thành viên của Hội UTDD quốc tế đã lập một danh sách bao gồm 27 biến chứng sau cắt dạ dày do ung thư (3 biến chứng trong mổ, 14 biến chứng chung sau mổ và 10 biến chứng liên quan đến phẫu thuật sau mổ) và định nghĩa cụ thể cho mỗi biến chứng. Danh sách này đã nhận được sự phê duyệt của Hội UTDD quốc tế tại Hội nghị UTDD quốc tế lần thứ 12 tổ chức tại Bắc Kinh (tháng 4/2017) và tiếp tục mở rộng để trở thành một đồng thuận quốc tế [25].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số biến chứng gặp phải là 10 trường hợp xảy ra ở 8 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 22,2%. Trong đó, dò miệng nối là biến chứng thường gặp nhất, có 3 trường hợp chiếm 6,7%. Theo phân loại Clavien-Dindo, có 4 trường hợp biến chứng mức độ III, chiếm 8,9%. Chúng tôi có 2 bệnh nhân có 2 biến chứng sau mổ, 1 bệnh nhân dò miệng nối và

chảy máu sau mổ, 1 bệnh nhân dò miệng nối và tràn dịch màng phổi đều cần phẫu thuật lại. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương các nghiên cứu khác.

Bảng 4.1. So sánh tỷ lệ biến chứng trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	N	Tỷ lệ biến chứng (%)	Tỷ lệ biến chứng mức độ III trở lên
Phạm Như Hiệp [6]	64	15	
Võ Duy Long [11]	112	11,6	
Phạm Văn Nam [12]	74	2,7	
Đinh Văn Chiến [1]	70	4,2	
KLASS-03 [61]	160	20,6	9,4
CLASS-02 [97]	105	19,1	7,7
CLASS-04 [172]	246	15,8	3,7
STOMACH [152]	47	34	17,1
Sakamoto [125]	12.229	17,3	
Feng [46]	225	9,3	3,6
Chúng tôi	45	22,2	8,9

Tại Việt Nam, có ít các nghiên cứu riêng về PTNS cắt toàn bộ dạ dày nên ngoại trừ nghiên cứu của Đinh Văn Chiến, các nghiên cứu ở trên chỉ có hoặc bao gồm cả PTNS cắt bán phần dưới dạ dày. Do đó, tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ biến chứng sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với cắt bán phần dạ dày [11].

Khi phân tích các yếu tố liên quan, chúng tôi nhận thấy tuổi, BMI, bệnh kèm, ASA, giai đoạn pT, giai đoạn bệnh sau mổ, phương pháp và phương tiện

tái lập lưu thông tiêu hoá ảnh hưởng không có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ biến chứng sau mổ ($p>0,05$). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu. Theo Suematsu, tỷ lệ biến chứng ở nhóm >75 tuổi và ≤ 75 tuổi là tương đương, lần lượt là 24% và 16%, $p=0,299$ [135]. Theo nghiên cứu STOMACH, tỷ lệ dò miệng nối tương đương giữa nhóm nối tận bên và bên bên ($p=0,501$) [152]. Đa phân tích của Huang trên 2170 bệnh nhân PTNS cắt dạ dày do ung thư cho thấy các yếu tố liên quan đến biến chứng sau mổ gồm tuổi, BMI, Hb, albumin máu, hẹp môn vị, lượng máu mất và kích thước thương tổn [58]. Xác định rõ các yếu tố nguy cơ cho biến chứng sau mổ là rất quan trọng giúp giảm tỷ lệ tử vong, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí.

a. Chảy máu sau mổ

Nhờ những tiến bộ trong kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc bệnh nhân trong những thập kỷ gần đây, tỷ lệ chảy máu sau cắt dạ dày giảm rõ rệt. Tỷ lệ chảy máu sau cắt dạ dày được báo cáo từ 0,6-4% và có tỷ lệ tử vong cao [96], [166]. Biến chứng chảy máu sau phẫu thuật UTDD không thường gặp và có thể xử trí bằng điều trị bảo tồn, nội soi can thiệp, can thiệp trên hình ảnh học và phẫu thuật lại. Các vị trí chảy máu thường gặp bao gồm mạch máu rốn lách, mạc treo đại tràng ngang, mạc nối lớn và lách. Theo Li, tỷ lệ chảy máu trong ổ bụng cần phẫu thuật lại cao hơn đáng kể ở nhóm PTNS cắt dạ dày so với mổ mở ($p=0,043$). Tuổi trên 70, BMI >25 và máu mất trong mổ $>100\text{ml}$ được xác định là các yếu tố nguy cơ độc lập cho phẫu thuật lại do chảy máu sau mổ [95]. PTNS cắt dạ dày nạo vét hạch vẫn là phương pháp đòi hỏi về mặt kỹ thuật, đặc biệt với bệnh nhân béo phì và phẫu thuật viên chưa có đủ kinh nghiệm.

Theo định nghĩa của đồng thuận quốc tế về danh sách và định nghĩa biến chứng sau cắt dạ dày do ung thư, chảy máu sau mổ cần cả truyền máu khẩn cấp và điều trị xâm lấn khác (nội mạch, nội soi hoặc phẫu thuật) [25]. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp chảy máu sau mổ. Bệnh nhân được PTNS cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch do K biểu mô tuyến pT2N0M0. Bệnh nhân xuất hiện sốt vào ngày hậu phẫu thứ 3. Dẫn lưu được rút vào ngày thứ hậu phẫu thứ 7. Đến ngày thứ 8 sau mổ, bệnh nhân đột ngột sốt mất máu. Siêu âm cho kết quả dịch tự do khoang phúc mạc lượng nhiều, chọc dò thấy dịch máu. Bệnh nhân được truyền máu và phẫu thuật lại. Trong mổ phát hiện thêm lỗ dò ở miệng nối thực quản hồng tràng kích thước 1cm, tiêu điểm chảy máu không rõ, máu rỉ rả từ miệng nối và móm cắt. Phẫu thuật viên xử trí bằng khâu lại miệng nối, cầm máu, súc rửa ổ bụng và đặt dẫn lưu. Bệnh nhân xuất viện sau 21 ngày.

Bảng 4.2. So sánh tỷ lệ chảy máu sau mổ trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	N	Tỷ lệ chảy máu sau mổ (%)
Phạm Như Hiệp [6]	64	1,5
Võ Duy Long [11]	112	1,8
Phạm Văn Nam [12]	74	0
KLASS-03 [61]	160	1,3
CLASS-04 [172]	246	1,6
Feng [46]	225	2,2
Chúng tôi	45	2,2

Sự ăn mòn mạch máu và tổn thương thành ĐM khi vét hạch là 2 nguyên nhân chính của chảy máu ngoài ống tiêu hoá muộn (sau 6 ngày). Sự ăn mòn mạch máu do dịch ruột, dịch tụy hoặc dịch mật từ dò miệng nối có thể gây ra phình mạch, sau đó vỡ, gây ra chảy máu muộn. Với chảy máu ngoài ống tiêu hoá muộn, lựa chọn phẫu thuật lại hoặc tắc mạch vẫn còn gây

tranh cãi. Mặc dù có ưu điểm trong những trường hợp chảy máu do phình mạch, tắc mạch có tỷ lệ chảy máu lại cao hơn so với phẫu thuật và chỉ được chỉ định cho bệnh nhân có huyết động ổn định [130]. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đang trong tình trạng sốc mất máu nên việc chỉ định phẫu thuật lại là hợp lý. Mặt khác, phần lớn các trường hợp chảy máu ngoài ống tiêu hoá muộn đều liên quan đến dò miệng nối. Theo các nghiên cứu, 42% bệnh nhân UTDD chảy máu muộn có ổ nhiễm trùng trong phúc mạc trước đó và 62% có dò miệng nối hoặc dò tuy [115]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có sốt trong 5 ngày trước đó và phát hiện dò miệng nối thực quản hồng tràng trong mổ. Việc chỉ định tắc mạch trong trường hợp này càng không hợp lý vì nếu can thiệp thành công, dò miệng nối cũng không thể giải quyết.

Chảy máu sau phẫu thuật UTDD là biến chứng ít xảy ra, đòi hỏi phải xử trí nhanh và hiệu quả. Chảy máu ngoài ống tiêu hoá thường phải phẫu thuật lại, tắc mạch chỉ an toàn trong trường hợp huyết động ổn định và chảy máu sớm.

b. Dò miệng nối

Dò miệng nối sau mổ là một biến chứng đáng sợ và đe dọa tính mạng. Tỷ lệ dò miệng nối sau cắt toàn bộ dạ dày từ 0 đến 17% [16], [60]. Tỷ lệ tử vong liên quan đến miệng nối được báo cáo từ 19-64%, với tỷ lệ tử vong cao hơn sau điều trị phẫu thuật so với điều trị bảo tồn hoặc qua nội soi [23]. Thời gian trung bình chẩn đoán dò miệng nối sau cắt dạ dày là 7,5 ngày [128]. Theo đồng thuận của Hội UTDD châu Âu, dò miệng nối được định nghĩa là sự khuyết toàn bộ thành miệng nối thực quản ruột, dạ dày ruột, ruột ruột bất kể (i) biểu hiện, (ii) phương pháp xác định, (iii) hậu quả lâm sàng và (iv) điều trị. Ổ áp xe cạnh miệng nối cũng được ghi nhận trong nhóm này [25].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp dò miệng nổi, chiếm tỷ lệ 6,7%, đều là miệng nổi thực quản hồng tràng. Trong đó, 1 trường hợp bệnh nhân xuất hiện sốt vào ngày hậu phẫu thứ 5, siêu âm phát hiện ổ tụ dịch vùng thượng vị thông ra da, chụp thực quản dạ dày cản quang phát hiện đường thoát thuốc cản quang, được điều trị bảo tồn thành công với kháng sinh, truyền dịch và ra viện sau 22 ngày, 2 trường hợp còn lại phải phẫu thuật lại. Trong 2 trường hợp phẫu thuật lại này, 1 trường hợp phát hiện tình cờ khi bệnh nhân được phẫu thuật lại do chảy máu sau mổ (đã trình bày ở trên), 1 trường hợp bệnh nhân xuất hiện tràn dịch màng phổi ngay sau mổ được dẫn lưu màng phổi, phát hiện dò miệng nổi vào ngày hậu phẫu thứ 3, được phẫu thuật đưa thực quản ra da và ra viện sau 24 ngày. Tỷ lệ dò miệng nổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu. Các nghiên cứu lớn trong nước không ghi nhận trường hợp nào dò miệng nổi.

Bảng 4.3. So sánh tỷ lệ dò miệng nổi trong các nghiên cứu.

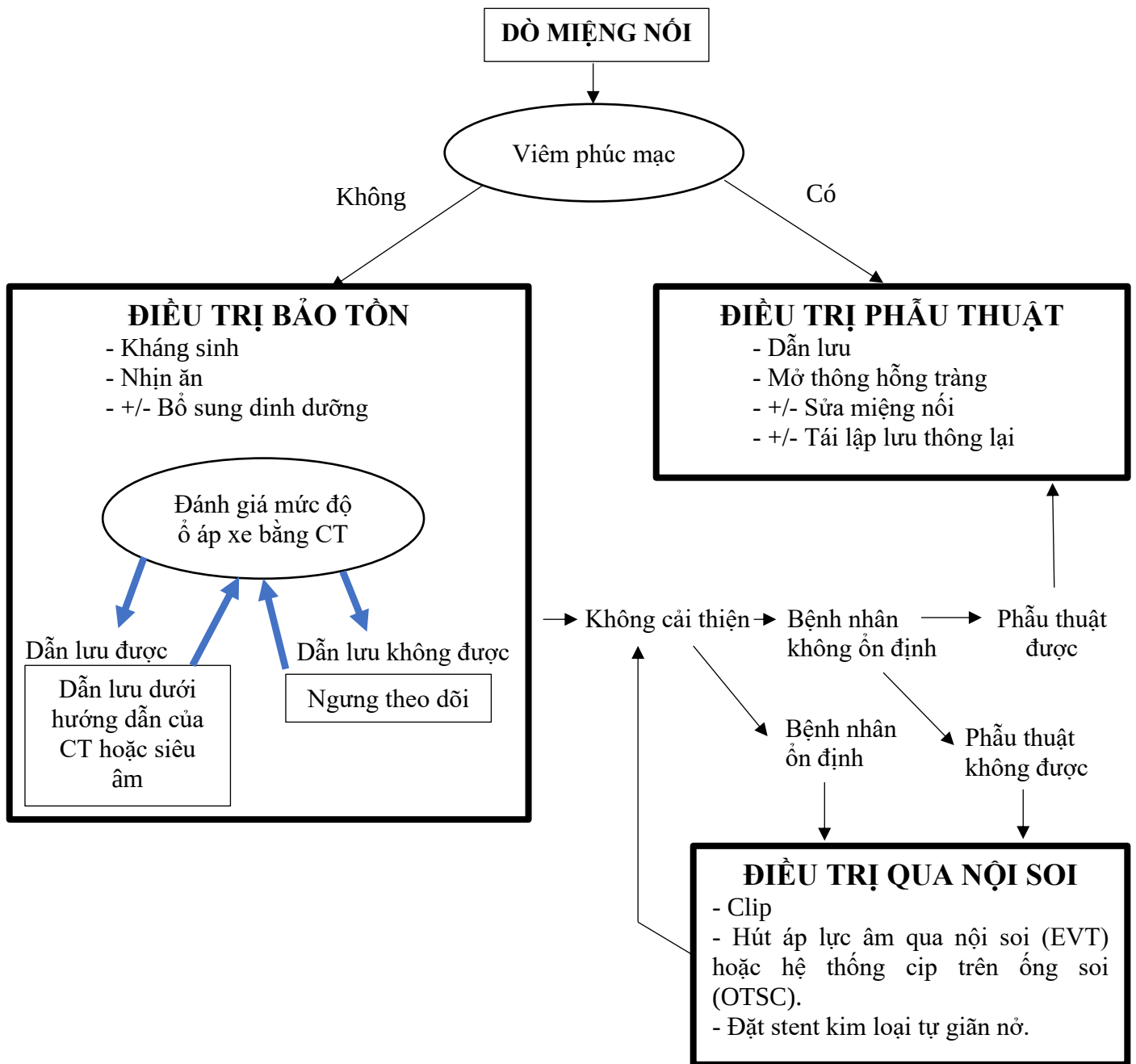
Nghiên cứu	N	Tỷ lệ dò miệng nổi (%)
KLASS-03 [61]	160	1,9
CLASS-02 [97]	105	1
CLASS-04 [172]	246	2,9
STOMACH [152]	47	8,5
Sakamoto [125]	12.229	2,9
Feng [46]	225	3,1
Chúng tôi	45	6,7

Khi phân tích các yếu tố liên quan, tỷ lệ dò miệng nổi giữa các nhóm tuổi, bệnh kèm, ASA, BMI, giai đoạn phẫu thuật, phương pháp và phương tiện tái lập lưu thông tiêu hoá đều cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa

thống kê. Mặc dù tỷ lệ này khác biệt có ý nghĩa giữa các giai đoạn do cả 3 trường hợp dò miệng nổi trong nghiên cứu của chúng tôi đều ở giai đoạn I, cần các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để khẳng định mối liên quan giữa biến chứng dò miệng nổi và giai đoạn bệnh.

