

- W. A., et al, (2021), "Impact of a defunctioning ileostomy and time to stoma closure on bowel function after low anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis", *Tech Coloproctol*, 25 (7), pp. 751-760.doi: 10.1007/s10151-021-02436-5.
3. **Hoàng Anh Bắc.** (2024). "Kết quả phẫu thuật nội soi đóng hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật hartmann ở khoa ngoại tiêu hóa Bệnh viện Thống Nhất". *Tạp chí Y học Công đồng*, 10, 250-256. <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1627>.
 4. **Trần Thái Phúc.** (2021). "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư biểu mô Đại tràng trên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định". *Tạp chí Y dược Thái Bình*, 83-87. <https://doi.org/10.51298/vmj.v537i1B.9171>
 5. **Sabbagh C, et al,** (2024), "Risk factors for severe morbidity and definitive stoma after elective surgery for sigmoid diverticulitis: a multicenter national cohort study". *Tech Coloproctol*; 28(1):34.doi:10.1007/s10151-023-02906-y
 6. **Guruler E, et al,** (2024). "Utilization and outcomes of Hartmann's procedure in emergency left colon surgery: evaluating postoperative complications and stoma reversal rates". *EurRevMed Pharmacol Sci*;28(17):4229-4237.doi:10.26355/eurrev_202409_36712
 7. **Climent, M., Biondo, S,** (2022), "Ileostomy closure: is timing of the essence?". *Tech Coloproctol* 26, 847–849.doi.org/10.1007/s10151-022-02673-2
 8. **Guyton K, Kearney D, Holubar SD,** (2021), "Anastomotic Leak after Ileal Pouch-Anal Anastomosis". *Clin Colon Rectal Surg*, 34(6):417-425.doi:10.1055/s-0041-1735274
 9. **Fernandez-Portilla E., et al,** (2023), "Is colostomy closure without mechanical bowel preparation safe in pediatric patients? A randomized clinical trial", *J Pediatr Surg*, 58 (4), pp.716-722. doi:10.1016/j.jpedsurg.2022.09.003. Epub 2022 Sep 17.
 10. **Clausen F. B., et al,** (2021), "Safety of early ileostomy closure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", *Int J Colorectal Dis*, 36 (2), pp. 203-212.doi: 10.1007/s00384-020-03761-1.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY KÈM CÁC TẠNG LÂN CẬN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Đặng Thanh Sơn¹, Trịnh Hồng Sơn²,
Nguyễn Văn Tâm³, Dương Hoàng Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả gần phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng lân cận trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2019 – 06/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 69 bệnh nhân (BN) ung thư dạ dày (UTDD) được phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng lân cận trong ổ bụng do UTDD xâm lấn, di căn, ung thư khác, do tai biến hoặc do bệnh kèm theo. **Kết quả:** Tuổi trung bình $64,83 \pm 13,94$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 93. Tỷ lệ nam/nữ tương đương 3/2. BMI trung bình là $21,3 \pm 2,55$. U ở vị trí 1/3 dưới chiếm chủ yếu với 71%, vị trí 1/3 trên chiếm 8,7%. Kích thước u trung bình là $5,34 \pm 3,24$ cm, lớn nhất là 15 cm. Có 34 BN có u ở giai đoạn T4, 21/34 BN là T4b. Có 63,8% BN di căn hạch. Giai đoạn III, IV chiếm 56,5%. Cắt dạ dày toàn bộ chiếm 26,1%, mổ cấp cứu có 2 BN chiếm 2,9%, mổ mở chiếm chủ yếu 97,1%, mổ cấp cứu 2,9%. Có 47,8% trường hợp do ung thư, trong đó do UTDD xâm lấn là 34,8%, do ung thư khác chiếm

