

**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**

Ngành : Ngoại khoa

Mã số : 9 72 01 04

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Thừa Thiên Huế - 2024

Công trình nghiên cứu được hoàn thành tại:

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC, ĐẠI HỌC HUẾ

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. PHẠM ANH VŨ

2. PGS.TS. LÊ LỘC

CẤU TRÚC LUẬN ÁN

Luận án được trình bày trong 145 trang (không kể tài liệu tham khảo và phụ lục). Luận án gồm: 3 trang Đặt vấn đề, 43 trang Tổng quan tài liệu, 22 trang Đối tượng và phương pháp nghiên cứu, 37 trang Kết quả nghiên cứu, 37 trang Bàn luận và 2 trang Kết luận.

Luận án có 62 bảng, 13 biểu đồ, 27 hình và 174 tài liệu tham khảo trong đó có 17 tài liệu tiếng Việt, 157 tài liệu tiếng Anh.

Phụ lục gồm các công trình nghiên cứu, tài liệu tham khảo, phiếu nghiên cứu, danh sách bệnh nhân.

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tính cấp thiết của đề tài

Mặc dù tỷ lệ mắc và tử vong giảm dần trong 50 năm qua, ung thư dạ dày 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. 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, Umayama 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. 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. 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. 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”. 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.

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. 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. 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.*

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.*

2. Ý nghĩa khoa học và ý nghĩa thực tiễn của luận án

Ung thư dạ dày là một trong số bệnh ung thư phổ biến nhất trên thế giới. Tại Việt Nam, theo Globocan (2020), ung thư dạ dày là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ 3. Việc chẩn đoán sớm và điều trị triệt để ung thư dạ dày trong giai đoạn hiện nay đã có những tiến bộ mạnh mẽ nhờ vào sự phát triển của các phương tiện hiện đại như nội soi dạ dày ống mềm kèm sinh thiết, nội soi hình ảnh băng tầng hẹp NBI, nội soi phóng đại có tích hợp NBI, siêu âm nội soi... Ung thư dạ dày giai đoạn sớm thường có triệu chứng lâm sàng mơ hồ và không điển hình, dễ nhầm với các bệnh lý dạ dày khác. Tại thời điểm chẩn đoán, phần lớn ung thư dạ dày ở giai đoạn tiến triển và khả năng điều trị triệt căn khó khăn. Tùy theo vị trí, giai đoạn, mức độ xâm lấn của ung thư dạ dày cũng như thể trạng của bệnh nhân, cắt bán phần hoặc toàn bộ dạ dày kèm nạo vét hạch là các phương pháp phẫu thuật được chọn lựa. Cắt toàn bộ dạ dày do ung thư trước đây chủ yếu được thực hiện bằng phẫu thuật mở. Tuy nhiên, do xu hướng phẫu thuật ít xâm lấn ngày càng phát triển, phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày do ung thư đã được một số tác giả áp dụng nhưng chiếm

tỷ lệ chưa nhiều do khó khăn khi vét hạch và tái lập lưu thông thực quản hồng tràng.

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ DẠ DÀY

1.1.1. Giải phẫu dạ dày

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. 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. 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.

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, gồm các chức năng bài tiết, vận động và tiêu hóa thức ăn.

1.2. CHẨN ĐOÁN UNG THƯ DẠ DÀY

1.2.1. Chẩn đoán lâm sàng

Các triệu chứng lâm sàng mơ hồ và nhẹ ở giai đoạn sớm nhưng trầm trọng và dai dẳng hơn khi bệnh ở giai đoạn tiến triển. Đau bụng và sụt cân là những triệu chứng thường gặp nhất tại lần đầu chẩn đoán.

1.2.2. Chẩn đoán cận lâm sàng

- Nội soi dạ dày kèm sinh thiết: là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán UTDD, cho phép quan sát trực tiếp niêm mạc dạ dày và sinh thiết các vùng nghi ngờ. Một công nghệ mới được phát triển gần đây là nội soi dùng hình ảnh băng tần dải hẹp (NBI). Đây là phương tiện nội soi có khả năng phân biệt được tổn thương <1cm, độ chính xác, độ nhạy và độ đặc hiệu đều trên 95%, tránh được những sinh thiết không cần thiết, xác định chính xác bờ tổn thương trước khi can thiệp nội soi.