Phần lớn các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ dò miệng nổi cao hơn đáng kể ở PTNS so với phẫu thuật mở. Nghiên cứu của Sakamoto so sánh 45.502 cắt toàn bộ dạ dày mở và 13.187 PTNS, tỷ lệ dò miệng nổi ở nhóm PTNS cao hơn đáng kể so với nhóm mổ mở (2,9% so với 2,1%, $p < 0,001$) [125]. Nghiên cứu đa trung tâm của Hội nghiên cứu UTDD Ý (GIRCG) năm 2020 trên 1750 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, nhóm PTNS có tỷ lệ dò miệng nổi cao hơn đáng kể so với nhóm mổ mở (15,1% so với 7,7%, $p = 0,007$) [145]. PTNS cắt toàn bộ dạ dày vẫn là thách thức về mặt kỹ thuật. Về các yếu tố nguy cơ, nghiên cứu của GIRCG cho thấy bệnh kèm (đặc biệt là bệnh hô hấp), giai đoạn u, vết hạch mở rộng và kỹ thuật thực hiện miệng nổi là các yếu tố nguy cơ đáng kể của dò miệng nổi [145]. Nghiên cứu của Maejima năm 2023 trên 309 bệnh nhân UTDD, các yếu tố nguy cơ dò miệng nổi thực quản hồng tràng gồm tuổi ≥ 68 , giới nam, đái tháo đường và mất máu nhiều [100].

Điều trị thành công dò miệng nổi phụ thuộc vào việc phát hiện sớm và xử trí thích hợp. Điều trị dò miệng nổi sau cắt dạ dày bao gồm: điều trị bảo tồn (có hoặc không có dẫn lưu qua da), điều trị qua nội soi và phẫu thuật. Hiện nay, vẫn chưa có một phác đồ chuẩn điều trị dò miệng nổi vì thiếu các bằng chứng từ các nghiên cứu ngẫu nhiên. Makuuchi (2019) đề nghị một phác đồ xử trí dò miệng nổi dựa trên tình trạng viêm phúc mạc (Biểu đồ 1) [101].



Biểu đồ 4.1. Phác đồ điều trị dò miệng nổi sau cắt dạ dày [101]

c. Ổ tụ dịch, áp xe tồn lưu

Ổ tụ dịch sau mổ, bao gồm áp xe hoặc không áp xe, khá thường gặp trong giai đoạn hậu phẫu sớm sau các phẫu thuật đường tiêu hoá. Tuy nhiên, có ít các báo cáo về ổ tụ dịch không áp xe sau cắt dạ dày do ung thư, do thiếu xét nghiệm hình ảnh học thường quy ở các bệnh nhân không có triệu chứng.

Nghiên cứu của Kulig năm 2020 trên 1422 bệnh nhân cắt dạ dày do ung thư, tỷ lệ ổ tụ dịch là 9,7%, gồm 57 ổ tụ dịch áp xe hoá và 77 ổ tụ dịch không áp xe hoá. Thời gian trung bình từ phẫu thuật tới khi chẩn đoán ổ tụ dịch là 7 ngày và đường kính trung bình ổ tụ dịch là 7cm [86].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp có ổ tụ dịch sau mổ, chiếm 4,4%. Một trường hợp vào ngày hậu phẫu thứ 10, bệnh nhân xuất hiện đau tức thượng vị, bạch cầu tăng 20,6 K/ μ L, siêu âm phát hiện ổ tụ dịch kích thước 16x8cm ở thượng vị. Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh Cefalosporin thế hệ 4 và ra viện sau 20 ngày. Một trường hợp khác vào ngày hậu phẫu thứ 7, bệnh nhân không có triệu chứng, được siêu âm tình cờ phát hiện ổ tụ dịch kích thước 2,4 x 4,2cm ở gằm gan trái. Bệnh nhân không điều trị gì và ra viện sau 9 ngày. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác.

Bảng 4.4. So sánh tỷ lệ ổ tụ dịch trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	N	Tỷ lệ ổ tụ dịch sau mổ (%)
Phạm Như Hiệp [6]	64	3
Võ Duy Long [11]	112	5,4
CLASS-02 [97]	105	4,8
CLASS-04 [172]	246	5
STOMACH [152]	47	2,1
Sakamoto [125]	12.229	2
Feng [46]	225	2,2
Chúng tôi	45	4,4

Khoảng ½ các ổ tụ dịch sau phẫu thuật UTDD không có triệu chứng và tự hấp thu mà không cần can thiệp gì sau khoảng thời gian trung bình là 26,5 ngày. Tuy nhiên, tỷ lệ can thiệp dẫn lưu tăng đáng kể khi có dò tụy hoặc dò tiêu hoá kèm theo [86].

d. Nhiễm trùng vết mổ

Khoảng 10% bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ sau cắt dạ dày triệt căn do ung thư, ít hơn đáng kể ở PTNS so với phẫu thuật mở. Biến chứng này làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, giảm CLCS và thậm chí gây ra tử vong [121]. Nhiều nghiên cứu đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến nhiễm trùng vết mổ sau cắt dạ dày. Nghiên cứu của Tu cho rằng BMI ≥ 25 , lượng máu mất trong mổ ≥ 75 ml, thời gian phẫu thuật ≥ 240 phút và truyền máu làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ [146]. Một nghiên cứu tương tự của Nhật Bản cho thấy giới nam, bệnh gan mạn, cắt toàn bộ dạ dày và thời gian phẫu thuật ≥ 320 phút liên quan độc lập đến nhiễm trùng vết mổ [85]. Tuy nhiên, phần lớn các yếu tố này đều là các yếu tố hằng định, rất khó thay đổi trước phẫu thuật.

Phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều kết hợp đường mổ nhỏ đường giữa trên rốn dài khoảng 5cm để thực hiện tái lập lưu thông tiêu hoá và đều được sử dụng dụng cụ bảo vệ vết mổ. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 4,4%. Tất cả đều được điều trị nội khoa thành công với kháng sinh và thay băng nặn dịch vết mổ nhiều lần trong ngày. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác.

Bảng 4.5. So sánh tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	N	Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ (%)
Phạm Như Hiệp [6]	64	3
Võ Duy Long [11]	112	2,7
Phạm Văn Nam [12]	74	1,35
KLASS-03 [61]	160	3,1
CLASS-02 [97]	105	2,9
CLASS-04 [172]	246	0,8
STOMACH [152]	47	2,1
Sakamoto [125]	12.229	2
Feng [46]	225	2,2
Chúng tôi	45	4,4

Nghiên cứu của Qiao năm 2020 đánh giá các yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng vùng phẫu thuật sau cắt dạ dày triệt căn do ung thư ở Trung quốc. Giới, cắt toàn bộ dạ dày, albumin (ngày thứ 3 sau mổ) <30 g/L và nuôi dưỡng TM hoàn toàn sau mổ là các yếu tố nguy cơ độc lập cho nhiễm trùng vùng phẫu thuật [121]. Một nghiên cứu khá thú vị của Pantvaidya năm 2021 cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vùng phẫu thuật sau phẫu thuật ung thư giảm 4,2% ($p=0,006$) sau so với trước đại dịch Covid 19. Tác giả cho rằng việc tuân thủ vệ sinh tay, đeo khẩu trang và giãn cách xã hội có thể là nguyên nhân dẫn tới việc giảm tỷ lệ nhiễm trùng vùng phẫu thuật [113]. Theo hướng dẫn của Viện nghiên cứu quốc gia về sức khỏe phẫu thuật toàn cầu của Anh, các biện pháp thiết yếu giúp ngăn ngừa nhiễm trùng vùng phẫu thuật bao gồm: đảm bảo bệnh nhân được tắm toàn thân bằng nước sạch và xà phòng trước phẫu thuật, lựa chọn kháng sinh dự phòng dựa theo hướng dẫn tại vùng, dùng kháng sinh dự phòng cho tất cả bệnh nhân và trong vòng 60 phút trước khi rạch da, đảm bảo sát trùng tay trước phẫu thuật, với bệnh nhân gây mê toàn thân, đảm bảo độ bão hoà oxy luôn $\geq 95\%$ [108].

e. Tắc ruột do dính sau mổ

Tắc ruột do dính sau mổ là biến chứng thường gặp sau các phẫu thuật đường tiêu hóa. Tỷ lệ tắc ruột sau cắt dạ dày được báo cáo khoảng 11,7 – 38,5%. Dính sau mổ xảy ra sau gần 95% tất cả các phẫu thuật bụng, thường do tổn thương mô trong quá trình thao tác, phản ứng viêm sau đó và quá trình lành vết thương. Ngăn ngừa và giảm mức độ tắc ruột do dính sau mổ là rất quan trọng để đảm bảo CLCS tốt cho bệnh nhân. Tính đến nay, vẫn còn ít các báo cáo về biến chứng này ở bệnh nhân cắt dạ dày do ung thư.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp tắc ruột do dính xảy ra ở tháng thứ 7 sau mổ, chiếm tỷ lệ 2,2%. Đây là 1 bệnh nhân nữ, ung thư tế bào nhẵn pT4aN1 không điều trị bổ trợ sau mổ. Bệnh nhân được điều trị nội

khoa thành công với đặt ống thông dạ dày, nhịn ăn, truyền dịch. Biến chứng tắc ruột do dính sau mổ tương đối hiếm gặp trong các nghiên cứu.

Bảng 4.6. So sánh tỷ lệ tắc ruột sau mổ trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	N	Tỷ lệ tắc ruột sau mổ (%)
Võ Duy Long [11]	112	0,9
KLASS-03 [61]	160	0,6
CLASS-02 [97]	105	1,9
Sakamoto [125]	12.229	2,2
Feng [46]	225	2,7
Chúng tôi	45	2,2

Nghiên cứu lớn nhất về biến chứng tắc ruột sau cắt dạ dày do ung thư là nghiên cứu của Pan năm 2021 ở 3025 bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 lần tắc ruột là 10,9%, thời gian trung bình từ sau cắt dạ dày tới lần tắc ruột đầu tiên là 18,2 tháng. Trong số này, 9,4% bệnh nhân có tắc ruột tái phát, 82,7% được điều trị bảo tồn, 13,3% điều trị phẫu thuật không cắt ruột và 4% có cắt ruột. Tác giả kết quả có phẫu thuật bụng trước đó, cắt dạ dày mở, không nối Bilroth I, vét hạch D2/D2+, cắt kèm cơ quan khác và biến chứng trong ổ phúc mạc là các yếu tố nguy cơ độc lập cho tắc ruột do dính sau mổ [112].

4.2.4. Di căn, tái phát, thời gian sống thêm

4.2.4.1. Di căn, tái phát

Tái phát và di căn sau mổ là nguyên nhân tử vong chính ở bệnh nhân UTDD. Tỷ lệ tái phát và di căn sau cắt dạ dày được báo cáo từ 21,8% đến 50%, thay đổi đáng kể giữa các trung tâm và các quốc gia. Thêm vào đó, phần lớn tái phát và di căn sau mổ thường xuất hiện trong 2 năm đầu, vì thế phát

hiện tái phát, di căn sớm và can thiệp điều trị kịp thời là cực kỳ quan trọng [71]. Độ sâu xâm lấn của u, tình trạng di căn hạch, loại mô học và vài yếu tố khác có thể dự đoán tái phát và di căn sau cắt dạ dày. Hiện nay, vẫn còn ít các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tái phát và di căn sau cắt toàn bộ dạ dày do ung thư.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn là 20% và thời gian di căn trung bình là 10,7 tháng. Trong số này, 50% bệnh nhân ở giai đoạn T4a, tất cả đều có di căn hạch. Tỷ lệ tái phát là 2,2% và thời gian tái phát trung bình là 23 tháng. Nghiên cứu của Lee năm 2021, tỷ lệ di căn tái phát là 33,3% sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày do ung thư, trong đó tỷ lệ tái phát là 5,9%, thấp hơn so với phẫu thuật mở [92]. Theo CLASS-04, tỷ lệ tái phát là 3,3%, di căn phúc mạc là 7,3%, di căn xa là 4,1% [171]. Nghiên cứu lớn nhất và gần đây nhất riêng về tỷ lệ tái phát sau cắt toàn bộ dạ dày do UTDD tiến triển được thực hiện bởi Jiao và cộng sự năm 2020 ở 299 bệnh nhân. Tỷ lệ tái phát di căn là 22,7% với thời gian trung bình là 17,7 tháng (3-74 tháng). Trong đó, tỷ lệ tái phát tại chỗ, di căn phúc mạc và di căn xa lần lượt là 43,5%, 76% và 82,8%. Giai đoạn T và loại mô học liên quan độc lập đến di căn phúc mạc. Di căn hạch là yếu tố tiên đoán duy nhất cho di căn xa [71]. Theo Di Carlo, tỷ lệ tái phát ở nhóm PTNS là 12,8%, ít hơn đáng kể so với nhóm phẫu thuật mở ($p < 0,048$). Thời gian tái phát trung bình tương đương ở cả 2 nhóm (PTNS: 15 tháng, phẫu thuật mở: 12 tháng, $p = 0,464$) [33].

4.2.4.2. Thời gian sống thêm

a. Thời gian sống thêm toàn bộ và không bệnh

Thời gian sống thêm vẫn được xem là tiêu chuẩn quan trọng nhất trong đánh giá hiệu quả của một phương pháp điều trị ung thư.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi theo dõi được 40 bệnh nhân sau mổ (88,9%). Theo Kaplan Meier, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $35,4 \pm 2,6$ tháng và thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $34,6 \pm 2,8$ tháng.

Thêm vào đó, tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 và 3 năm lần lượt là 91,1% và 59,9%. Kết quả này tương đương với một số nghiên cứu trong và ngoài nước.

Bảng 4.7. So sánh thời gian sống thêm trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	N	Tỷ lệ sống thêm (%)	
		1 năm	3 năm
Phạm Như Hiệp [6]	64		73,2
Võ Duy Long [11]	112	94,6	88,1
Đinh Văn Chiến [1]	70	98,6	75,9
STOMACH [152]	47	85,5	
Chúng tôi	45	91,1	59,9

Trên thế giới, về UTDD sớm, chỉ có 2 nghiên cứu đa trung tâm ngẫu nhiên có kiểm soát, KLASS-03 [61] và CLASS-02 [97], đánh giá sự an toàn về mặt ung thư học của PTNS cắt toàn bộ dạ dày và kết quả hiện vẫn đang chờ công bố. Về UTDD tiến triển, chỉ có vài nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ từ 1 trung tâm về kết quả ung thư học của PTNS cắt toàn bộ dạ dày do UTDD tiến triển. Cho đến nay, chỉ có 2 nghiên cứu đa trung tâm tiến cứu dựa trên dữ liệu quốc gia Nhật Bản, đánh giá hiệu quả của PTNS cắt toàn bộ dạ dày so với phẫu thuật mở nhưng thiếu kết quả ung thư học lâu dài [84], [125]. Hiện nay, nghiên cứu đa trung tâm của Feng là nghiên cứu duy nhất so sánh sự an toàn về kỹ thuật và ung thư học của PTNS cắt toàn bộ dạ dày và phẫu thuật mở điều trị UTDD tiến triển, với tỷ lệ sống thêm 5 năm lần lượt là 48,9% và 50,6% ($p=0,134$) [46]. Các nghiên cứu trên đều cho kết quả ung thư học tương đương giữa PTNS và phẫu thuật mở.