13,0%, do tai biến có 3 BN đều cắt lách, do bệnh kèm theo chiếm 47,8%, chủ yếu là bệnh lý túi mật. Tạng được cắt chủ yếu là túi mật (43,5%), gan (14,5%), tụy (13,0%), đại trực tràng (13,0%), lách (5,8%) và lách thân đuôi tụy (5,8%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $236,5 \pm 77,49$ phút. Tai biến trong mổ chiếm 5,8%. Thời gian hậu phẫu trung bình sau mổ là $11,54 \pm 5,84$ ngày. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 21,7%, trong đó có 01 trường hợp tử vong nặng về do chảy máu sau mổ, 03 trường hợp chảy máu sau mổ chiếm 4,3%, 01 trường hợp rò miệng nối chiếm 1,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng khác trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày có tỷ lệ biến chứng cao hơn so với cắt dạ dày tiêu chuẩn.

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

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF GASTRECTOMY WITH RESECTION OF ADJACENT ORGANS FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA

Objective: To evaluate the results of gastric resection and adjacent organs in the treatment of gastric carcinoma at the Department of Oncology and Radiotherapy, Viet Duc Friendship Hospital from January 2019 to June 2024. **Subjects:** The study describes 69 patients with gastric cancer (GC) who underwent gastric resection and adjacent organs in the abdomen due to invasive GC, metastasis, other cancers, complications or concomitant diseases. **Results:** The average age is 64.83 ± 13.94 years old, the youngest is 17, the oldest is 93. The male/female

¹Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Quốc Tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thanh Sơn

Email: dr.dangthanhson@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2025

Ngày duyệt bài: 28.4.2025

ratio is 3/2. The average BMI is 21.3 ± 2.55 . Tumors in the lower third position account for 71%, the upper third position accounts for 8.7%. The average tumor size was 5.34 ± 3.24 cm, the largest was 15 cm. There were 34 patients with tumors at stage T4, 21/34 patients were T4b. There were 63.8% of patients with lymph node metastasis. Stage III, IV accounted for 56.5%. Total gastrectomy accounted for 26.1%, emergency surgery was performed in 2 patients at 2.9%, open surgery was mainly performed in 97.1%, emergency surgery was performed in 2.9%. There were 47.8% of cases due to cancer, of which 34.8% were due to invasive gastric cancer, 13.0% were due to other cancers, 3 patients had their spleen removed due to complications, 47.8% were due to concomitant diseases, mainly gallbladder disease. The main organs resected were the gallbladder (43.5%), liver (14.5%), pancreas (13.0%), colon and rectum (13.0%), spleen (5.8%), and spleno-caudal pancreas (5.8%). The average surgical time was 236.5 ± 77.49 minutes. Intraoperative complications accounted for 5.8%. The average postoperative time was 11.54 ± 5.84 days. The overall postoperative complication rate was 21.7%, including 01 case of severe death due to postoperative bleeding, 03 cases of postoperative bleeding accounting for 4.3%, 01 case of anastomotic leakage accounting for 1.5%. **Conclusion:** Gastrectomy with other organs in the treatment of gastric carcinoma has a higher complication rate than standard gastrectomy. **Keywords:** Gastric cancer, extended gastrectomy, gastrectomy with multivisceral resection, gastrectomy with adjacent organs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là loại ung thư phổ biến và đứng hàng đầu trong số các ung thư đường tiêu hóa với tỷ lệ tử vong cao, chủ yếu là ung thư biểu mô, chiếm khoảng 95%^{1,2}. Sàng lọc ung thư vẫn chưa được triển khai phổ biến ở Việt Nam, nhiều bệnh nhân vào viện ở giai đoạn muộn, khối u đã xâm lấn cơ quan lân cận^{2,3}. Điều trị ung thư dạ dày là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật là phương pháp đóng vai trò quyết định. Cắt dạ dày kèm cắt các tạng lân cận được đặt ra khi khối u đã xâm lấn xung quanh, hoặc di căn có thể cắt bỏ, hoặc khi có một ung thư của cơ quan khác, bệnh lý kèm theo hoặc do tai biến trong mổ. Tại Việt Nam, đã có rất nhiều nghiên cứu về phẫu thuật trong ung thư dạ dày, tuy nhiên các nghiên cứu chủ yếu tập trung đến nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt dạ dày tiêu chuẩn, chưa mô tả một cách có hệ thống về cắt dạ dày kèm các tạng trong ổ bụng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích: *Đánh giá kết quả gần phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng lân cận trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2019 – 06/2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 69 bệnh nhân

được phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng lân cận trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Khoa Ung bướu và Xạ trị - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019 đến tháng 6/2024 với

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô dạ dày: được xác định trên mô bệnh học sau phẫu thuật.

- Được điều trị bằng phẫu thuật cắt dạ dày toàn bộ hoặc bán phần đồng thời cắt các tạng trong ổ bụng:

+ Do ung thư: Ung thư dạ dày xâm lấn, di căn các tạng hoặc một ung thư ở tạng khác.

+ Do tai biến của phẫu thuật.

+ Do các bệnh lý kèm theo.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các khối u khác ở dạ dày như: U mô đệm đường tiêu hóa (GIST dạ dày), Sarcoma dạ dày, Lymphoma dạ dày,...

- Phẫu thuật cắt dạ dày kèm cắt các tạng để dự phòng như: cắt ruột thừa không do viêm hay u ruột thừa, cắt túi mật không viêm, không sỏi, không u,...

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thu thập số liệu hồi cứu và tiến cứu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tuổi trung bình là: $64,83 \pm 13,94$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 93.

- Tỷ lệ mắc bệnh nam nhiều hơn nữ, nam/nữ : 1,57.

- Nhóm lý do vào viện: Nhóm II: vào viện vì triệu chứng của UTDD là chủ yếu (60,9 %), nhóm III: vì biến chứng của UTDD (29%), nhóm IV: vì triệu chứng của cơ quan khác (7,2%), nhóm I: tình cờ phát hiện (2,9%)

- Tiền sử: 23,2% BN có tiền sử loét dạ dày, 47,2% BN có tiền sử mắc bệnh nội khoa mạn tính, 18 BN có tiền sử phẫu thuật ổ bụng chiếm 25%.

- BMI trung bình là $21,3 \pm 2,55$, nhỏ nhất là 14,61, lớn nhất là 29,64.

- Mức độ xâm lấn khối u

Bảng 1: Mức độ xâm lấn T

Mức độ xâm lấn T	Số lượng	Tỷ lệ %
Tis	2	2.9
T1	18	26.1
T2	2	2.9
T3	13	18,8
T4a	13	18,8

T4b	21	30,4
Tổng	69	100

- Giai đoạn bệnh: Trong nghiên cứu, giai đoạn III chiếm chủ yếu 36,2%, giai đoạn I chiếm 30,4%, giai đoạn IV là 20,3%, có 13,1% giai đoạn II.

- Kích thước khối u: Kích thước u trung bình là $5,35 \pm 3,17$ cm, lớn nhất là 15cm, nhỏ nhất là 1cm.

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

- Phương pháp cắt dạ dày: Cắt toàn bộ dạ dày chiếm 26,1%, cắt đoạn dạ dày chiếm 73,9%. Mổ mở chiếm chủ yếu với 97,1%. Mổ cấp cứu có 2 BN chiếm 2,9%, 1 BN do thủng dạ dày, 1 BN tắc ruột do K dạ dày di căn.

- Lý do cắt dạ dày mở rộng

Bảng 2: Lý do cắt các tạng khác

Lý do cắt các tạng khác		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Do ung thư	UTDD xâm lấn	24	34,8
	Ung thư khác	9	13,0
Do tai biến		3	4,4
Do bệnh kèm theo		33	47,8
Tổng		69	100

- Tạng được cắt cùng dạ dày: Túi mật là tạng được cắt bỏ cùng dạ dày nhiều nhất chiếm 43,5%, gan chiếm 14,5%, tụy chiếm 13,0%, đại trực tràng chiếm 13,0%, lách 5,8% và lách thân đuôi tụy chiếm 5,8%, thực quản 2,9%.