- Siêu âm nội soi: hữu ích trong đánh giá độ sâu xâm lấn của các khối u ở đường tiêu hoá. 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. Thêm vào đó, SANS giúp sinh thiết kim nhỏ các nhóm hạch nghi ngờ, nhờ đó giúp xác định giai đoạn hạch.

- Nội soi ổ bụng và làm tế bào học dịch rửa phúc mạc: quan trọng trong đánh giá giai đoạn bệnh và đáng tin cậy hơn so với CLVT trong việc phát hiện sự lan tràn của bệnh.

- Chụp cắt lớp vi tính: giúp ích cho việc đánh giá sự xâm lấn xung quanh tổn thương và các di căn hệ thống. 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.

- Indocyanine green (ICG) và hình ảnh huỳnh quang cận hồng ngoại: Ứng dụng của hình ảnh huỳnh quang cận hồng ngoại sử dụng ICG trong phẫu thuật UTDD bao gồm: (1) phát hiện hạch lymphatic; (2) xác định phạm vi vét hạch; (3) định vị khối u và xác định bờ cắt; (4) đánh giá tưới máu miệng nối.

1.3. PHÂN LOẠI UNG THƯ DẠ DÀY

1.3.1. Phân loại đại thể

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, loại I: thể sùi, loại II: thể loét không thâm nhiễm, loại III: thể loét thâm nhiễm, loại IV: thể thâm nhiễm lan tỏa, loại V: không xếp loại được. Đây được xem là phân loại hợp lý và bao quát hơn cả.

1.3.2. Phân loại vi thể

Phân loại Lauren (1965): Về mặt vi thể, UTDD được phân loại thành: Ung thư biểu mô ruột, ung thư biểu mô lan tỏa.

1.4. PHÂN CHIA GIAI ĐOẠN UNG THƯ DẠ DÀY

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 hỗ trợ trước mổ.

1.5. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

1.5.1. Phác đồ điều trị ung thư dạ dày

Dựa theo phác đồ điều trị của Hội UTDD Nhật Bản 2018.

1.5.2. Phẫu thuật cắt dạ dày và nạo vét hạch

- Loại và định nghĩa phẫu thuật dạ dày

- + Phẫu thuật triệt căn: cắt dạ dày tiêu chuẩn (cắt bỏ ít nhất 2/3 dạ dày và vét hạch D2), cắt dạ dày không tiêu chuẩn (phẫu thuật cải biên và mở rộng).

+ Phẫu thuật không triệt căn: phẫu thuật giảm nhẹ hoặc cắt giảm.

- Phạm vi cắt dạ dày: cắt toàn bộ dạ dày, cắt bán phần dưới dạ dày, cắt dạ dày bảo tồn môn vị, cắt bán phần trên dạ dày, cắt đoạn dạ dày cắt tại chỗ, phẫu thuật không cắt bỏ, cắt dạ dày hoàn toàn, cắt bán phần phần dạ dày còn lại.

- Xác định phạm vi cắt dạ dày

+ Bờ cắt: 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 T1, nên đạt được bờ cắt 2cm.

+ 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. 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, cắt bán phần trên dạ dày, cắt đoạn và cắt tại chỗ vẫn đang trong giai đoạn thử nghiệm.

- Vết hạch:

+ Phạm vi vết hạch: D1, D1+ hoặc D2 và được định nghĩa tùy theo loại cắt dạ dày được thực hiện.

+ Chỉ định vết hạch: D1 hoặc D1+ cho u cT1N0 và D2 cho u cN+ hoặc u cT2-T4. Vết hạch D2 nên được thực hiện khi nghi ngờ di căn hạch.

+ Vết hạch D2+: Vết hạch nhóm 10 (hạch rốn lách), vết hạch nhóm 14v (hạch TM mạc treo tràng trên), vết hạch nhóm 13 (hạch mặt sau đầu tụy), vết hạch nhóm 16 (hạch quanh ĐM chủ).