Khi phân tích các yếu tố liên quan, thời gian sống thêm ở các nhóm giai đoạn bệnh sau mổ khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p=0,418$). Tương tự,

thời gian sống thêm ở nhóm có và không có di căn hạch khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p=0,173$). Bên cạnh đó, thời gian sống thêm ở nhóm điều trị hỗ trợ đủ liệu trình dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm điều trị không đủ liệu trình và có chỉ định nhưng không điều trị ($p<0,001$). Tương tự, thời gian sống thêm ở nhóm giai đoạn dưới T4a dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm T4a ($p=0,047$). Theo Võ Duy Long, thời gian sống thêm ở nhóm không di căn hạch lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm có di căn hạch ($p=0,0001$), không khác biệt giữa nhóm dưới T4a và T4a [11]. Theo Đinh Văn Chiên, thời gian sống thêm ở nhóm điều trị hỗ trợ sau mổ dài hơn nhóm không điều trị ($p=0,492$) [1].

b. Thời gian sống thêm theo từng giai đoạn bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 1 năm, tỷ lệ sống thêm ở giai đoạn 0-1 (92,3%) cao hơn giai đoạn II (85,7%) và thấp hơn giai đoạn III (94,4). Tuy nhiên, đến thời điểm 3 năm, tỷ lệ sống thêm ở giai đoạn 0-1, II và III lần lượt là 68,4%, 65,5% và 48,3%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,418$). Theo Võ Duy Long, thời gian sống thêm giai đoạn II dài hơn đáng kể so với giai đoạn III (67 tháng và 44 tháng, $p=0,01$) [11]. Theo Feng, phân tích đa biến xác nhận giai đoạn bệnh sau mổ là yếu tố tiên đoán độc lập cho sống thêm toàn bộ và không bệnh [46].

4.3. ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG SAU MỔ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY BẰNG THANG ĐÁNH GIÁ HỘI CHỨNG SAU CẮT DẠ DÀY PGSAS-45

4.3.1. Chất lượng cuộc sống tại các thời điểm nghiên cứu

Bên cạnh thời gian sống thêm, các phương pháp điều trị triệt căn cũng có tác động đến CLCS liên quan đến sức khỏe của bệnh nhân. Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật ngày càng trở nên quan trọng

vì nó phản ánh tác động của điều trị dựa trên quan điểm của bệnh nhân. Tuy nhiên, tác động của các chiến lược điều trị UTDD hiện nay lên CLCS vẫn còn chưa rõ ràng. Bên cạnh đó, các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy CLCS trước điều trị có giá trị về tiên lượng. Vì thế, CLCS đóng vai trò quan trọng trong việc đưa ra quyết định lâm sàng. Ngăn ngừa gánh nặng tâm lý xã hội bằng việc cải thiện CLCS của bệnh nhân là một phần thiết yếu trong phác đồ điều trị bệnh nhân UTDD [123], [150].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng điểm triệu chứng của bệnh nhân sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày tại thời điểm 1, 6 và 12 tháng lần lượt là $1,7 \pm 0,4$, $1,4 \pm 0,3$ và $1,3 \pm 0,2$. Tại cả 3 thời điểm, khó chịu liên quan bữa ăn là triệu chứng bệnh nhân phản nản nhiều nhất, tiếp đến là khó tiêu, đau bụng, trào ngược thực quản, tiêu chảy, hội chứng rỗng dạ dày. Táo bón là triệu chứng bệnh nhân ít phản nản nhất. Về tình trạng sống, lượng thức ăn mỗi bữa bằng khoảng 70-80% lượng thức ăn trước phẫu thuật và nhu cầu ăn bữa phụ là cần thiết. Ngoài 3 bữa chính, bệnh nhân thường phải ăn thêm 2-3 bữa phụ mỗi ngày. Chất lượng ăn và khả năng làm việc sụt giảm ít hơn. Hiếm khi bệnh nhân thấy thèm ăn, đói bụng, hay đầy bụng. Đa số bệnh nhân có thể làm việc gần như bình thường ($\geq 70-80\%$ các hoạt động trước đó). Về chất lượng sống, sự không hài lòng về cuộc sống hằng ngày chủ yếu liên quan đến triệu chứng nhiều hơn là bữa ăn và khả năng làm việc. Phần thể chất và tinh thần về cơ bản là tốt, trong đó, tổng điểm phần tinh thần cao hơn phần thể chất. Kết quả này của chúng tôi tương đương với một số nghiên cứu khác.

Nghiên cứu phê chuẩn PGSAS-45 của Nakada năm 2014 đánh giá chất lượng cuộc sống của 1777 bệnh nhân sau cắt dạ dày với thời gian theo dõi trung bình là 37 ± 27 tháng. Tổng điểm triệu chứng là $2,00 \pm 0,70$. Khó chịu liên quan đến bữa ăn là triệu chứng bệnh nhân phản nản nhất, tiếp đến là táo bón, tiêu chảy, khó tiêu, đầy bụng. Trào ngược thực quản và đau bụng là triệu

chúng ít phân nản nhất. Lượng thức ăn tiêu thụ mỗi bữa xấp xỉ 70% trước phẫu thuật và số bữa ăn trung bình mỗi ngày là 5. Bệnh nhân không hài lòng với cuộc sống hàng ngày liên quan chủ yếu đến bữa ăn và triệu chứng. Thể chất và tinh thần không bị ảnh hưởng nghiêm trọng [106].

Nghiên cứu của Terashima năm 2014 so sánh các bệnh nhân cắt bán phần dưới dạ dày, trong đó 909 bệnh nhân tái lập lưu thông Billroth I và 475 tái lập lưu thông Roux-en-Y sử dụng bộ câu hỏi PGSAS-45 trong 1 năm. Tổng điểm triệu chứng của 2 nhóm bệnh nhân lần lượt là $1,96 \pm 0,68$ và $1,92 \pm 0,67$ ($p=0,324$). Ở nhóm tái lập lưu thông Roux-en-Y, các triệu chứng mà bệnh nhân phân nản theo thứ tự là táo bón, khó chịu liên quan bữa ăn, tiêu chảy, khó tiêu, hội chứng rỗng dạ dày, đau bụng và trào ngược dạ dày [143].

Nghiên cứu của Takahashi năm 2017 so sánh chất lượng cuộc sống của 393 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày với 475 bệnh nhân cắt bán phần dưới dạ dày cho UTDD giai đoạn I. Cả 2 nhóm đều tái lập lưu thông Roux-en-Y. Tổng điểm triệu chứng của 2 nhóm bệnh nhân lần lượt là $2,2 \pm 0,7$ và $1,9 \pm 0,7$ ($p<0,001$). Đối với nhóm cắt toàn bộ dạ dày, triệu chứng hay gặp nhất là khó chịu liên quan bữa ăn, tiếp đến là khó tiêu, hội chứng rỗng dạ dày, tiêu chảy, táo bón. Ít gặp nhất là đau bụng. CLCS ở nhóm cắt toàn bộ dạ dày kém hơn nhóm cắt bán phần dưới dạ dày ở 15 trên 19 kết quả chính của PGSAS-45 [140].

Nghiên cứu của Kunisaki năm 2022 so sánh CLCS ở 1020 bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày và 518 cắt bán phần trên dạ dày. Tổng điểm triệu chứng ở 2 nhóm đều là $2,2 \pm 0,8$. Các triệu chứng kém nhất ở nhóm cắt toàn bộ dạ dày là khó chịu liên quan đến bữa ăn, tiêu chảy, rỗng dạ dày, táo bón và khó tiêu. Khó chịu liên quan đến cuộc sống hàng ngày cũng chủ yếu liên quan đến triệu chứng. Phần thể chất và tinh thần tương đương nhau [89].

Phần lớn các nghiên cứu đều cho thấy khó chịu liên quan bữa ăn là triệu chứng ảnh hưởng nhiều nhất đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau cắt dạ dày, các khó chịu liên quan đến cuộc sống hàng ngày chủ yếu liên quan đến triệu chứng. Bên cạnh đó, ngoại trừ táo bón, các nhóm kết quả chính còn lại đều kém nhất tại thời điểm 1 tháng sau mổ, sau đó dần phục hồi tại các thời điểm 6 và 12 tháng. Trong đó, các nhóm kết quả trào ngược thực quản, đau bụng, khó chịu liên quan đến bữa ăn, khó tiêu, tổng điểm triệu chứng, chất lượng ăn, sự không hài lòng về cuộc sống hàng ngày và thể chất đều tốt dần lên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nói cách khác, phần lớn CLCS đều phục hồi theo thời gian. Mặc dù có sự giảm sút tại thời điểm 6 tháng so với 1 tháng, nhóm tinh thần tốt hơn vào thời điểm 12 tháng, thậm chí cao hơn so với thời điểm 1 tháng ($p = 0,411$).

Nhóm kết quả về tinh thần có sự sụt giảm ở thời điểm 6 tháng so với 1 tháng và phục hồi tại thời điểm 12 tháng. Điều này có thể giải thích do sau khi phẫu thuật, bệnh nhân lo lắng khi được thông báo về giai đoạn bệnh, tỷ lệ sống thêm và đặc biệt là các nguy cơ khi điều trị hỗ trợ sau mổ. Sau khi hoàn thành điều trị hỗ trợ và sức khỏe ổn định, tinh thần của bệnh nhân dần phục hồi, tốt hơn tại thời điểm 12 tháng so với thời điểm 1 tháng. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu. Nghiên cứu của Misawa năm 2015 so sánh CLCS giữa 73 bệnh nhân PTNS cắt bán phần dưới dạ dày và 72 bệnh nhân phẫu thuật mở. Kết quả cho thấy ngoại trừ mệt mỏi và tiêu chảy, các nhóm kết quả khác đều phục hồi về mức trước mổ tại thời điểm 12 tháng [102]. Một nghiên cứu khác từ Trung tâm ung thư Memorial Sloan Kettering của Mỹ cho thấy 55% bệnh nhân có sự suy giảm đáng kể CLCS ngay sau mổ. Tuy nhiên, nó được cải thiện ở phần lớn bệnh nhân tại thời điểm 6 tháng, mặc dù còn khoảng 20-35% vẫn có CLCS kém hơn trước mổ [73]. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự, nhấn mạnh tầm quan trọng của đánh giá CLCS

của bệnh nhân trong giai đoạn sau mổ. Nhìn chung, cắt dạ dày do ung thư làm suy giảm tạm thời CLCS. Đối với hầu hết các nhóm kết quả, CLCS thường được cải thiện trong thời gian. Do đó, các phẫu thuật viên nên thảo luận với bệnh nhân về sự giảm CLCS tạm thời trước khi cắt dạ dày và trấn an họ phần lớn các triệu chứng sẽ hồi phục sau mổ 6 tháng.

So với cắt bán phần dạ dày, nhiều nghiên cứu cho thấy CLCS sau cắt toàn bộ dạ dày kém hơn đáng kể. Nghiên cứu của Park năm 2020 so sánh CLCS giữa nhóm cắt toàn bộ dạ dày và bán phần dưới dạ dày tại thời điểm 1, 2 và 3 năm sau mổ. Các triệu chứng đau, trào ngược, hạn chế ăn, lo lắng, vị giác và hình ảnh cơ thể kém hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm cắt toàn bộ dạ dày. Chức năng thể chất, vai trò và mệt mỏi tốt hơn đáng kể ở nhóm cắt bán phần dạ dày tại thời điểm 2 và 3 năm sau mổ [117]. Một nghiên cứu khác của Brenkman năm 2018 thực hiện trên 222 bệnh nhân cắt dạ dày do ung thư. Phân tích đa biến cho thấy cắt bán phần dưới dạ dày tốt hơn về CLCS chung, triệu chứng và các nhóm chức năng [31].

So với phẫu thuật mở, nhiều nghiên cứu cho thấy ưu điểm của PTNS cắt dạ dày về CLCS. Theo Misawa, chức năng vai trò, tinh thần, nhận thức và xã hội tốt hơn ở nhóm PTNS tại thời điểm 6, 12 tháng sau mổ. Các nhóm triệu chứng bao gồm mệt mỏi, đau, hạn chế ăn, vị giác và lo lắng tốt hơn ở nhóm PTNS trước 6 tháng [102]. Theo Brenkman, PTNS cắt dạ dày tốt hơn về CLCS chung, triệu chứng và các nhóm chức năng so với phẫu thuật mở [31].

4.3.2. Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống

CLCS là một thông số đa chiều, bao gồm các phần thể chất, triệu chứng, tâm lý, xã hội xuất hiện sau một bệnh và các phương pháp điều trị, được xem là một trong những kết quả quan trọng nhất trong điều trị ung thư hiện nay. Đánh giá CLCS giúp các nhà lâm sàng tập trung vào các khía cạnh nhất định để cải thiện các chiến lược điều trị. Hơn nữa, hiểu rõ các yếu tố ảnh hưởng

đến CLCS của bệnh nhân sau phẫu thuật UTDD là hữu ích trong việc giải thích cho bệnh nhân về những nguy cơ lâu dài và lợi ích của các phương pháp điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng ở nhóm ≤ 60 tuổi tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm >60 tuổi tại thời điểm 1 và 12 tháng ($p=0,030$ và $p=0,028$). Tại thời điểm 12 tháng, triệu chứng ở nhóm có bệnh kèm kém hơn nhóm không có bệnh kèm có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$). Phần thể chất và tinh thần ở nhóm giới nam tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm giới nữ ở thời điểm 6 tháng ($p=0,021$). Tại thời điểm 6 tháng, tổng điểm triệu chứng ở nhóm tái lập lưu thông tiêu hóa tận bên kém hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bên bên ($p=0,044$) và điểm thể chất tinh thần ở nhóm không biến chứng tốt hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có biến chứng ($p=0,048$). Ngoài ra, triệu chứng và phần thể chất tinh thần tương đương giữa các nhóm BMI, giai đoạn pT, giai đoạn pN, giai đoạn bệnh sau mổ và điều trị hỗ trợ sau mổ. CLCS sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày trong nghiên cứu này liên quan đến tuổi, giới, bệnh kèm, phương pháp nối thực quản hồng tràng và biến chứng.

Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy tuổi và giới tính ảnh hưởng lớn đến CLCS ở bệnh nhân sau phẫu thuật UTDD. Phân tích đa biến trong nghiên cứu của Takahashi khẳng định loại cắt dạ dày (toàn bộ/ bán phần), thời gian sau phẫu thuật, tuổi, giới, cách tiếp cận (PTNS/ phẫu thuật mở) và tình trạng của thần kinh phế vị là các yếu tố có liên quan đến CLCS [140]. Tương tự, nghiên cứu của Kinami năm 2018 đánh giá các yếu tố nền ảnh hưởng đến hội chứng sau cắt dạ dày ở 2368 bệnh nhân. Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố ảnh hưởng lên các kết quả chính của PGSAS-45 theo thứ tự giảm dần là giới tính, tuổi tác, thời gian hậu phẫu, tình trạng nhánh celiac của dây thần kinh phế vị và phương pháp phẫu thuật (nội soi hoặc mở). Tác giả cũng khẳng định CLCS sau cắt bán phần dưới dạ dày và cắt dạ dày bảo tồn môn vị bị ảnh hưởng lớn

bởi các yếu tố nền, trong khi cắt toàn bộ dạ dày tái lập lưu thông Roux-en-Y, cắt bán phần trên dạ dày và cắt bỏ tại chỗ thì không [82]. Một nghiên cứu khác của Dang trên 182 bệnh nhân UTDD ở Việt Nam cho thấy nhiều yếu tố ảnh hưởng đến CLCS, bao gồm tuổi, nghề nghiệp, học vấn, giai đoạn bệnh, điều trị và thời gian từ lúc chẩn đoán [41]. Tuổi càng cao thì khả năng mắc các bệnh kèm càng lớn, dẫn tới chất lượng ăn, khả năng làm việc, khả năng chống chọi với các thay đổi càng kém. Về giới tính, có lẽ đa phần nữ giới nhạy cảm hơn với những hạn chế sau cắt dạ dày.