- Thời gian phẫu thuật

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật

Chỉ tiêu	Ít nhất	Nhiều nhất	Trung bình
Thời gian phẫu thuật	122	470	$236,5 \pm 77,49$
Thời gian trung tiện (ngày)	2	13	$3,75 \pm 1,71$
Thời gian lưu sonde dạ dày (ngày)	1	31	$3,87 \pm 3,62$
Thời gian lưu dẫn lưu (ngày)	4	36	$8,71 \pm 4,65$
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	6	43	$11,54 \pm 5,84$

- Tai biến trong mổ: Có 4 trường hợp tai biến trong mổ, 03 trường hợp tổn thương lách khi phẫu tích, 01 trường hợp phải cắt lách; 03 BN có tổn thương mạch máu, 02 trường hợp tổn thương bó mạch lách phải cắt lách, 01 trường hợp vết thương bên tĩnh mạch chậu ngoài phải, khâu phục hồi tổn thương.

- Biến chứng sau mổ:

+ Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 21,7%, trong đó có 01 trường hợp tử vong sau mổ do chảy máu từ miệng nối tụy – ruột. 01 BN phải mổ lại do loét vết mổ.

+ Rò miệng nối có 1 trường hợp điều trị nội khoa thành công, 3 BN chảy máu sau mổ chiếm 4,3%, trong đó có 1 trường hợp tử vong đã nêu ở trên, 1 trường hợp can thiệp nút mạch, 1 trường hợp điều trị nội khoa.

+ Nhiễm khuẩn vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất 7,2%, 2,9% BN có ổ dịch tồn dư, viêm phổi có 1 BN (1,5%), loạn thần sau mổ có 2 BN (2,9%), loét tỷ đè có 2 BN (2,9%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm bệnh nhân: Trong nghiên cứu, bệnh chủ yếu gặp ở nam giới chiếm 60,9%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $64,83 \pm 13,94$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 93 tuổi. Có 4 BN có tuổi ≤ 40 , 3 nữ và 1 nam, cả 4 trường hợp đều là T4b trong đó đã có 2 bệnh nhân di căn phúc mạc. BMI trung bình trong nghiên cứu là $21,3 \pm 2,55$ kg/m², trong đó tỷ lệ thiếu cân và thừa cân lần lượt là 11,6% và 8,7%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, UTDD gặp cả nam và nữ, chủ yếu gặp ở nam giới, nhưng ở riêng ở người trẻ, nữ lại nhiều hơn nam. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, UTDD ở người trẻ chiếm tỷ lệ thấp nhưng thường phát hiện ở giai đoạn muộn.

Mức độ xâm lấn khối u: Trong nghiên cứu, tỷ lệ T4a và T4b chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 18,8% và 30,4%. Theo Nguyễn Thanh Quân⁴, cắt dạ dày nội soi do UTDD giai đoạn III, tỷ lệ T4b lên tới 36%. Theo Bùi Trung Nghĩa¹, cắt dạ dày triệt căn, tỷ lệ T4a và T4b là 56,6 và 3,0%, trong đó chỉ có 3 BN cắt dạ dày mở rộng chiếm 1%. Theo Võ Duy Long³, cắt dạ dày do UTDD ở người trẻ có tỷ lệ T4a là 50%, T4b là 24%. Các nghiên cứu trong nước tỷ lệ T4b tương đối cao, nhưng chưa hoặc ít đề cập đến cắt bỏ các tạng lân cận.

Kích thước u: Nghiên cứu có kích thước u trung bình là $5,34 \pm 3,24$ cm, nhỏ nhất là 1cm, lớn nhất là 15 cm. Theo Nguyễn Thanh Quân⁴, kích thước u trung bình là $4,32 \pm 0,28$ cm (2 - 12cm). Theo Võ Duy Long³, kích thước u trung bình là $4,2 \pm 1,7$ cm. Theo Tran, T.B.⁵, cắt dạ dày mở rộng trên 159 BN UTDD có kích thước u trung bình là 5,72 (3 – 9,5cm).