1.5.3. Điều trị bổ trợ trong ung thư dạ dày

- 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. Theo hướng dẫn của NCCN, hóa trị bổ trợ được chỉ định cho u pT2-4 hoặc N+.

- Hóa trị tân bổ trợ: Theo hướng dẫn của NCCN, hóa trị tân bổ trợ được chỉ định cho UTDD cT2-4, N bất kỳ. 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.

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

1.6.1. Chỉ định

- 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.

- UTDD thể thâm nhiễm di truyền (đột biến CDH1), cả khi cắt dự phòng và khi ung thư được xác định.

1.6.2. Chống chỉ định

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

- 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.

1.6.3. Lựa chọn bệnh nhân

- Các yếu tố hỗ trợ:

+ Kinh nghiệm của phẫu thuật viên: cần ít nhất 20 trường hợp PTNS cắt bán phần dưới dạ dày, hoặc ít nhất 44 trường hợp PTNS cắt toàn bộ dạ dày, để được xem là thành thạo.

+ Hỗ trợ từ bệnh viện: phòng phẫu thuật hiện đại, đội ngũ gây mê nhanh nhạy, đơn vị chăm sóc tích cực, bác sỹ nội tiêu hoá và chẩn đoán hình ảnh can thiệp, 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...

- Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân: bệnh kèm, béo phì, các phẫu thuật bụng trước đó, phạm vi bệnh.

1.6.4. Vết hạch trong PTNS cắt toàn bộ dạ dày

Về nguyên tắc, vết hạch D1 và D1+ được chỉ định cho UTDD sớm và D2 cho UTDD tiến triển và các trường hợp có di căn hạch vùng rõ ràng, ngay cả với UTDD sớm. Các bằng chứng dựa trên kết quả của nghiên cứu JCOG0912 có thể áp dụng cho PTNS cắt toàn bộ dạ dày. Sau kết quả của nghiên cứu JCOG0110, hướng dẫn điều trị UTDD Nhật Bản mới nhất đã loại bỏ hạch nhóm 10 ra khỏi vết hạch D2 trong cắt toàn bộ dạ dày cho UTDD tiến triển không xâm lấn bờ cong lớn. Vết 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

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 bên dùng stapler thẳng (GIA). Ưu điểm của miệng nối sử dụng stapler thẳng: có thể thực hiện trong một trung thất hẹp, đạt được kích thước miệng nối phù hợp, giảm căng hồng tràng.

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. 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. 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.

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. 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) và Thang điểm đánh giá triệu chứng đường tiêu hóa (GSRS). 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. 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.

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. PTNS cắt dạ dày, nạo vét hạch lần đầu tiên được thực hiện ở Việt Nam tại bệnh viện Chợ

Rã 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 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), Triệu Triều Dương (2012), Đỗ Văn Tráng (2009), Lê Mạnh Hà (2013), Đỗ Trường Sơn (2014), Võ Duy Long (2017), Đinh Văn Chiến (2022)... 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, nối thực quản hồng tràng tận bên thành công đầu tiên. 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, KCLASS-03 và CLASS-02) và tiên triển (CLASS-04). 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 như nghiên cứu của Nakada (2014), Takahashi (2017), Kinami (2018), Kunisaki (2022).

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. 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.

2.1.1. 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 cắt bán phần dạ dày không đạt được bờ cắt trên an toàn.
- Có chẩn đoán mô bệnh học sau mổ ung thư biểu mô tuyến.
- Bệnh nhân có đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.1.2. 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.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

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

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

Thay vào công thức ta có $n = 43,27$. Cỡ mẫu tối thiểu của chúng tôi là 44 bệnh nhân.

2.3. NỘI DUNG NGHIÊN CỨU

2.3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

- Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI)
- ASA, bệnh lý nội khoa đi kèm.
- Triệu chứng lâm sàng.

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
- Kích thước thương tổn.
- Phân loại đại thể.
- Giai đoạn bệnh sau mổ: theo phân loại của AJCC 2017.
- Độ biệt hoá tế bào.

2.3.2.2. Kết quả phẫu thuật

- Tái lập lưu thông tiêu hóa.
- Thời gian phẫu thuật.
- Lượng máu mất liên quan phẫu thuật: được tính theo công thức của Lopez-Picado:

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

- Tai biến trong mổ.