Bên cạnh các yếu tố liên quan đến bệnh nhân, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nối thực quản bên bên và không có biến chứng có CLCS tốt hơn nhóm nối tận bên và nhóm có biến chứng. Ngoài ra, các yếu tố liên quan đến phẫu thuật khác không ảnh hưởng đến triệu chứng, thể chất và tinh thần của bệnh nhân. Trong các nghiên cứu hiện nay, cách tiếp cận (PTNS/phẫu thuật mở), phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa, sự bảo tồn thần kinh phế vị và thể tích phần dạ dày còn lại là các yếu tố liên quan đến phẫu thuật có tác động đến CLCS. Theo Terashima, các triệu chứng trào ngược thực quản sau tái lập lưu thông Billroth I cao hơn đáng kể so với tái lập lưu thông tiêu hóa Roux-en-Y ($p < 0,0001$) [143]. Nghiên cứu của Fujita năm 2016 đánh giá CLCS ở bệnh nhân sau cắt dạ dày bảo tồn môn vị và cắt bán phần xa dạ dày tái lập lưu thông Billroth I do ung thư dùng bộ câu hỏi PGSAS-45. Kết quả cho thấy cắt dạ dày bảo tồn môn vị có các triệu chứng tiêu chảy, hội chứng rỗng dạ dày cũng như cầu ăn bữa phụ ít hơn có ý nghĩa thống kê. Tuổi và sự bảo tồn thần kinh X là các yếu tố độc lập tiên đoán tiêu chảy và hội chứng rỗng dạ dày [47]. Nghiên cứu hồi cứu của Yabusaki năm 2020 so sánh CLCS giữa các phương pháp tái lập lưu thông tiêu hóa sau cắt bán phần trên dạ dày. Tác giả kết luận rằng tái lập lưu thông tiêu hóa kiểu chèn quai ruột hình túi tốt hơn nối thực quản dạ dày ở nhiều trong 19 kết quả chính của PGSAS-45, đặc

biệt khi kích thước phần dạ dày còn lại nhỏ [163]. Thêm vào đó, nghiên cứu của Kinami cho thấy yếu tố ảnh hưởng đến triệu chứng là thể tích dạ dày còn lại, các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sống và chất lượng cuộc sống là tuổi, mức độ vết hạch và cách tiếp cận. Nhóm PTNS có kết quả khả năng làm việc và điểm tinh thần tốt hơn so với phẫu thuật mở. Tác giả cũng khẳng định chất lượng cuộc sống sau cắt dạ dày không phụ thuộc vào giai đoạn bệnh lý của UTDD [82]. Một nghiên cứu của Yan năm 2023 so sánh CLCS giữa nhóm nối tận bên và bên bên sau cắt toàn bộ dạ dày cho thấy nhóm nối bên bên kém hơn về điểm trào ngược và tiêu chảy nhưng tốt hơn về điểm khó tiêu và hạn chế ăn [164].

Tuổi, giới và bệnh kèm là các yếu tố cố định, không thể thay đổi trước phẫu thuật. Do đó, việc tác động vào các yếu tố này để cải thiện CLCS là không thể. Cần nhiều hơn các nghiên cứu để khẳng định lợi ích về CLCS của việc thực hiện miệng nối thực quản hồng tràng bên bên. Sàng lọc hệ thống bằng nội soi với người trên 50 tuổi, khuyến khích người dân xét nghiệm HP và điều trị kịp thời là cực kỳ quan trọng trong phát hiện sớm ung thư và cải thiện CLCS. Thêm vào đó, thường xuyên đánh giá các chức năng và biểu hiện của bệnh nhân trong các lần tái khám có thể giúp bệnh nhân cải thiện CLCS thông qua việc can thiệp và tư vấn chính xác. Cuối cùng, khuyến khích đánh giá CLCS định kỳ và xem việc cải thiện CLCS là mục tiêu thiết yếu trong điều trị ung thư bên cạnh tỷ lệ sống thêm.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 45 trường hợp ung thư biểu mô tuyến dạ dày được PTNS cắt toàn bộ dạ dày, vét hạch tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 2 năm 2022, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

1. Kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày, vét hạch do ung thư

- Thời gian phẫu thuật trung bình là $218,8 \pm 69,3$ phút, trung vị là 210 phút.
- Lượng máu mất liên quan phẫu thuật trung bình là $431,6 \pm 426,5$ ml, trung vị là 308,9ml.
- Số hạch trung bình vét được là $17,1 \pm 9,3$ hạch.
- Số hạch di căn trung bình là $3,9 \pm 6,6$ hạch.
- Tỷ lệ di căn hạch là 51,1%.
- Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $4,2 \pm 1,4$ ngày.
- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $11,6 \pm 3,7$ ngày.
- Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 22,2%, trong đó dò miệng nối chiếm tỷ lệ cao nhất 6,7%. Tỷ lệ biến chứng mức độ III trở lên theo Clavien-Dindo là 8,9%.
- Thời gian sống thêm toàn bộ là $35,4 \pm 2,6$ tháng, thời gian sống thêm không bệnh là $34,6 \pm 2,8$ tháng.
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 1, 2, 3 và 4 năm lần lượt là 91,1%, 70,3%, 59,9% và 52,4%.
- Tỷ lệ sống thêm không bệnh sau 1, 2, 3 và 4 năm lần lượt là 77,4%, 67,7%, 56,7% và 56,7%.

2. Chất lượng cuộc sống bệnh nhân ung thư dạ dày sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày

- Về triệu chứng: Tổng điểm triệu chứng tại thời điểm 1, 6 và 12 tháng lần lượt là $1,7 \pm 0,4$, $1,4 \pm 0,3$ và $1,3 \pm 0,2$. Khó chịu liên quan bữa ăn là triệu chứng bệnh nhân phản nản nhiều nhất, táo bón ít phản nản nhất.

- Về tình trạng sống: Lượng thức ăn mỗi bữa ăn bằng khoảng 70-80% lượng thức ăn trước phẫu thuật. Số bữa ăn phụ là 2-3 bữa phụ mỗi ngày. Đa số có thể làm việc $\geq 70-80\%$ các hoạt động trước đó.

- Về chất lượng sống: Sự không hài lòng về cuộc sống hằng ngày chủ yếu liên quan đến triệu chứng. Phần thể chất và tinh thần tốt, trong đó, tổng điểm phần tinh thần cao hơn phần thể chất.

- Phần lớn CLCS là tốt và phục hồi theo thời gian.

- Chất lượng cuộc sống kém hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân tuổi trên 60, giới nữ, có bệnh kèm, nổi thực quản hồng tràng tận bên và có biến chứng sau mổ.

KIẾN NGHỊ

1. Áp dụng PTNS cắt toàn bộ dạ dày và vét hạch trong ung thư dạ dày

PTNS cắt toàn bộ dạ dày và vét hạch đã được chứng minh là phẫu thuật an toàn, hiệu quả, đảm bảo về mặt thẩm mỹ và ung thư học. Tuy nhiên, đây vẫn là phẫu thuật thách thức về mặt kỹ thuật, đặc biệt trong vét hạch và thực hiện miếng nối thực quản hồng tràng.

Do đó, PTNS cắt toàn bộ dạ dày và vét hạch nên được áp dụng trong điều trị UTDD ở những cơ sở có đầy đủ trang thiết bị về PTNS, có đội ngũ phẫu thuật viên được đào tạo bài bản, có kinh nghiệm và đội ngũ hỗ trợ đầy đủ.

2. Cải thiện chất lượng cuộc sống là mục tiêu chính trong điều trị ung thư dạ dày bên cạnh thời gian sống thêm

Vai trò của cải thiện CLCS sau cắt dạ dày ngày càng được coi trọng trên thế giới. Tuy nhiên, tại Việt Nam, vẫn còn ít các nghiên cứu đưa CLCS vào kết quả cuối cùng.

Do đó, việc thường xuyên đánh giá các chức năng và biểu hiện của bệnh nhân có thể giúp bệnh nhân cải thiện CLCS thông qua việc can thiệp và tư vấn chính xác. Thêm vào đó, cần đánh giá CLCS định kỳ và xem việc cải thiện CLCS là mục tiêu thiết yếu trong điều trị ung thư bên cạnh thời gian sống thêm.

Cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá rõ ràng hơn về CLCS và đưa ra những phương pháp giúp cải thiện CLCS sau cắt dạ dày.

DANH MỤC
CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU LIÊN QUAN LUẬN ÁN

1. Anh Tuan Tran, Vu Anh Pham, Minh Hoang Chan, Thao Minh Nguyen, Thanh Nhu Dang (2023), “Quality of life in gastric cancer patients after laparoscopic total gastrectomy”, *Annals of Cancer Research and Therapy*, 31(1):32-38.
2. Trần Tuấn Anh, Phạm Anh Vũ, Lê Lộc, Trần Hoàng Minh, Nguyễn Minh Thảo, Đặng Như Thành (2023), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày kèm nạo vét hạch điều trị ung thư dạ dày”, *Tạp chí Y Dược học*, 5(13).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt

1. Đinh Văn Chiến (2022), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày nạo vét hạch D2 trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày*, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Hải Phòng.
2. Triệu Triều Dương, Phạm Văn Việt (2012), "Nghiên cứu ứng dụng phương pháp mổ nội soi cắt rộng dạ dày vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày", *Y học lâm sàng*, 64:36-41.
3. Ngô Quang Duy, Lê Huy Lưu, Nguyễn Tuấn Anh (2018), "Kết quả cắt dạ dày nội soi với phục hồi lưu thông hoàn toàn trong ổ bụng", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 22(6):121-6.
4. Lê Mạnh Hà (2013), "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt dạ dày hỗ trợ trong điều trị ung thư dạ dày", *Y học thực hành*, 869(5):37-9.
5. Nguyễn Trọng Hào, Trần Thiện Trung (2013), "Các tai biến và biến chứng sau cắt toàn bộ dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 17(3):43-50.
6. Phạm Như Hiệp, Lê Lộc, Phan Hải Thanh (2014), "Cắt dạ dày bán phần xa nội soi kèm nạo vét hạch trong điều trị ung thư dạ dày", *Tạp chí Y Dược học*, 4(2):24-8.
7. Phạm Như Hiệp, Phan Hải Thanh, Hồ Hữu Thiện (2008), "Phẫu thuật cắt dạ dày nội soi tại Bệnh viện trung ương Huế", *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam*, 3(12):776-782.
8. Đỗ Xuân Hợp (1995), *Dạ dày - Giải phẫu bụng*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 107-124.
9. Nguyễn Thanh Hùng (2018), *Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày do ung thư*, Luận án Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
10. Trần Văn Huy, Trần Quang Trung (2015), "Cập nhật chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày sớm", *Tạp chí Y Dược học*, 4(5):5-14.
11. Võ Duy Long (2017), *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III*, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
12. Phạm Văn Nam (2019), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày*, Luận án Tiến sĩ y học Đại học Y Hà Nội.
13. Nguyễn Quang Quyền, Phạm Đăng Diệu (2008), *Dạ dày ở tại chỗ*, Atlas Giải phẫu người, Nhà xuất bản y học, 275.
14. Đỗ Trường Sơn (2014), "Đánh giá kết quả xa sau mổ của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại khoa phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Việt Đức", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 88(3):82-8.

15. 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 y học, Đại học Y Hà Nội.
16. Lâm Việt Trung, Nguyễn Văn Thanh, Lã Văn Tuấn (2018), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày tại bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y dược thực hành* 175, 13:29-38.
17. Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Văn Dư (2022), "Đánh giá hiệu quả vét hạch dưới hướng dẫn huỳnh quang Indocyanine Green trong phẫu thuật nội soi cắt dạ dày triệt căn điều trị ung thư dạ dày", *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108, 17(11):20-5.
18. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al (1993), "The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology", *J Natl Cancer Inst*, 85:365-76.
19. Ajani JA, D'Amato TA, Bentrem D, et al (2022), "Gastric Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology", *J Natl Compr Cancer Netw*, 20(2):167-92.
20. Amari T, Hirukawa C, Fukuda T, et al (2022), "Factors Affecting the Length of Hospital Days After Laparoscopic Gastrectomy for Elderly Patients with Gastric Cancer", *J Gastrointest Cancer*, 53(2):472-9.
21. Amin MB, Green FL, Edge SB, et al (2017), "The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging", *CA Cancer J Clin*, 67(2):93-9.
22. Aoyama T, Komori K, Tamagawa A, et al (2022), "Clinical Influence of the Lymph Node Ratio on Lymph Node Metastasis-positive Gastric Cancer Patients Who Receive Curative Treatment", *In Vivo*, 36(2):994-1000.
23. Aurello P, Magistri P, D'Angelo F, et al (2015), "Treatment of esophagojejunal anastomosis leakage: a systematic review from the last two decades", *Am Surg*, 81:450-3.
24. Azagra JS, Goergen M, De Simone P, Ibañez-Aguirre J (1999), "Minimally invasive surgery for gastric cancer", *Surg Endosc*, 13(4):351-7.
25. Baiocchi GL, Giacomuzzi S, Marrelli D, et al (2019), "International consensus on a complications list after gastrectomy for cancer", *Gastric Cancer*, 22(1):172-89.
26. Belia F, Biondi A, Agnes A, et al (2022), "The use of indocyanine green (ICG) and near-infrared (NIR) fluorescence-guided imaging in gastric cancer surgery: A narrative review", *Front Surg*, 9:880773.
27. Blair VR, McLeod M, Carneiro F, et al (2020), "Hereditary diffuse gastric cancer: updated clinical practice guidelines", *Lancet Oncol*, 21(8):e386-97.
28. Blazeby JM, Conroy T, Bottomley A, et al (2004), "Clinical and psychometric validation of a questionnaire module, the EORTC QLQ-STO 22, to assess quality of life in patients with gastric cancer", *Eur J Cancer*, 40:2260-8.
29. Bo T, Zhihong P, Peiwu Y, et al (2009), "General complications following laparoscopic-assisted gastrectomy and analysis of techniques to manage them", *Surg Endosc.*, 23(8):1860-5.

30. Bonnot PE, Lintis A, Mercier F, et al (2021), "Prognosis of poorly cohesive gastric cancer after complete cytoreductive surgery with or without hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (CYTO-CHIP study)", *Br J Surg*, 108(10):1225-35.
31. Brenkman HJF, Tegels JJW, Ruurda JP, et al (2018), "Factors influencing health-related quality of life after gastrectomy for cancer", *Gastric Cancer*, 21:524-32.
32. Cao S, Zheng T, Wang H, et al (2021), "Enhanced Recovery after Surgery in Elderly Gastric Cancer Patients Undergoing Laparoscopic Total Gastrectomy", *J Surg Res*, 257:579-86.
33. Carlo SD, Siragusa L, Fassari A, et al (2022), "Laparoscopic versus Open Total Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: Short and Long-Term Results", *Curr Oncol*, 29(11):8442-55.
34. Cella D, Riley W, Stone A, et al (2010), "The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005–2008", *J Clin Epidemiol*, 63:1179-94.
35. Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al (1993), "The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure", *J Clin Oncol*, 11:570-9.
36. Chen QY, Xie JW, Zhong Q, et al (2020), "Safety and efficacy of indocyanine green tracer-guided lymph node dissection during laparoscopic radical gastrectomy in patients with gastric cancer: a randomized clinical trial", *JAMA Surg*, 155:300-11.
37. Chi F, Lan Y, Zhou S, et al (2018), "Learning curve of totally laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer: a single teaching hospital study", *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 13(4):442-7.
38. Clavien PA, Barkun J, Oliveira ML, et al (2009), "The Clavien-Dindo Classification of Surgical Complications: Five-Year Experience", *Ann Surg*, 250:187-96.
39. Cleeland CS, Mendoza TR, Wang XS, et al (2000), "Assessing symptom distress in cancer patients: the M.D. Anderson Symptom Inventory", *Cancer*, 89:1634-46.
40. GBD 2017 Stomach Cancer Collaborators (2020), "The global, regional, and national burden of stomach cancer in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2017", *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 5:42-54.
41. Dang D, Nguyen N, Dang N, et al (2019), "Quality of Life in Vietnamese Gastric Cancer Patients", *Biomed Res Int*:7167065.
42. Etoh T, Ohyama T, Sakuramoto S, et al (2023), "Five-Year Survival Outcomes of Laparoscopy-Assisted vs Open Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer The JLSSG0901 Randomized Clinical Trial", *JAMA Surg*, e230096.
43. Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, et al (1995), "Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument", *Br J Surg*, 82:216-22.
44. Ezoe Y, Muto M, Uedo N, et al (2011), "Magnifying narrowband imaging is more accurate than conventional white-light imaging in diagnosis of gastric mucosal cancer", *Gastroenterology*, 141(6):2017-25.