4.2. Kết quả sớm phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng lân cận

Phương pháp cắt dạ dày: Cắt đoạn dạ dày chiếm chủ yếu 73,9%, cắt toàn bộ dạ dày chiếm 26,1%. Phẫu thuật mở chiếm chủ yếu (97,1%).

Lý do cắt các tạng khác: Trong nghiên cứu, lý do cắt các tạng khác do ung thư có 33 BN chiếm 47,8%, do tai biến 4,4% và do bệnh kèm theo là 47,8%. Trong đó có 24 trường hợp

(34,8%) do UTDD xâm lấn, di căn (buồng trứng: 2, tụy: 7, túi mật: 3, gan: 3, đại tràng: 4, lách thân đuôi tụy: 4, thực quản: 2) và do ung thư khác có 9 trường hợp (GIST ruột non, tá tràng: 2, u Klatzkin: 1, Sarcoma lách: 1, ung thư đại trực tràng: 5), do tai biến trong mổ có 3 BN đều là cắt lách, do bệnh kèm theo có 33 trường hợp chiếm 47,8% (cắt túi mật do sỏi, u cơ tuyến túi mật và polyp túi mật: 23, viêm tụy mạn: 2, u buồng trứng lành tính: 2, u gan lành tính 7). Theo Trịnh Hồng Sơn⁶, cắt dạ dày do UTDD 1489 trường hợp giai đoạn 2005 - 2014, có tới 238 trường hợp (chiếm 15,25%) cắt các tạng kèm theo, nhiều nhất là lách thân đuôi tụy với 59 trường hợp, sau đó là túi mật 44 trường hợp, đại trực tràng 43 trường hợp, cắt gan do UTDD di căn 37 trường hợp, lách 13 trường hợp. Theo Tran, T.B.⁵, nghiên cứu 159 trường hợp G+MVR, trong đó tạng được cắt bỏ nhiều nhất là lách 48%, tụy 27%, đại tràng 13%. Theo Zhang, X.⁷, nghiên cứu trên 210 BN G+MVR giai đoạn 1998 - 2018, tạng được cắt bỏ nhiều nhất là tuyến tụy (20,5%), đại tràng (16,7%), gan (9,0%), lách 2,4%, nhiều cơ quan (30,2%), cơ quan khác như túi mật, cơ hoành, thận (21,0%). Như vậy, lách và tụy là 2 tạng chủ yếu được cắt do UTDD xâm lấn.

Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng và UTDD đồng thời là 7,24%. Một số nghiên cứu cho rằng mắc ung thư đại trực tràng và UTDD chiếm cao nhất, dao động từ 2,5% - 3,4%, tiếp sau đó là ung thư gan và ung thư phổi⁸. Hiện vẫn chưa có hướng dẫn điều trị cụ thể nào được đưa ra, phẫu thuật cắt bỏ một thì được coi là phương pháp điều trị tối ưu nhất. Sỏi túi mật là bệnh kèm theo chủ yếu trong nghiên cứu chiếm 21,7%, sau đó là polyp và u cơ tuyến túi mật với 11,6%. Các nghiên cứu đã cho thấy nguy cơ hình thành sỏi mật tăng cao (5 - 60%) sau mổ cắt dạ dày, có nhiều nguyên nhân được đưa ra nhưng vai trò lớn nhất liên quan đến tổn thương thần kinh X khi vét hạch rộng rãi trong UTDD, các nghiên cứu đều đồng thuận việc có thể cắt bỏ túi mật do sỏi không triệu chứng hoặc cắt túi mật dự phòng cùng thì khi cắt dạ dày mà không làm thay đổi tỷ lệ biến chứng, mắc bệnh và tử vong sau mổ^{9,10}.