- Số lượng hạch lympho vét được, số lượng hạch di căn, tỷ số hạch di căn.

2.3.2.3 Kết quả sau phẫu thuật

- Thời gian trung tiện sau mổ.
- Thời gian nằm viện.
- Biến chứng sau mổ: được xếp loại theo thang điểm Clavien-Dindo cải tiến.

- Điều trị hỗ trợ sau mổ.

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

- Di căn, tái phát.
- Thời gian sống thêm toàn bộ.
- Thời gian sống thêm không bệnh.

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

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. 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.
- Hệ thống dao năng lượng cao
- 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. Điều dưỡng hướng dẫn vệ sinh toàn bộ cơ thể, đặc biệt là vùng bụng trước mổ.

b. Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu cao, nghiêng phải khoảng 15° , hai chân dạng khoảng 45° , 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.

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.

d. Quy trình phẫu thuật

- Bước 1: Đặt trocar, bơm hơi, thám sát ổ phúc mạc.
- Bước 2: Cắt toàn bộ mạc nối lớn và vét hạch nhóm 4sa, 4sb, 4d.
- Bước 3: Vét 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 vét hạch nhóm 6.
- Bước 4: Vét hạch nhóm 5, 12a. Cắt ngang tá tràng dưới môn vị 2 cm bằng dụng cụ cắt ruột thẳng (endoGIA).
- Bước 5: Vét hạch nhóm 8, 7, 9.
- Bước 6: Vét hạch nhóm 11p, 11d, 1, 2, 3. Cắt thần kinh 10 trước và sau để bộc lộ thực quản bụng.
- 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.

+ Miệng nối tận bên sử dụng stapler tròn (EEA): 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. Nối hồng hồng tràng bên bên hoặc tận bên bằng stapler thẳng hoặc khâu tay.

+ Miệng nối bên sử dụng stapler thẳng (GIA): 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. Đặt dẫn lưu dưới hoành trái. Đóng vết mổ. Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học.

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...

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) tại các thời điểm 1, 6, 12 tháng sau phẫu thuật. 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.

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. 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.

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).

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH NHÂN

- Tuổi trung bình: $56,9 \pm 12,5$ tuổi (27-82), nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 50 đến 69 tuổi, chiếm 57,8%.
- Giới: tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1,04/1.
- Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình: $21,0 \pm 2,6$ kg/m², đa số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể ở mức trung bình, chiếm 62,2%.
- ASA: phần lớn được phân loại ASA 2, chiếm 57,8%.
- Các bệnh lý nội khoa: phần lớn 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%, đều được hội chẩn và điều trị trước mổ.

- Triệu chứng lâm sàng: đau bụng thường gặp nhất, chiếm 91,1%, tiếp đến là xuất huyết tiêu hoá (28,9%). Khối vùng bụng và hẹp môn vị ít gặp nhất.

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

3.2.1 Đặc điểm thương tổn trong và sau mổ

- Vị trí thương tổn: U chủ yếu nằm ở phần giữa hoặc 2/3 dưới, lần lượt chiếm 46,7% và 33,3%.

- Kích thước thương tổn trung bình: $4,2 \pm 2,5$ cm (0,5-10), đa số bệnh nhân có kích thước thương tổn từ 3-5cm, chiếm 35,6%.

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

- Giai đoạn bệnh sau mổ:

+ Giai đoạn T: T2, T3, T4a tương đương nhau và chiếm tỷ lệ cao nhất 28,9%. có 2 trường hợp u Tis, chiếm 4,4%.

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

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

- Độ biệt hóa tế bào: Độ biệt hoá kém chiếm đa số với 37,8%, tiếp đến là biệt hoá tốt với 20%.

3.2.2. Kết quả phẫu thuật

- Tái lập lưu thông tiêu hoá: Đa số thực hiện miệng nối thực quản hồng tràng kiểu tận bên, chiếm 82,2%, bằng các stapler, chiếm 82,2%.

- Thời gian phẫu thuật trung bình: $218,8 \pm 69,3$ phút, trung vị là 210 phút, (105-510), ngắn hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm nối thực quản hồng tràng bằng stapler so với khâu nối bằng tay.