45. Feng F, Zheng G, Guo X, et al (2018), "Impact of body mass index on surgical outcomes of gastric cancer", *BMC Cancer*, 18(1):151.
46. Feng X, Chen X, Ye Z, et al (2021), "Laparoscopic Versus Open Total Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Multicenter, Propensity Score-Matched Cohort Study in China", *Front Oncol*, 11:780398.
47. Fujita J, Takahashi M, Urushihara T (2016), "Assessment of postoperative quality of life following pylorus-preserving gastrectomy and Billroth-I distal gastrectomy in gastric cancer patients: results of the nationwide postgastrectomy syndrome assessment study", *Gastric Cancer*, 19(1):302-11.
48. Fujitani K, Yang HK, Mizusawa J, et al (2016), "Gastrectomy plus chemotherapy versus hemotherapy alone for advanced gastric cancer with a single non-curable factor (REGATTA): a phase 3, ran- domised controlled trial", *Lancet Oncol*, 17:309-18.
49. Garland SN, Pelletier G, Lawe A, et al (2011), "Prospective evaluation of the reliability, validity, and minimally important difference of the functional assessment of cancer therapy-gastric (FACT-Ga) quality-of-life instrument", *Cancer*, 117:216-22.
50. Gertsen EC, Brenkman HJ, van Hillegersberg R, et al (2021), "18F-Fludeoxyglucose–Positron Emission Tomography/Computed Tomography and Laparoscopy for Staging of Locally Advanced Gastric Cancer: A Multicenter Prospective Dutch Cohort Study (PLASTIC)", *JAMA Surg*, 156(12):e215340.
51. Goh YM, Gillespie C, Couper G, Paterson-Brown S (2015), "Quality of life after total and subtotal gastrectomy for gastric carcinoma", *Surgeon*, 13:267-70.
52. Hirata Y, Agnes A, Prakash LR, et al (2022), "Borrmann Type Predicts Response to Preoperative Therapy in Advanced Gastric Cancer", *J Gastrointest Cancer*, 29.
53. Hocevar LA, Fitzgerald BM (2023), *American Society of Anesthesiologists Staging*, vol Treasure Island (FL), In: StatPearls, StatPearls Publishing.
54. Honda M, Wakita T, Onishi Y, et al (2014), "Development and validation of a symptom scale to evaluate postoperative patients with esophagogastric cancer", *J Am Coll Surg*, 219:895-903.
55. Hu Y, Zaydfudim VM (2020), "Quality of Life After Curative Resection for Gastric Cancer: Survey Metrics and Implications of Surgical Technique", *J Surg Res*, 251:168-79.
56. Huang B, Sunde B, Tsekrekos A, et al (2022), "Partial stomach-partitioning gastrojejunostomy for gastric outlet obstruction: A cohort study based on consecutive case series from a single center", *Asian J Surg*, 45(1):326-31.
57. Huang CM, Chen T, Lin JX, et al (2017), "The effects of laparoscopic spleen-preserving splenic hilar lymphadenectomy on the surgical outcome of proximal gastric cancer: a propensity score-matched, case-control study", *Surg Endosc*, 31:1383-92.
58. Huang CM, Tu HR, Lin JX, et al (2015), "A Scoring System to Predict the Risk of Postoperative Complications After Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer Based on a Large-Scale Retrospective Study", *Medicine (Baltimore)*, 94(17):e812.

59. Huang H, Guo Z, Li W, et al (2023), "A comparative study of using linear anastomosis with circular anastomosis in digestive tract reconstruction after laparoscopic radical total gastrectomy: A retrospective study", *Medicine (Baltimore)*, 102(35):e34588.
60. Hummel R, Bausch D (2017), "Anastomotic leakage after upper gastrointestinal surgery: surgical treatment", *Visc Med*, 33:207-11.
61. Hyung WJ, Yang HK, Han SU, et al (2019), "A feasibility study of laparoscopic total gastrectomy for clinical stage I gastric cancer: a prospective multi-center phase II clinical trial, KLASS 03", *Gastric Cancer*, 22(1):214.
62. Isozaki H, Matsumoto S, Murakami S (2016), "Diminished Gastric Resection Preserves Better Quality of Life in Patients with Early Gastric Cancer", *Acta Med Okayama*, 70:119-30.
63. Jang J, Lee S, Ko KP, et al (2022), "Association between Body Mass Index and Risk of Gastric Cancer by Anatomic and Histologic Subtypes in Over 500,000 East and Southeast Asian Cohort Participants", *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 31(9):1727-34.
64. Japanese Gastric Cancer Association (2021), "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition)", *Gastric Cancer*, 24(1):1-21.
65. Japanese Gastric Cancer Association (2011), "Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition", *Gastric Cancer*, 14:101-12.
66. Jaramillo S, Montane-Muntane M, Capitan D, et al (2019), "Agreement of surgical blood loss estimation methods", *Transfusion*, 59(2):508-15.
67. Jaramillo S, Montane-Muntane M, Gambus PL, et al (2020), "Perioperative blood loss: estimation of blood volume loss or haemoglobin mass loss?", *Blood Transfus*, 18(1):20-9.
68. Jeong O, Jung MR, Ryu SY (2019), "Clinicopathological features and prognostic impact of splenic hilar lymph node metastasis in proximal gastric carcinoma", *Eur J Surg Oncol*, 45:432-8.
69. Jeong O, Ryu SY, Choi WY (2014), "Risk factors and learning curve associated with postoperative morbidity of laparoscopic total gastrectomy for gastric carcinoma", *Ann Surg Oncol*, 21:2994.
70. Jiang Y, Yang F, Ma J, et al (2022), "Surgical and oncological outcomes of distal gastrectomy compared to total gastrectomy for middle-third gastric cancer: A systematic review and meta-analysis", *Oncol Lett*, 24(3):291.
71. Jiao X, Wang Y, WAng F, et al (2020), "Recurrence pattern and its predictors for advanced gastric cancer after total gastrectomy", *Medicine (Baltimore)*, 99(51):e23795.
72. Kano K, Yamada T, Yamamoto K, et al (2020), "Association Between Lymph Node Ratio and Survival in Patients with Pathological Stage II/III Gastric Cancer", *Ann Surg Oncol*, 27(1):11.
73. Karanicolas PJ, Graham D, Gonen M, et al (2013), "Quality of life after gastrectomy for adenocarcinoma: a prospective cohort study", *Ann Surg*, 257:1039-46.
74. Katai H, Mizusawa J, Katayama H, et al (2020), "Survival outcomes after laparoscopy-assisted distal gastrectomy versus open distal gastrectomy with nodal

dissection for clinical stage IA or IB gastric cancer (JCOG0912): a multicentre, non-inferiority, phase 3 randomised controlled trial", *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 5(2):142-51.

75. Katai H, Mizusawa J, Katayama H, et al (2019), "Single-arm confirmatory trial of laparoscopy-assisted total or proximal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage I gastric cancer: Japan Clinical Oncology Group study JCOG1401", *Gastric Cancer*, 22(5):999-1008.
76. Kawaguchi Y, Shiraishi K, Akaide H, Ichikawa D (2019), "Current status of laparoscopic total gastrectomy", *Ann Gastroenterol Surg*, 3:14-23.
77. Kawaguchi Y, Shiraishi K, Akaike H, et al (2018), "Current status of laparoscopic total gastrectomy", *Ann Gastroenterol Surg*, 3:14-23.
78. Kim B, Cho SJ (2021), "Endoscopic Screening and Surveillance for Gastric Cancer", *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 31(3):489-501.
79. Kim DW, Jeong B, Shin IH, et al (2019), "Sentinel node navigation surgery using near-infrared indocyanine green fluorescence in early gastric cancer", *Surg Endosc*, 33:1235-43.
80. Kim HH, Han SU, Kim MC, et al (2019), "Effect of laparoscopic distal gastrectomy vs open distal gastrectomy on long-term survival among patients with Stage I gastric cancer: the KLASS-01 randomized clinical trial", *JAMA Oncol*, 5:506-13.
81. Kim YW, Min JS, Yoon HM, et al (2022), "Laparoscopic sentinel node navigation surgery for stomach preservation in patients with early gastric cancer: A randomized clinical trial", *J Clin Oncol*, 40:2342-51.
82. Kinami S, Takahashi M, Urushihara T (2018), "Background factors influencing postgastrectomy syndromes after various types of gastrectomy", *World J Clin Cases*, 6(16):1111-20.
83. Kodera Y (2017), "Neoadjuvant chemotherapy for gastric adenocarcinoma in Japan", *Surg Today*, 47(8):899-907.
84. Kodera Y, Yoshida K, Kumamaru H, et al (2016), "Introducing laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer in general practice: a retrospective cohort study based on a nationwide registry database in Japan", *Gastric Cancer*, 22(1):202-13.
85. Kosuga T, Ichikawa D, Komatsu S, et al (2017), "Clinical and surgical factors associated with organ/space surgical site infection after laparoscopic gastrectomy for gastric cancer", *Surg Endosc*, 31:1667-74.
86. Kulig P, Sierzega M, Pietruszka S, et al (2020), "Types and implications of abdominal fluid collections following gastric cancer surgery", *Acta Chir Belg*, 120(5):315-20.
87. Kumagai K, Hiki N, Nunobe S, et al (2021), "Intraoperative conversion from laparoscopic gastrectomy to an open procedure: a decade of experience in a Japanese high-volume center", *Surg Endosc*, 35(4):1834-42.
88. Kumagai K, Sano T, Hiki N, et al (2018), "Survival benefit of "D2-plus" gastrectomy in gastric cancer patients with duodenal invasion", *Gastric Cancer*, 21:296-302.
89. Kunisaki C, Yoshida K, Yoshida M, et al (2022), "Effects of Proximal Gastrectomy and Various Clinical Factors on Postoperative Quality of Life for Upper-third

- Gastric Cancer Assessed using the Postgastrectomy Syndrome Assessment Scale-45 (PGSAS-45): A PGSAS NEXT Study", *Ann Surg Oncol*, 29(6):3899-908.
90. Kyogoku N, Ebihara Y, Shichinohe T, et al (2018), "Circular versus linear stapling in esophagojejunostomy after laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer: a propensity score-matched study", *Langen-becks Arch Surg*, 403:463-71.
 91. Lauren P (1965), "The two histological main types of gastric carcinoma: Diffuse and so-called intestinal-type carcinoma. An attempt at a histo-clinical classification", *Acta Pathol Microbiol Scand*, 64:31.
 92. Lee H, Kim W, Lee J, et al (2020), "Long-Term Outcomes of Laparoscopic versus Open Total Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Propensity Score-Matched Analysis", *Digestive Surgery*, 37(3):220-8.
 93. Lee HJ, Hyung WJ, Yang HK, et al (2019), "Short-term Outcomes of a Multicenter Randomized Controlled Trial Comparing Laparoscopic Distal Gastrectomy With D2 Lymphadenectomy to Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer (KLASS-02-RCT)", *Ann Surg*, 270(6):983-91.
 94. Li H, Wei Z, Wang C, et al (2020), "Gender Differences in Gastric Cancer Survival: 99,922 Cases Based on the SEER Database", *J Gastrointest Surg*, 24(8):1747-57.
 95. Li P, Lin JX, Tu RH, et al (2019), "Early unplanned reoperations after gastrectomy for gastric cancer are different between laparoscopic surgery and open surgery", *Surgical Endoscopy*, 33(12):4133-42.
 96. Li Z, Qian F, Zhao Y, et al (2022), "A comparative study on perioperative outcomes between robotic versus laparoscopic D2 total gastrectomy.", *Int J Surg* 102:106636.
 97. Liu F, Huang C, Xu Z, et al (2020), "Morbidity and Mortality of Laparoscopic vs Open Total Gastrectomy for Clinical Stage I Gastric Cancer: The CLASS02 Multicenter Randomized Clinical Trial", *JAMA Oncol*, 6(10):1590-7.
 98. Lopez-Picado A, Albinarrate A, Barrachina B (2017), "Determination of Perioperative Blood Loss: Accuracy or Approximation?", *Anesth Analg*, 125(1):280-6.
 99. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, et al (2022), "Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up", *Ann Oncol*, 33(10):1005-20.
 100. Maejima K, Taniai N, Yoshida H (2023), "Risk Factors for Esophagojejunal Anastomotic Leakage in Gastric Cancer Patients after Total Gastrectomy", *J Nippon Med Sch*, 90(1):64-8.
 101. Makuuchi R, Irino T, Tanizawa Y, et al (2019), "Esophagojejunal anastomotic leakage following gastrectomy for gastric cancer", *Surg Today*, 49(3):187-96.
 102. Misawa K, Fujiwara M, Ando M, et al (2015), "Long-term quality of life after laparoscopic distal gastrectomy for early gastric cancer: results of a prospective multi-institutional comparative trial", *Gastric Cancer*, 18:417-25.
 103. Morimoto M, Taniguchi K, Yamamoto O, et al. (2021), "Evaluation of blood supply with indocyanine green fluorescence in resection for concurrent gastric and pancreatic cancer: A case report", *Yonago Acta Med*, 64:133-6.

104. Nagahama T, Yao K, Makietal S (2011), "Usefulness of magnifying endoscopy with narrow-band imaging for determining the horizontal extent of early gastric cancer when there is an unclear margin by chromoendoscopy (with video)", *Gastrointestinal Endoscopy*, 74(6):1259-67.
105. Nakada K, Ikeda M, Takahashi M, Kinami S (2016), "Factors affecting the quality of life of patients after gastrectomy as assessed using newly developed PGSAS-45 scale: a nationwide multi-institutional study", *World J Gastroenterol*, 22(40):8978-90.
106. Nakada K, Ikeda M, Takahashi M, Kinami S (2014), "Characteristics and clinical relevance of postgastrectomy syndrome assessment scale (PGSAS)-45: newly developed integrated questionnaires for assessment of living status and quality of life in postgastrectomy patients", *Gastric Cancer*, Published online.
107. Nakamura K, Kido Y, Yano M, et al (2005), "Reliability and Validity of a New Scale to Assess Postoperative Dysfunction After Resection of Upper Gastrointestinal Carcinoma", *Surg Today*, 35:535-42.
108. National Institute for Health Research Global Research Health Unit on Global Surgery (2020), "Delphi prioritization and development of global surgery guidelines for the prevention of surgical-site infection", *Br J Surg*, 107(8):970-7.
109. Okabe H, Obama K, Tanaka E, et al (2009), "Intracorporeal esophagojejunal anastomosis after laparoscopic total gastrectomy for patients with gastric cancer", *Surg Endosc.*, 23(9):2167-71.
110. Osinowo AO, Olajide TO, Balogun OS, et al (2023), "Clinicopathological Features and Treatment Outcome of Patients with Gastric Cancer in Lagos: Is the Outlook Getting Better?", *J West Afr Coll Surg*, 13(1):67-73.
111. Oustamanolakis P, Tack J (2012), "Dyspepsia: Organic versus functional", *J Clin Gastroenterol*, 46:175-90.
112. Pan T, Galiulin D, Chen XL, et al (2021), "Incidence of adhesive small bowel obstruction after gastrectomy for gastric cancer and its risk factors: a long-term retrospective cohort study from a high-volume institution in China", *Updates Surg*, 73(2):615-26.
113. Pantvaitya G, Joshi S, Nayak P, et al (2022), "Surgical Site Infections in patients undergoing major oncological surgery during the COVID-19 pandemic (SCION): A propensity-matched analysis", *J Surg Oncol*, 125(3):327-35.
114. Park E, Nishimura M, Simoes P (2023), "Endoscopic advances in the management of gastric cancer and premalignant gastric conditions", *World J Gastrointest Endosc*, 15(3):114-21.
115. Park JY, Kim YW, Eom BW, et al (2014), "Unique patterns and proper management of postgastrectomy bleeding in patients with gastric cancer", *Surgery*, 155:1023-9.
116. Park KB, Kim EY, Song KY (2019), "Esophagojejunal Anastomosis after Laparoscopic Total Gastrectomy for Gastric Cancer: Circular versus Linear Stapling", *J Gastric Cancer*, 19(3):344-54.
117. Park KB, Park JY, Lee SS, et al (2020), "Chronological changes in quality of life and body composition after gastrectomy for locally advanced gastric cancer", *Ann Surg Treat Res*, 98(5):262-9.