Tai biến trong mổ: Có 04 trường hợp tai biến trong mổ chiếm 5,8%, 03 trường hợp phải cắt bỏ lách, trong đó 02 trường hợp liên quan đến tai biến của vết hạch khi hạch nhóm 8 và 11 quá lớn, thậm chí nhiễm mạch dẫn đến tổn thương bó mạch lách khi vét hạch, trường hợp còn lại do trong quá trình phẫu tích cắt toàn bộ dạ dày làm tổn thương lách, cầm máu thất bại, quyết định cắt lách.

Thời gian phẫu thuật: Trong nghiên cứu, thời gian phẫu thuật trung bình là $236,5 \pm 77,49$ phút, ngắn nhất là 122 phút, dài nhất lên tới 470 phút. Một số nghiên cứu nước ngoài về cắt dạ dày mở rộng có thời gian phẫu thuật tương đồng với chúng tôi như Zhang, X.⁷ là 209,8 phút, Tran, T.B.⁵ là 245,6 phút ở nhóm không cắt tụy và 296 phút ở nhóm có cắt tụy. Như vậy, thời gian phẫu thuật dài hơn đáng kể so với các nghiên cứu về cắt dạ dày tiêu chuẩn.

Thời gian hậu phẫu: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $11,54 \pm 5,84$ ngày (6 - 43 ngày). Thời gian nằm viện kéo dài liên quan mật thiết với biến chứng sau mổ. Chúng tôi có 5 BN có thời gian hậu phẫu > 15 ngày, đều liên quan đến biến chứng nặng sau mổ. So với các nghiên cứu về cắt dạ dày tiêu chuẩn, thời gian nằm viện sau mổ của cắt bỏ đa tạng dài hơn đáng kể so với cắt dạ dày tiêu chuẩn⁵.

Biến chứng sau mổ: Biến chứng sau phẫu thuật vẫn luôn được coi là một trong những tiêu chí để đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật về phương diện kỹ thuật. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ của nghiên cứu là 21,7% (15 bệnh nhân) với 12 biến chứng được ghi nhận, biến chứng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn vết mổ với 7,2%, chảy máu sau mổ 4,3%, rò miệng nổi, viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết là 1,5%, ổ dịch tồn dư, bí đái, loét tỷ đè và loạn thần đều là 2,9%. Đặc biệt có 01 BN tử vong sau mổ 8 ngày do chảy máu từ miệng nổi tụy ruột, 01 BN mổ lại do toác vết mổ, 01 BN can thiệp nút mạch do chảy máu sau mổ cắt dạ dày và đường mật ngoài gan, 01 BN rò miệng nổi điều trị nội khoa thành công, các trường hợp còn lại đều điều trị nội khoa thành công. Zhang, X. có tỷ lệ biến chứng khá thấp là 8,1%, 1 BN tử vong tại viện do chảy máu trong ổ bụng sau mổ cắt dạ dày có kèm cắt tụy. Biến chứng sau mổ thường gặp nhất là rò rỉ miệng nổi (4,3%) và nhiễm trùng ổ bụng (5,7%)⁷. Tran, T.B. có tỷ lệ biến chứng chung khá cao 50,9%, biến chứng Clavien Dindo III là 27%, tỷ lệ tử vong tại viện là 4,4%, rò miệng nổi 10,7%, nhiễm trùng vết mổ 12,6%, mổ lại 10,7%⁵. Như vậy, tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ tuy cao hơn so với các nghiên cứu cắt dạ dày tiêu chuẩn, nhưng chấp nhận được so với một số nghiên cứu về cắt bỏ đa tạng trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng lân cận là phương pháp điều trị tối ưu khi ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ, xâm lấn cơ quan lân cận (T4b) có thể cắt bỏ, nhằm đảm bảo diện cắt R0 tại các trung tâm Y tế lớn với tỷ lệ biến chứng