- Lượng máu mất liên quan phẫu thuật trung bình: $431,6 \pm 426,5$ ml, trung vị là 308,9 ml (0-1991,3).

- Tai biến trong mổ: không ghi nhận trường hợp nào.

- Số hạch lympho trung bình vét được trong mổ là $17,1 \pm 9,3$ hạch (1-47).

- Số hạch lympho di căn trung bình là $3,9 \pm 6,6$ hạch, nhiều nhất là 30 hạch, lớn hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm T4a so với nhóm dưới T4a.

- Tỷ số hạch di căn trung bình là $0,2 \pm 0,3$.

3.2.3. Kết quả sau phẫu thuật

- Thời gian trung tiện sau mổ trung bình: $4,2 \pm 1,4$ (1-7) ngày.

- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: $11,6 \pm 3,7$ (8-24) ngày.

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

- Điều trị hỗ trợ sau mổ: trong số các bệnh nhân có chỉ định điều trị hỗ 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%).

- Di căn, tái phát: Có 9 trường hợp di căn, chiếm 20%. Thời gian di căn trung bình là 10,7 tháng (4-32). Có 1 trường hợp tái phát hạch rốn gan, chiếm 2,2%. Không có trường hợp nào tái phát miệng nối.

- Thời gian sống thêm

+ 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.

+ 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%.

+ Thời gian sống thêm ở nhóm giai đoạn dưới T4a dài hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm giai đoạn T4a ($p=0,047$).

+ Thời gian sống thêm ở nhóm bệnh nhân 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 ($p<0,001$).

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA BỆNH NHÂN

- Tuổi: 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.

- Giới: 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. Các yếu tố nội sinh như học môn 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.

- 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 (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. Về mối liên quan giữa BMI và kết quả phẫu thuật, tỷ lệ biến chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm $\text{BMI} \geq 23$ và $\text{BMI} < 23$ ($p=0,100$). PTNS cắt toàn bộ dạ dày an toàn và khả thi, kể cả với bệnh nhân béo phì.

- Phân loại ASA và các bệnh lý nội khoa: 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 phần lớn là nhẹ, đều được hội chẩn với bác sỹ chuyên khoa và được điều trị ổn định trước phẫu thuật. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác. 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%. Tỷ lệ biến chứng giữa các nhóm ASA khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Triệu chứng lâm sàng: 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.

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

4.2.1. Đặc điểm thương tổn trong và sau mổ

- Vị trí thương tổn: 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 các nghiên cứu khác. 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. Vì thế, chỉ định cắt toàn bộ dạ dày ở 2 trường hợp này là hợp lý.

- Kích thước thương tổn trung bình: $4,2 \pm 2,5\text{cm}$, 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.

- 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%. Đa số các nghiên cứu đều cho thấy thể loét là thể thường gặp nhất trong UTDD.

- Giai đoạn bệnh sau mổ: 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. 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 có kết quả CLVT trước mổ cho thấy u T4 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.

Về tình trạng di căn hạch, có 51,1% bệnh nhân có di căn hạch. Trong đó, tỷ lệ gần tương đương giữa các nhóm di căn hạch. Theo nghiên cứu này, giai đoạn IIIA chiếm tỷ lệ cao nhất với 24,4%, tiếp đến là giai đoạn IIA chiếm 17,8%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu này.

- Độ biệt hóa tế bào: độ biệt hoá kém chiếm đa số với 37,8%, tiếp đến là biệt hoá tốt 20%, biệt hoá vừa và tế bào nhân cùng chiếm 17,8%. Kết quả này tương đương các nghiên cứu khác.

4.2.2. Kết quả phẫu thuật

- Tái lập lưu thông tiêu hóa: 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.

- Thời gian phẫu thuật trung bình: $218,8 \pm 69,3$ phút, trung vị là 210 phút, ngắn nhất là 105 phút, dài nhất là 510 phút. Thời gian phẫu thuật dài hơn đáng kể ở nhóm nối 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.