118. Park YK, Yoon HM, Kim YW, et al (2018), "Laparoscopy-assisted versus Open D2 Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: Results From a Randomized Phase II Multicenter Clinical Trial (COACT 1001)", *Ann Surg*, 267(4):638-45.
119. Pearson TC, Guthrie DL, Simpson J, et al (1995), "Interpretation of measured red cell mass and plasma volume in adults: expert panel on radionuclides of the International Council for Standardization in Haematology", *Br J Haematol*, 89:748-56.
120. Pu YW, Gong W, Wu YY, Chen Q (2013), "Proximal gastrectomy versus total gastrectomy for proximal gastric carcinoma. A meta-analysis on postoperative complications, 5-year survival and recurrence rate", *Saudi Med J*, 34(12):1223-8.
121. Qiao YQ, Zheng L, Jia B, et al (2020), "Risk factors for surgical-site infections after radical gastrectomy for gastric cancer: a study in China", *Chin Med J*, 133(13):1540-5.
122. Rau B, Lang H, Konigsrainer A, et al (2021), "The effect of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) upon cytoreductive surgery (CRS) in gastric cancer (GC) with synchronous peritoneal metastasis (PM): A randomized multicentre phase III trial (GASTRIPEC-I-trial)", *Ann Oncol*, 32:1040-75.
123. Rupp SK, Stengel A (2021), "Influencing Factors and Effects of Treatment on Quality of Life in Patients With Gastric Cancer: A Systematic Review", *Front Psychiatry*, 12:656929.
124. Sakamoto E, Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro U (2022), "Advances in surgical techniques for gastric cancer: Indocyanine green and near-infrared fluorescence imaging. Is it ready for prime time?", *Chin J Cancer Res*, 34(6):587-91.
125. Sakamoto T, Fujiogi M, Matsui H, et al (2020), "Short-Term Outcomes of Laparoscopic and Open Total Gastrectomy for Gastric Cancer: A Nationwide Retrospective Cohort Analysis", *Ann Surg Oncol*, 27(2):518-26.
126. Sano T, Sasako M, Mizusawa J, et al (2017), "Randomized controlled trial to evaluate splenectomy in total gastrectomy for proximal gastric carcinoma", *Ann Surg*, 265:277-83.
127. Seika P, Biebl M, Raakow J, et al (2022), "The Learning Curve for Hand-Assisted Laparoscopic Total Gastrectomy in Gastric Cancer Patients", *J Clin Med*, 11(22):6841.
128. Selby LV, Vertosick EA, Sjoberg DD, et al (2015), "Morbidity after total gastrectomy: analysis of 238 patients", *J Am Coll Surg*, 220:863-71.
129. Shan B, Shan L, Morris D (2015), "Systematic review on quality of life outcomes after gastrectomy for gastric carcinoma", *J Gastrointest Oncol*, 6(5):544-60.
130. Shen Y, Xiao M, Weng J, et al (2023), "Diagnosis and treatment of postoperative bleeding in patients after gastrectomy: a retrospective case series study", *J Gastrointest Oncol*, 14(1):110-8.
131. Sheng S, Chen Y, Li C (2018), "Outcomes of Laparoscopic Total Gastrectomy for Elderly Gastric Cancer Patients", *J Cancer*, 9(23):4398-403.
132. Shimada S, Sawada N, Ishiyama Y, et al (2018), "Impact of obesity on short- and long-term outcomes of laparoscopy assisted distal gastrectomy for gastric cancer", *Surg Endosc*, 32(1):358-66.

133. Son SY, Hur H, Hyung WJ, et al (2022), "Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer: 5-Year Outcomes of the KLASS-02 Randomized Clinical Trial", *JAMA Surg*, 157(10):879-886.
134. Song XH, Zhang WH, Liu K, et al (2020), "Prognostic impact of Borrmann classification on advanced gastric cancer: a retrospective cohort from a single institution in western China", *World J Surg Oncol*, 18(1):204.
135. Suematsu H, kunisaki C, Miyamoto H, et al (2020), "Laparoscopic total gastrectomy for gastric cancer in elderly patients", *In Vivo*, 34(5):2933-9.
136. Sun KK, Wu YY (2021), "Current status of laparoscopic proximal gastrectomy in proximal gastric cancer: Technical details and oncologic outcomes", *Asian J Surg*, 44(1):54-8.
137. Sung H, Ferlay J, Siegel R (2021), "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", *CA Cancer J Clin*, 71:209-49.
138. Svedlund J, Sjödin I, Dotevall G (1988), "GSRS--a clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease", *Dig Dis Sci*, 33:129-34.
139. Takada R, Minaga K, Hara A, et al (2021), "Diagnostic Value of EUS-Guided Fine-Needle Aspiration Biopsy for Gastric Linitis Plastica with Negative Endoscopic Biopsy", *J Clin Med*, 10(16):3716.
140. Takahashi M, Terashima M, Kawahira H (2017), "Quality of life after total vs distal gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction: Use of the Postgastrectomy Syndrome Assessment Scale-45", *World J Gastroenterol*, 23(11):2068-76.
141. Takashima Y, Komatsu S, Kasuga M, et al (2022), "Tumor Location on the Vertical Section of the Anterior Wall Is Related to Favorable Prognosis and Low Incidence of Lymph Node Metastasis in Lower-third Gastric Cancer", *Anticancer Res*, 42(1):237-43.
142. Tan Z, Ch'ng J (2020), "Use of the Gastroduodenal Artery in Hepatic Artery Reconstruction for Iatrogenic Hepatic Artery Injury During Laparoscopic Total Gastrectomy: Case Report and Review of the Literature", *Ann Vasc Surg*, 66.
143. Terashima M, Tanabe K, Yoshida M (2014), "Postgastrectomy syndrome assessment scale (PGSAS)-45 and changes in body weight are useful tools for evaluation of reconstruction methods following distal gastrectomy", *Ann Surg Oncol*, 21(3):370-8.
144. Tran A, Heuser J, Ramsay T, et al (2021), "Techniques for blood loss estimation in major non-cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis", *Can J Anaesth*, 68(2):245-55.
145. Trapani R, Rausei S, Reddavid E, et al (2020), "Risk factors for esophago-jejunal anastomosis leakage after total gastrectomy for cancer. A multicenter retrospective study of the Italian research group for gastric cancer", *Eur J Surg Oncol*, 46(12):2243-7.
146. Tu RH, Huang CM, Lin JX, et al (2016), "A scoring system to predict the risk of organ/space surgical site infections after laparoscopic gastrectomy for gastric cancer based on a large-scale retrospective study", *Surg Endosc*, 30:3026-34.

147. Turner-Bowker DM, Bayliss MS, Ware JE, Kosinski M (2003), "Usefulness of the SF-8 Health Survey for comparing the impact of migraine and other conditions", *Qual life Res*, 12:1003-12.
148. Ungureanu BS, Sacerdotianu VM, Turcu-Stiolica A, et al (2021), "Endoscopic Ultrasound vs. Computed Tomography for Gastric Cancer Staging: A Network Meta-Analysis", *Diagnostics (Basel)*, 11(1):134.
149. Ushimaru Y, Omori T, Fujiwara Y, et al (2019), "The feasibility and safety of preoperative fluorescence marking with indocyanine green (ICG) in laparoscopic gastrectomy for gastric cancer", *J Gastrointest Surg*, 23:468-76.
150. van Amelsfoort RM, van der Sluis K, Schats W, et al (2021), "Health-Related Quality of Life in Locally Advanced Gastric Cancer: A Systematic Review", *Cancers*, 13(23):5934.
151. van der Veen A, Brenkman HJ, Seesing MF, et al (2021), "Laparoscopic Versus Open Gastrectomy for Gastric Cancer (LOGICA): A Multicenter Randomized Clinical Trial", *J Clin Oncol*, 39(9):978-89.
152. van der Wielen N, Straatman J, Daams F, et al (2021), "Open versus minimally invasive total gastrectomy after neoadjuvant chemotherapy: results of a European randomized trial", *Gastric Cancer*, 24:258-71.
153. Vickery CW, Blazeby JM, Conroy T, et al (2001), "Development of an EORTC disease-specific quality of life module for use in patients with gastric cancer", *Eur J Cancer*, 37:966-71.
154. Wanebo HJ, Kennedy BJ (1993), "Cancer of the stomach. A patient care study by the American College of Surgeons", *Ann Surg*, 218(5):583-92.
155. Wang L, Zhang X, Xu H, et al (2021), "Influencing Factors of Gastrointestinal Function Recovery after Gastrointestinal Malignant Tumor", *J Healthc Eng*:6457688.
156. Wang XS, Williams LA, Eng C, et al (2010), "Validation and application of a module of the M. D. Anderson Symptom Inventory for measuring multiple symptoms in patients with gastrointestinal cancer (the MDASI-GI)", *Cancer*, 116:2053-63.
157. Wang Z, Zhang X, Liang J (2015), "Short-term outcomes for laparoscopy-assisted distal gastrectomy for body mass index ≥ 30 patients with gastric cancer", *J Surg Res*, 195:83.
158. Watts EL, Perez-Cornago A, Knuppel A, et al (2021), "Prospective analyses of testosterone and sex hormone-binding globulin with the risk of 19 types of cancer in men and postmenopausal women in UK Biobank", *Int J Cancer*, 149:573-84.
159. Woo A, Fu T, Popovic M, et al (2016), "Comparison of the EORTC STO-22 and the FACT-Ga quality of life questionnaires for patients with gastric cancer", *Ann Palliat Med*, 5:13-21.
160. Wu JM, Zhao LY, Chen T, et al (2019), "Vascular injury and anatomy during laparoscopy - assisted distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer", *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*, 22(10):955-60.
161. Xia JY, Aadam AA (2022), "Advances in screening and detection of gastric cancer", *J Surg Oncol*, 125(7):1104-9.

162. Xiao X, Gao B, Pang S, et al (2023), "Tumor size as a significant prognostic factor in T1 gastric cancer: a Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) database analysis", *BMC Gastroenterol*, 23(1):121.
163. Yabusaki H, Kodera Y, Fukushima N, et al (2020), "Comparison of Postoperative Quality of Life among Three Different Reconstruction Methods After Proximal Gastrectomy: Insights From the PGSAS Study", *World J Surg*, 44:3343-40.
164. Yan Y, Wang D, Mahuron K, et al (2023), "Different Methods of Minimally Invasive Esophagojejunostomy After Total Gastrectomy for Gastric Cancer: Outcomes from Two Experienced Centers", *Ann Surg Oncol*, 30(11):6718-27.
165. Yao K, Anagnostopoulos GK, Ragunath K (2009), "Magnifying endoscopy for diagnosing and delineating early gastric cancer", *Endoscopy*, 41(5):462-7.
166. Yu J, Huang C, Sun Y, et al (2019), "Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial", *JAMA*, 321(20):1983.
167. Yura M, Yoshikawa T, Otsuki S, et al (2019), "The therapeutic survival benefit of splenic hilar nodal dissection for advanced proximal gastric cancer invading the greater curvature", *Ann Surg Oncol*, 26:829-35.
168. Zhang L, Hong H, Zang L, et al (2022), "Application Value of 4K High-Definition System in Laparoscopy Gastrectomy: Preliminary Results and Initial Experience", *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 32(2):137-41.
169. Zhao B, Lu H, Luo R, et al (2021), "Different clinicopathologic features and prognostic significance of signet ring cell histology in early and locally advanced gastric cancer patients", *Clin Res Hepatol Gastroenterol*, 45(1):101454.
170. Zhao L, Ling R, Chen J, et al (2021), "Clinical Outcomes of Proximal Gastrectomy versus Total Gastrectomy for Proximal Gastric Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis", *Dig Surg*, 38(1):1-13.
171. Zheng C, Xu Y, Zhao G, et al (2021), "Outcomes of Laparoscopic Total Gastrectomy Combined With Spleen-Preserving Hilar Lymphadenectomy for Locally Advanced Proximal Gastric Cancer", *JAMA Netw Open*, 4(12):e2139992.
172. Zheng CH, Xu YC, Zhao G, et al (2020), "Safety and feasibility of laparoscopic spleen-preserving No. 10 lymph node dissection for locally advanced upper third gastric cancer: a prospective, multicenter clinical trial", *Surg Endosc*, 34(11):5062-73.
173. Zhong Q, Chen QY, Xu YC, et al (2021), "Reappraise role of No. 10 lymphadenectomy for proximal gastric cancer in the era of minimal invasive surgery during total gastrectomy: a pooled analysis of 4 prospective trial", *Gastric Cancer*, 24:245-57.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1: PHIẾU NGHIÊN CỨU

SỐ HỒ SƠ:

MÃ BỆNH ÁN:

PHIẾU NGHIÊN CỨU

1. Hành chính

- Họ và tên bệnh nhân:

- Tuổi:

- Giới: ☐ Nam ☐ Nữ

- Ngày nhập viện:

2. Tiền sử:

☐ Bệnh lý về dạ dày: năm, chẩn đoán

☐ Phẫu thuật vùng bụng trên: năm, chẩn đoán

☐ Phẫu thuật vùng bụng dưới năm, chẩn đoán

☐ Bệnh nội khoa: năm, chẩn đoán

☐ Khác:

3. Triệu chứng lâm sàng

- Chiều cao:

- Cân nặng:

- BMI:

- Lý do vào viện:

☐ đau bụng

☐ nôn

☐ khối ở

bụng

☐ đại tiện phân đen

☐ tình cờ phát hiện

☐ Khác:

- Thời gian mắc:

- Các triệu chứng khác:

☐ Đau bụng: ☐ thượng vị

☐ hạ sườn phải

☐ hạ sườn trái

☐ khác:

☐ Nôn

☐ Đầy bụng, khó tiêu

- ☐ Đại tiện ra máu ☐ Sụt cân: ...kg/...tháng ☐ Ổi chua
- ☐ Nóng rát sau xương ức ☐ Nôn ra máu ☐ hẹp môn vị
- ☐ Khối vùng bụng: ☐ thượng vị ☐ hạ sườn phải ☐ hạ sườn trái ☐ khác:
- Kích thước:.....cm, ☐ di động
- ☐ Không có triệu chứng ☐ Khác:

4. Cận lâm sàng

- Nội soi dạ dày:

- + Đại thể: ☐ Thở bề mặt ☐ Thở sùi ☐ Thở loét
- ☐ Thở loét thâm nhiễm ☐ Thở thâm nhiễm lan tỏa
- ☐ Không xếp loại được:
- + Vị trí u: ☐ tâm vị ☐ phình vị ☐ thân vị ☐ hang vị ☐ môn vị
- ☐ bờ cong lớn ☐ bờ cong nhỏ ☐ toàn bộ dạ dày
- + Nhiễm HP: ☐ Có ☐ Không
- + Ống soi qua được u: ☐ Có ☐ Không
- + Kết quả sinh thiết:
- Độ biệt hoá: ☐ Tốt ☐ Vừa ☐ Kém ☐ tế bào nhẵn ☐ Khác:

- CLVT bụng:

- + Vị trí u: ☐ tâm vị ☐ phình vị ☐ thân vị ☐ hang vị ☐ môn vị
- ☐ bờ cong lớn ☐ bờ cong nhỏ ☐ toàn bộ dạ dày
- + Xâm lấn:
- + Kích thước tổn thương:cm.
- +Dấu hiệu khác

- ☐ Hẹp môn vị ☐ Tổn thương khác:
- ☐ Hạch. Vị trí: ☐ Kích thước: ☐ Số lượng:
- ☐ Xâm lấn cơ quan khác:

- Sinh hóa, huyết học

□ Tắc ruột sớm. Xử trí:

- ☐ Bục thành bụng. Xử trí:
- ☐ Khác:
- Số ngày nằm viện
- Giải phẫu bệnh sau mổ:
- Độ biệt hoá: ☐ Tốt ☐ Vừa ☐ Kém ☐ tế bào nhẵn ☐ Khác:
- Giai đoạn sau mổ: T N M giai đoạn:
- Số hạch vét được:

7. Theo dõi

- Thời gian theo dõi:
- Điều trị bổ trợ sau mổ:
 - ☐ Hóa trị.
 - ☐ Xạ trị.
- Tái phát, di căn
 - ☐ Tái phát: Thời gian:
 - ☐ Di căn: Thời gian:
- Biến chứng xa sau mổ:
 - ☐ Thoát vị vết mổ. Thời gian: tháng. Xử trí:
 - ☐ Tắc ruột. Thời gian: tháng. Xử trí:
 - ☐ Hẹp miệng nối. Thời gian: tháng. Xử trí:
 - ☐ Khác: Thời gian: tháng. Xử trí:
- Thời gian sống thêm toàn bộ:
- Thời gian sống thêm không bệnh:

PHỤ LỤC 2:
BỘ CÂU HỎI PGSAS-45

Khảo sát này hỏi về quan điểm của bạn về sức khỏe của chính mình. Những thông tin này sẽ giúp bạn theo dõi bản thân cảm thấy thế nào và khả năng làm các hoạt động bình thường của mình.

Trả lời mọi câu hỏi bằng cách chọn câu trả lời như dưới đây. Nếu bạn không chắc về cách trả lời câu hỏi, hãy cho câu trả lời tốt nhất có thể.

Cho mỗi câu hỏi dưới đây, hãy đánh dấu x vào một ô mô tả đúng nhất câu trả lời của bạn.

1. Nhìn chung, bạn đánh giá sức khỏe của mình trong 4 tuần qua như thế nào?
Tuyệt vời Rất tốt Tốt Bình thường Kém Rất kém

☐☐☐☐☐☐

2. Trong 4 tuần qua, các vấn đề sức khỏe làm giảm các hoạt động thể chất của bạn như thế nào (như đi bộ hoặc leo cầu thang)?

Không chút nào Rất ít Một chút Hơi nhiều Không thể hoạt động

☐☐☐☐☐

3. Trong 4 tuần qua, mức độ khó khăn khi bạn làm các công việc hàng ngày, cả ở nhà và bên ngoài, do ảnh hưởng của thể chất?

Không chút nào Rất ít Một chút Hơi nhiều Không thể làm

☐☐☐☐☐

4. Bạn cảm thấy cơ thể đau nhức như thế nào trong 4 tuần qua?

Không Rất nhẹ Nhẹ Trung bình Trầm trọng Rất trầm trọng

☐☐☐☐☐☐

5. Trong 4 tuần qua, bạn cảm thấy có bao nhiêu sức lực?

Rất nhiều Hơi nhiều Vài Ít Không có

☐☐☐☐☐

6. Trong 4 tuần qua, các vấn đề về tinh thần hoặc thể chất ảnh hưởng các hoạt động xã hội bình thường của bạn với gia đình hoặc bạn bè như thế nào?

Không chút nào Rất ít Một chút Hơi nhiều Không thể làm

☐☐☐☐☐

7. Trong 4 tuần qua, bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi các vấn đề về tinh thần (như cảm thấy lo lắng, chán nản hoặc cáu kỉnh)?

Không chút nào Nhẹ Trung bình Hơi nhiều Vô cùng

☐☐☐☐☐

8. Trong 4 tuần qua, các vấn đề về tinh thần ảnh hưởng đến công việc, học hành hoặc các hoạt động hàng ngày bình thường khác như thế nào?

Không chút nào Rất ít Một chút Hơi nhiều Không thể làm

☐☐☐☐☐

9. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi các cơn đau hoặc khó chịu ở vùng bụng trên hoặc ở thượng vị trong tuần vừa qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

10. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác nóng rát khó chịu ở ngực trong tuần qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

11. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác đắng hoặc chua ở cổ họng trong tuần qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

12. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác đau khi đói bụng trong tuần qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

13. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác buồn nôn trong tuần qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

14. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi tiếng sôi bụng trong tuần qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

15. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác đầy hơi trong tuần qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

16. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi việc ợ hơi trong tuần qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

17. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác muốn xì hơi trong tuần qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

18. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi tình trạng táo bón trong tuần qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

19. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi tình trạng đại tiện nhiều lần trong tuần qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

20. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi tình trạng phân lỏng trong tuần qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

21. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi tình trạng phân cứng trong tuần qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

22. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác muốn đại tiện ngay trong tuần qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

23. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác đại tiện không hết phân trong tuần qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

24. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác đống ở miệng trong tháng qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

25. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác thức ăn bị mắc lại khi nuốt trong tháng qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

26. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác khó chịu hoặc nặng bụng sau khi ăn trong tháng qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

27. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác không thể ăn thêm vì cảm thấy đầy bụng trước khi hoàn tất bữa ăn trong tháng qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

28. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi cảm giác đau quanh rốn hoặc vùng bụng dưới trong tháng qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

29. Bạn đã trải qua những triệu chứng nào dưới đây trong vòng 30 phút sau ăn trong tháng qua? Hãy chọn ô mô tả triệu chứng của bạn.

☐ Không có triệu chứng nào bên dưới

(Các triệu chứng chung)

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| ☐ Toát mồ hôi lạnh | ☐ Đánh trống ngực | ☐ Chóng mặt |
| ☐ Đờ người | ☐ Ngất xỉu | ☐ Đỏ bừng mặt |
| ☐ Mặt tái nhợt | ☐ Cảm thấy nóng | ☐ Uể oải |
| ☐ Mệt mỏi | ☐ Hay buồn ngủ | ☐ Đau đầu |
| ☐ Cảm giác nặng đầu | ☐ Cảm giác thắt ở ngực | |

(Các triệu chứng về bụng)

- ☐ Sôi bụng (trừ khi sau uống sữa) ☐ Quặn bụng (trừ khi sau uống sữa)

☐ Tiêu chảy (trừ khi sau uống sữa) ☐ Buồn nôn ☐ Nôn

☐ Chướng bụng ☐ Khó chịu ở bụng

30. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi các triệu chứng chung mình có (ở câu 29) trong tháng qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

31. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi các triệu chứng về bụng mình có (ở câu 29) trong tháng qua?

☐ Không chút nào

☐ Rất ít

☐ Nhẹ

☐ Trung bình

☐ Tương đối trầm trọng

☐ Trầm trọng

☐ Rất trầm trọng

32. Bạn đã trải qua những triệu chứng nào dưới đây trong 2 hoặc 3 tiếng sau ăn trong tháng qua? Hãy chọn ô mô tả triệu chứng của bạn.

☐ Không có triệu chứng nào bên dưới

(Các triệu chứng chung)

☐ Toát mồ hôi lạnh

☐ Đánh trống ngực

☐ Chóng mặt

☐ Đau đầu

☐ Ngất xỉu

☐ Mệt mỏi

☐ Uể oải

☐ Suy nhược

☐ Run người

☐ Cảm giác đói

☐ Thở hụt hơi

33. Bạn bị ảnh hưởng như thế nào bởi các triệu chứng chung mình có (ở mục 32) trong tháng qua?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Rất ít
- ☐ Nhẹ
- ☐ Trung bình
- ☐ Tương đối trầm trọng
- ☐ Trầm trọng
- ☐ Rất trầm trọng

34. Lượng thức ăn bạn ăn trong một bữa bằng trung bình bao nhiêu phần trăm so với trước mổ trong tháng qua?

Khoảng ()% lượng thức ăn trong một bữa trước mổ.

35. Lượng thức ăn bạn ăn trong một ngày bằng trung bình bao nhiêu phần trăm so với trước mổ trong tháng qua?

Khoảng ()% lượng thức ăn trong một ngày trước mổ.

36. Trung bình bạn ăn bao nhiêu bữa chính một ngày trong tháng qua?

Khoảng () bữa một ngày.

37. Trung bình bạn ăn bao nhiêu bữa phụ hoặc ăn vặt một ngày trong tháng qua?

Khoảng () bữa một ngày.

38. Bạn có cảm thấy ngon miệng trong tháng qua không?

- ☐ Không bao giờ
- ☐ Ít khi (ít hơn một lần mỗi tuần)
- ☐ Đôi lúc (2 đến 3 lần mỗi tuần)
- ☐ Thường xuyên (4 đến 6 lần mỗi tuần)
- ☐ Luôn luôn (mỗi ngày)

39. Bạn có cảm thấy đói trong tháng qua không?

- ☐ Không bao giờ
- ☐ Ít khi (ít hơn một lần mỗi tuần)
- ☐ Đôi lúc (2 đến 3 lần mỗi tuần)
- ☐ Thường xuyên (4 đến 6 lần mỗi tuần)
- ☐ Luôn luôn (mỗi ngày)

40. Bạn có cảm thấy đầy bụng trong tháng qua không?

- ☐ Không bao giờ
- ☐ Ít khi (ít hơn một lần mỗi tuần)
- ☐ Đôi lúc (2 đến 3 lần mỗi tuần)
- ☐ Thường xuyên (4 đến 6 lần mỗi tuần)
- ☐ Luôn luôn (mỗi ngày)

41. Hãy chọn mô tả chính xác nhất nhu cầu về bữa ăn phụ (ăn nhẹ hoặc ăn vặt) trong tháng qua?

- ☐ Ăn vừa đủ với bữa chính, 3 lần mỗi ngày.
- ☐ Ăn thiếu nhẹ với bữa chính, 3 lần mỗi ngày và thỉnh thoảng bạn cần ăn bữa phụ.
- ☐ Ăn thiếu đáng kể với bữa chính, 3 lần mỗi ngày và bạn phải ăn bữa phụ.
- ☐ Ăn không đủ kể cả khi ăn thêm bữa phụ bên cạnh bữa chính, 3 lần mỗi ngày.
- ☐ Ăn không đủ vì bạn không thể ăn thêm bữa phụ ngoài 3 bữa chính mỗi ngày.

42. Hãy chọn mô tả chính xác nhất tình trạng sống của bạn (khả năng làm việc) trong tháng qua?

- ☐ Bạn có thể làm việc đầy đủ và thậm chí có thể làm thêm giờ. Bạn có thể tận hưởng các chuyến du lịch, thể thao, các hoạt động giải trí và ra ngoài ăn tối như trước mổ.
- ☐ Bạn có thể làm việc như bình thường.
- ☐ Bạn gặp vài khó khăn khi làm việc hoặc giữ nhà. Bạn có thể làm việc nhẹ hơn (70 đến 80% so với trước mổ).
- ☐ Bạn gặp nhiều khó khăn khi làm việc hoặc giữ nhà (khoảng 50% so với trước mổ).
- ☐ Bạn hầu như không làm việc hoặc giữ nhà.

43. Bạn có thường xuyên cảm thấy không hài lòng với các triệu chứng ở ngực hoặc bụng sau cắt dạ dày trong tháng qua không?

- ☐ Không chút nào

- ☐ Ít
- ☐ Trung bình
- ☐ Nhiều
- ☐ Rất nhiều

44. Bạn có thường xuyên cảm thấy không hài lòng với việc không thể ăn như mong muốn cắt dạ dày trong tháng qua không?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Ít
- ☐ Trung bình
- ☐ Nhiều
- ☐ Rất nhiều

45. Bạn có thường xuyên cảm thấy không hài lòng với sự hạn chế các hoạt động hàng ngày trong tháng qua không?

- ☐ Không chút nào
- ☐ Ít
- ☐ Trung bình
- ☐ Nhiều
- ☐ Rất nhiều

PHỤ LỤC 3:
CÁC NHÓM HẠCH THEO PHÂN LOẠI UNG THU DẠ DÀY
NHẬT BẢN 2011

- Nhóm 1: bên phải tâm vị, bao gồm cả những hạch dọc nhánh lên đầu tiên của ĐM vị trái.
- Nhóm 2: bên trái tâm vị, bao gồm cả những hạch dọc nhánh thực quản tâm vị của ĐM dưới hoành trái.
- Nhóm 3a: dọc bờ cong nhỏ dạ dày, dọc theo những nhánh còn lại của ĐM vị trái.
- Nhóm 3b: dọc bờ cong nhỏ dạ dày, dọc theo nhánh thứ 2 và phần xa của ĐM vị phải.
- Nhóm 4sa: dọc bờ cong lớn bên trái, dọc theo các ĐM vị ngắn.
- Nhóm 4sb: dọc bờ cong lớn bên trái, dọc theo ĐM vị mạc nối trái.
- Nhóm 4d: dọc bờ cong lớn bên phải, dọc theo nhánh thứ 2 và phần xa của ĐM vị mạc nối phải.
- Nhóm 5: trên môn vị, dọc theo nhánh thứ 1 và phần gần của ĐM vị phải.
- Nhóm 6: dưới môn vị, dọc theo nhánh thứ 1 và phần gần của ĐM vị mạc nối phải xuống đến chỗ hợp lưu của TM vị mạc nối phải và TM tá tụy trước dưới.
- Nhóm 7: dọc theo thân ĐM vị trái giữa chỗ xuất phát và chỗ chia những nhánh lên.
- Nhóm 8a: dọc ĐM gan chung (nhóm phía trước, trên).
- Nhóm 8p: dọc ĐM gan chung (nhóm phía sau).
- Nhóm 9: quanh ĐM thân tạng.
- Nhóm 10: vùng rốn lách, bao gồm cả những hạch ở phần xa của ĐM lách tới đuôi tụy và cả những hạch ở góc các ĐM vị ngắn.

- Nhóm 11p: dọc theo ĐM lách (phần gần), từ chỗ xuất phát của ĐM lách đến điểm giữa của chỗ xuất phát và đuôi tụy.
- Nhóm 11d: dọc theo ĐM lách (phần xa), từ điểm giữa của chỗ xuất phát và đuôi tụy đến đuôi tụy.
- Nhóm 12a: trong dây chằng gan tá tràng (dọc ĐM gan từ chỗ hợp lưu của ống gan phải và ống gan trái đến bờ trên tụy).
- Nhóm 12b: trong dây chằng gan tá tràng (dọc đường mật từ chỗ hợp lưu của ống gan phải và ống gan trái đến bờ trên tụy).
- Nhóm 12p: trong dây chằng gan tá tràng (dọc TM của từ chỗ hợp lưu của ống gan phải và ống gan trái đến bờ trên tụy).
- Nhóm 13: mặt sau đầu tụy.
- Nhóm 14v: dọc theo TM mạc treo tràng trên.
- Nhóm 15: dọc theo các mạch máu đại tràng giữa.
- Nhóm 16a1: dọc theo ĐM chủ giữa trụ hoành.
- Nhóm 16a2: dọc theo ĐM chủ bụng (từ bờ trên ĐM thân tạng đến bờ dưới TM thận trái).
- Nhóm 16b1: dọc theo ĐM chủ bụng (từ bờ dưới TM thận trái đến bờ trên ĐM mạc treo tràng dưới).
- Nhóm 16b2: dọc theo ĐM chủ bụng (từ bờ trên ĐM mạc treo tràng dưới đến chỗ chia đôi của ĐM chủ bụng).
- Nhóm 17: mặt trước đầu tụy dưới bao tụy.
- Nhóm 18: dọc theo bờ dưới thân tụy.
- Nhóm 19: dưới cơ hoành dọc theo ĐM dưới hoành.
- Nhóm 20: quanh thực quản bụng.
- Nhóm 110: quanh thực quản ngực.
- Nhóm 111: trên cơ hoành.
- Nhóm 112: trung thất sau [65].