- Lượng máu mất liên quan phẫu thuật: nghiên cứu của Jaramillo năm 2019 cho thấy 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. 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. Đa số máu mất trong mổ chủ yếu đến từ quá trình vết hạch do làm tổn thương các mạch máu tạng sinh, nhất là ở những bệnh nhân béo phì. Kết quả của chúng tôi cao hơn nhiều so với một số các tác giả khác. 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 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.

- Số lượng hạch lympho vét được và số hạch di căn: 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. 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.

4.2.3. Kết quả sau phẫu thuật

- Thời gian trung tiện sau mổ trung bình: $4,2 \pm 1,4$ 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.

- Thời gian nằm viện trung bình: $11,6 \pm 3,7$ 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. 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.

- 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. Sự khác nhau này là do biến chứng được định nghĩa theo những cách khác nhau trong các nghiên cứu. Năm 2019, nhóm đồng thuận biến chứng UTDD quốc tế đã lập một danh sách bao gồm 27 biến chứng sau cắt dạ dày do ung thư và định nghĩa cụ thể cho mỗi biến chứng. 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%. 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.

+ Chảy máu sau mổ: theo định nghĩa của đồng thuận quốc tế: chảy máu sau mổ cần cả truyền máu khẩn cấp và điều trị xâm lấn khác. 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 sốc 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 ổ dò ở miệng nối thực quản hồng tràng kích thước 1cm, tiêu điểm chảy máu

không rõ, máu rỉ rả từ miệng nổi và mồm cắt. Phẫu thuật viên xử trí bằng khâu lại miệng nổi, cầm máu, súc rửa ổ bụng và đặt dẫn lưu. Bệnh nhân xuất viện sau 21 ngày. Sự ăn mòn mạch máu và tổn thương thành ĐM khi vết hạch là 2 nguyên nhân chính của chảy máu ngoài ống tiêu hoá muện (sau 6 ngày). Mặt khác, phần lớn các trường hợp chảy máu ngoài ống tiêu hoá muện đều liên quan đến dò miệng nổi. Theo các nghiên cứu, 42% bệnh nhân UTDD chảy máu muện có ổ nhiễm trùng trong phúc mạc trước đó và 62% có dò miệng nổi hoặc dò tụy. 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 nổi thực quản hồng tràng trong mổ.

+ Dò miệng nổi: theo đồng thuận, dò miệng nổi được định nghĩa là sự khuyết toàn bộ thành miệng nổi 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 nổi cũng được ghi nhận trong nhóm này. 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 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. 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. 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.

- Ổ tụ dịch, áp xe tồn lưu: 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. Bệnh nhân không điều trị gì và ra viện sau 9 ngày. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu khác.

+ Nhiễm trùng vết mổ: 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. 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 <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.

+ Tắc ruột do dính sau mổ: 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 nhân pT4aN1 không điều trị hỗ trợ sau mổ. Bệnh nhân được điều trị nội khoa thành công với đặt sonde dạ dày, nhịn ăn, truyền dịch. Biến chứng tắc ruột do dính sau mổ tương đối hiếm gặp trong các nghiên cứu. 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. Tác giả kết quả có phẫu thuật bụng trước đó, cắt dạ dày mở, không nối Bilioth I, vết 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.

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

- Di căn, tái phát: 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 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 phức tạp. Di căn hạch là yếu tố tiên đoán duy nhất cho di căn xa.

- Thời gian sống thêm: 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. 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 ($p = 0,047$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 1 năm, tỷ lệ sống thêm ở giai đoạn 0-I (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-I, 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 ($p = 0,418$).

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

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 phàn nàn 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 phàn nàn nhất. Về tình trạng sống, lượng thức ăn mỗi bữa bằng khoảng 70-80% lượng thức ăn trước phẫu thuật. 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.

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. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu. 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. So với cắt bán phần dạ dày, nhiều nghiên cứu cho thấy CLCS sau cắt toàn bộ dạ dày kém hơn đáng kể.

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

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. 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, phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá, 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. 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.

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.

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 và một số yếu tố liên quan sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày do ung thư

Tổng điểm triệu chứng tại thời điểm 1, 6 và 12 tháng 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 phàn nàn nhiều nhất, táo bón ít phàn nàn nhất. 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. 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, nối 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 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

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 Tran, 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).