PHỤ LỤC 4:
PHÂN CHIA VI THỂ THEO HIỆP HỘI UNG THƯ DẠ DÀY
NHẬT BẢN

U biểu mô lành tính	Mã ICD-O
U tuyến	814/0
U biểu mô ác tính	
<i>Loại thường gặp</i>	
K biểu mô tuyến nhú (pap)	8260/3
K biểu mô tuyến ống (tub) Biệt hoá tốt (tub1) Biệt hoá vừa (tub2)	8211/3
K biểu mô tuyến biệt hoá kém (por) Loại rắn (por1) Loại không rắn (por2)	
K biểu mô tế bào nhẵn (sig)	8490/3
K biểu mô tuyến nhầy (muc)	8489/3
<i>Loại đặc biệt</i>	
Carcinoid	8240/3
K biểu mô nội tiết	8401/3
K biểu mô bạch huyết mô đệm	
K biểu mô tuyến dạng gan	
K biểu mô tuyến gai	8560/3
K biểu mô tế bào gai	8070/3
K biểu mô không biệt hoá	8020/3
K biểu mô hỗn tạp	
U không biểu mô	

U lớp đệm đường tiêu hoá (GIST)	8396/0,1,3
U cơ trơn	8890/0,3
U thần kinh	9560/9580/0
U không biểu mô hỗn tạp	
Lymphoma	
<i>Lymphoma tế bào B</i>	
MALT lymphoma (mô lympho liên quan niêm mạc)	9699/3
U nang lympho	9690/3
U lympho tế bào có vỏ	9673/3
U lympho tế bào B lớn lan toả	9680/3
U lympho tế bào B khác U lympho tế bào T U lympho khác	
U di căn	
Tổn thương giống u	
Polyp tăng sản	
Polyp tuyến đáy	
Tuyến dưới niêm mạc lạc chỗ	
Tụy lạc chỗ	
Polyp xơ viêm (IFP)	
Đa polyp đường tiêu hoá	
Đa polyp có tính chất gia đình, hội chứng Peutz-Jeghers, đa polyp thiếu niên, bệnh Cowden	
<i>Các loại khác</i>	

PHỤ LỤC 5:
PHÂN CHIA GIAI ĐOẠN THEO AJCC (2017)

U nguyên phát (T)	
TX	Không thể xác định được u nguyên phát
T0	Không có bằng chứng của u nguyên phát
Tis	Carcinoma tại chỗ: U trong biểu mô không xâm lấn lớp màng đáy, loạn sản mức độ nặng.
T1	U xâm lấn lớp màng đáy, cơ niêm hoặc dưới niêm mạc
T1a	U xâm lấn lớp màng đáy hoặc lớp cơ niêm
T1b	U xâm lấn lớp dưới niêm mạc
T2	U xâm lấn lớp cơ *
T3	U xâm lấn lớp mô đệm dưới thanh mạc nhưng chưa tới phúc mạc tạng hoặc cấu trúc lân cận **
T4	U xâm lấn thanh mạc (phúc mạc tạng) hoặc các cấu trúc lân cận **
T4a	U xâm lấn thanh mạc (phúc mạc tạng)
T4b	U xâm lấn các cấu trúc và cơ quan lân cận
* U có thể xâm lấn lớp cơ mở rộng đến dây chằng vị đại tràng hoặc vị gan, hoặc vào mạc nối lớn hoặc nhỏ nhưng không thủng lớp phúc mạc tạng phủ các cấu trúc này. Trong trường hợp này, u được phân loại là T3. Nếu u xuyên qua phúc mạc tạng phủ các dây chằng dạ dày hoặc mạc nối, u được phân loại là T4. ** Cấu trúc lân cận của dạ dày gồm lách, đại tràng ngang, gan, cơ hoành, tụy, thành bụng, tuyến thượng thận, thận, ruột non và phúc mạc thành sau.	
Hạch bạch huyết (N)	
NX	Hạch vùng không thể đánh giá
N0	Không có di căn hạch vùng

N1	Di căn 1 – 2 hạch vùng		
N2	Di căn 3 – 6 hạch vùng		
N3	Di căn 7 hoặc nhiều hơn hạch vùng		
N3a	Di căn 7 – 15 hạch vùng		
N3b	Di căn 16 hoặc nhiều hơn hạch vùng		
Di căn xa (M)			
M0	Không có di căn xa		
M1	Có di căn xa		
Giai đoạn			
Lâm sàng (cTNM)			
T	N	M	Giai đoạn
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	I
T2	N0	M0	I
T1	N1, N2 hoặc N3	M0	IIA
T2	N1, N2 hoặc N3	M0	IIA
T3	N0	M0	IIB
T4a	N0	M0	IIB
T3	N1, N2 hoặc N3	M0	III
T4a	N1, N2 hoặc N3	M0	III
T4b	N bất kỳ	M0	IVA
T bất kỳ	N bất kỳ	M1	IVB
Mô bệnh học (pTNM)			
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	IA
T1	N1	M0	IB
T2	N0	M0	IB

T1	N2	M0	IIA
T2	N1	M0	IIA
T3	N0	M0	IIA
T1	N3a	M0	IIB
T2	N2	M0	IIB
T3	N1	M0	IIB
T4a	N0	M0	IIB
T2	N3a	M0	IIIA
T3	N2	M0	IIIA
T4a	N1	M0	IIIA
T4a	N2	M0	IIIA
T4b	N0	M0	IIIA
T1	N3b	M0	IIIB
T2	N3b	M0	IIIB
T3	N3a	M0	IIIB
T4a	N3a	M0	IIIB
T4b	N1	M0	IIIB
T4b	N2	M0	IIIB
T3	N3b	M0	IIIC
T4a	N3b	M0	IIIC
T4b	N3a	M0	IIIC
T4b	N3b	M0	IIIC
T bất kỳ	N bất kỳ	M1	IV
Sau điều trị bổ trợ trước mổ (ypTNM)			
T1	N0	M0	I
T2	N0	M0	I
T1	N1	M0	I

T3	N0	M0	II
T2	N1	M0	II
T1	N2	M0	II
T4a	N0	M0	II
T3	N1	M0	II
T2	N2	M0	II
T1	N3	M0	II
T4a	N1	M0	III
T3	N2	M0	III
T2	N3	M0	III
T4b	N0	M0	III
T4b	N1	M0	III
T4a	N2	M0	III
T3	N3	M0	III
T4b	N2	M0	III
T4b	N3	M0	III
T4a	N3	M0	III
T bất kỳ	N bất kỳ	M1	IV

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU
KHOA NGOẠI NHI CẤP CỨU BỤNG, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ**

**ĐỀ TÀI: “ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG
CỦA BỆNH NHÂN SAU CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NỘI SOI DO UNG THƯ”**

**NGHIÊN CỨU SINH: TRẦN TUẤN ANH
NGƯỜI HƯỚNG DẪN: PGS.TS. PHẠM ANH VŨ
PGS. TS. LÊ LỘC**

STT	Họ và tên bệnh nhân	Tuổi	Mã bệnh nhân	Ngày vào viện	Ngày mổ
1	Đỗ N.	64	190108466	5/11/2019	14/11/2019
2	Lê Quốc X.	59	190108867	6/11/2019	12/11/2019
3	Nguyễn Thị C.	65	200033151	17/4/2020	24/4/2020
4	Nguyễn Văn K.	42	200040066	11/5/2020	22/5/2020
5	Trần Thị S.	75	200042673	19/5/2020	20/5/2020
6	Nguyễn Trung T.	41	210004042	14/1/2021	27/1/2021
7	Đinh Thị L.	72	210004043	14/1/2021	25/1/2021
8	Nguyễn Thị Pho M.	27	210015550	23/2/2021	3/3/2021
9	Lê Thị X.	68	210021441	11/3/2021	19/3/2021
10	Nguyễn Công P.	63	210027798	30/3/2021	7/4/2021
11	Đỗ Văn S.	59	210056168	4/8/2021	11/8/2021
12	Trần Công Q.	51	220006594	8/2/2022	15/2/2022
13	Võ Thị L.	35	220007140	9/2/2022	14/2/2022

Danh sách này gồm tổng cộng 13 bệnh nhân.

BAN CHỦ NHIỆM KHOA

BỆNH VIỆN TW HUẾ
KHOA
NGOẠI NHI - CẤP CỨU BỤNG
TS.BS. Phan Hải Thanh

KT. GIÁM ĐỐC
BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ
PHÓ GIÁM ĐỐC

TS.BS. Nguyễn Thanh Xuân

Huế, ngày 10 tháng 10 năm 2023
NGHIÊN CỨU VIÊN

TRẦN TUẤN ANH
TRƯỞNG PHÒNG
KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

BSCKI. Phạm Như Vĩnh Xuyên

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU
KHOA NGOẠI TIÊU HÓA, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ**

**ĐỀ TÀI: “ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG
CỦA BỆNH NHÂN SAU CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NỘI SOI DO UNG THƯ”**

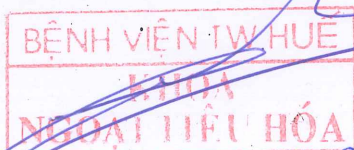
**NGHIÊN CỨU SINH: TRẦN TUẤN ANH
NGƯỜI HƯỚNG DẪN: PGS.TS. PHẠM ANH VŨ
PGS. TS. LÊ LỘC**

STT	Họ và tên bệnh nhân	Tuổi	Mã bệnh nhân	Ngày vào viện	Ngày mổ
1	Nguyễn Thị N.	47	190005098	16/1/2019	28/1/2019
2	Nguyễn Tấn C.	59	190056300	18/6/2019	27/6/2019
3	Võ Thị T.	59	190076564	13/8/2019	26/8/2019
4	Nguyễn Thanh D.	64	190104399	25/10/2019	6/11/2019
5	Phạm Văn T.	65	200015137	12/2/2020	20/2/2020

Danh sách này gồm tổng cộng 5 bệnh nhân.

Huế, ngày 10 tháng 10 năm 2023

BAN CHỦ NHIỆM KHOA



BS. Hoàng Trọng Nhật Phương

KT. GIÁM ĐỐC

BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

PHÓ GIÁM ĐỐC

NGHIÊN CỨU VIÊN

(Signature)

TRẦN TUẤN ANH

TRƯỞNG PHÒNG

KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

(Signature)

TS.BS. Nguyễn Thanh Xuân

(Signature)

BSCKL. Phạm Như Vĩnh Tuyên

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU
KHOA NGOẠI TỔNG HỢP, TRUNG TÂM ĐTTTC,
BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ**

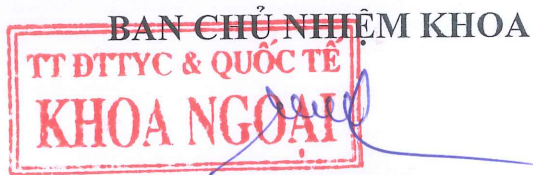
**ĐỀ TÀI: “ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG
CỦA BỆNH NHÂN SAU CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NỘI SOI DO UNG THƯ”**

**NGHIÊN CỨU SINH: TRẦN TUẤN ANH
NGƯỜI HƯỚNG DẪN: PGS.TS. PHẠM ANH VŨ
PGS. TS. LÊ LỘC**

STT	Họ và tên bệnh nhân	Tuổi	Mã bệnh nhân	Ngày vào viện	Ngày mổ
1	Trần Hưng T.	53	19001331	19/1/2019	21/1/2019
2	Đặng Phước T.	30	19010709	25/5/2019	27/5/2019
3	Lê Đức V.	54	19021081	3/10/2019	6/10/2019
4	Hồ Thị Phương B.	40	20014222	17/7/2020	20/7/2020
5	Nguyễn Thị Quỳnh N.	42	20016047	27/8/2020	7/9/2020
6	Phạm Thị V.	73	21015808	19/10/2021	20/10/2021

Danh sách này có tổng cộng 6 bệnh nhân.

Huế, ngày 10 tháng 10 năm 2023



ThS.BS. Trần Nghiêm Cường

KT. GIÁM ĐỐC

BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ
PHÓ GIÁM ĐỐC

TS.BS. Nguyễn Thanh Xuân

NGHIÊN CỨU VIÊN

TRẦN TUẤN ANH

TRƯỞNG PHÒNG

KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

BSCKII. Phạm Như Vĩnh Xuyên

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU
KHOA NGOẠI TIÊU HÓA, BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ**

**ĐỀ TÀI: “ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG
CỦA BỆNH NHÂN SAU CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY NỘI SOI DO UNG THƯ”**

**NGHIÊN CỨU SINH: TRẦN TUẤN ANH
NGƯỜI HƯỚNG DẪN: PGS.TS. PHẠM ANH VŨ
PGS. TS. LÊ LỘC**

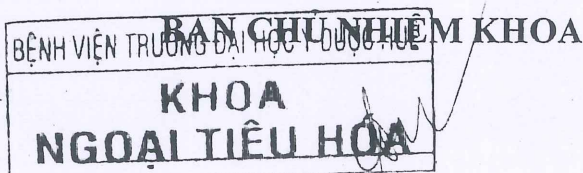
STT	Họ và tên bệnh nhân	Tuổi	Mã bệnh nhân	Ngày vào viện	Ngày mổ
1	Cao Thị T.	58	19006190	21/1/2019	23/1/2019
2	Trần Duy T.	61	19009098	23/1/2019	14/2/2019
3	Mai Thị K.	75	19041825	12/4/2019	24/4/2019
4	Trần Thị Diệu H.	57	19049451	6/5/2019	16/5/2019
5	Lê Thị T.	56	19021498	10/6/2019	12/6/2019
6	Hoàng C.	67	19093507	15/8/2019	19/8/2019
7	Trần Thị S.	36	18019682	23/8/2019	29/8/2019
8	Đặng Thị N.	61	19124130	28/10/2019	4/11/2019
9	Huỳnh Thị T.	63	19130094	12/11/2019	18/11/2019
10	Trần Thị H.	66	18036795	11/3/2020	19/3/2020
11	Lê Thị L.	73	20034974	8/5/2020	22/5/2020
12	Trần D.	64	20038267	21/5/2020	26/5/2020
13	La N.	49	20042351	29/5/2020	2/6/2020
14	Lê Viết Đ.	57	20057021	9/7/2020	15/7/2020
15	Hàng Tuấn Q.	56	20094712	1/12/2020	4/12/2020
16	Nguyễn Thị H.	49	20092058	4/12/2020	10/12/2020
17	Trần H.	55	21704422	15/3/2021	5/4/2021
18	Nguyễn T.	82	20070791	19/3/2021	31/3/2021
19	Nguyễn Quốc T.	50	21045232	8/6/2021	7/7/2021
20	Nguyễn Kim T.	71	21713303	27/7/2021	2/8/2021
21	Lê Thị Phương C.	48	21057933	21/9/2021	30/9/2021

TL. GIÁM ĐỐC

Trưởng Phòng Kế hoạch tổng hợp



ThS. Nguyễn Minh Phú



PGS.TS. Phạm Anh Vũ