chấp nhận được. Tuy nhiên, cần có thêm nhiều nghiên cứu và phân tích tổng hợp đa trung tâm tại Việt Nam để đưa ra lợi ích sống còn của phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nghĩa, B. T.** Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Luận văn Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, (2023).
2. **Sơn, T. H.** Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, (2001).
3. **Long, V. D. & Bắc, N. H.** Đặc điểm và kết quả điều trị ung thư dạ dày ở người trẻ tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam 537, doi:10.51298/vmj.537i1B.9113 (2024).
4. **Quân, N. T. & Lâm, N. V.** Vai trò của phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo hạch D2 trong điều trị Ung thư dạ dày giai đoạn III. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ 41, 127-134 (2021).
5. **Tran, T. B. et al.** Multivisceral Resection for Gastric Cancer: Results from the US Gastric Cancer Collaborative. Annals of surgical oncology 22 Suppl 3, S840-847, doi:10.1245/s10434-015-4694-x (2015).
6. **Sơn, T. H.** Ung thư và một số vấn đề liên quan. 10-24 (Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 2017).
7. **Zhang, X. et al.** Short-term safety and Long-term efficacy of multivisceral resection in pT4b gastric cancer patients without distant metastasis: a 20-year experience in China National Cancer Center. Journal of Cancer 13, 3113-3120, doi:10.7150/jca.75456 (2022).
8. **Campuzano, N., Fernandez Trokhimtchouk, T., Flores, L. F., Otanez, E. S. & Guallasamin, E.** Synchronous Gastric and Colon Cancer. Cureus 15, e48437, doi:10.7759/cureus.48437 (2023).
9. **Liang, T. J. et al.** Analysis of gallstone disease after gastric cancer surgery. Gastric Cancer 20, 895-903, doi:10.1007/s10120-017-0698-5 (2017).
10. **Miftode, S. V., Troja, A., El-Sourani, N., Raab, H. R. & Antolovic, D.** Simultaneous cholecystectomy during gastric and oesophageal resection: a retrospective analysis and critical review of literature. International journal of surgery (London, England) 12, 1357-1359, doi:10.1016/j.ijss.2014.10.039 (2014).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DẪN NÃO THẤT – KHUYẾT SỌ

Phạm Tuấn Dũng¹, Đồng Văn Hệ¹,
Bùi Xuân Cương¹, Nguyễn Việt Đức²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các bệnh nhân dẫn não thất – khuyết sọ cần được tạo hình hộp sọ và dẫn lưu não thất ổ bụng, nhưng hai phẫu thuật này được tiến hành đồng thời hay trong hai lần riêng biệt vẫn chưa được thống nhất. **Phương pháp nghiên cứu:** Trong thời gian từ 8/2020 tới 10/2022, khoa phẫu thuật Thần kinh I, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, tiến hành phẫu thuật cho 27 bệnh nhân dẫn não thất – khuyết sọ sau chấn thương sọ não. Các chỉ số nghiên cứu được thu thập: tuổi, giới, điểm Glasgow trước mổ, sau mổ dẫn lưu 24h và sau mổ ghép xương 1 tháng; các biến chứng sau mổ. **Kết quả:** 27 Bệnh nhân: 14 ca thực hiện 2 phẫu thuật đồng thời; 13 ca thực hiện 2 phẫu thuật trong 2 lần. Tuổi: $39,6 \pm 16,6$; giới: Nam/nữ=23/4; khoảng cách từ mép trên diện mở xương tới đường giữa $19,35 \pm 8,76$ mm; tri giác trước mổ: $9,96 \pm 1,53$; tri giác sau mổ dẫn lưu 24h: $10,41 \pm 1,74$. Bề dày trung bình khối máu tụ ngoài màng cứng ở nhóm tiến hành đồng thời và nhóm thực hiện trong 2 lần lần lượt $9,71$ mm và $4,23$ mm. Tỷ lệ

dập não ở nhóm đồng thời và nhóm 2 lần tương ứng là 6/14 và 1/13. 4 bệnh nhân mổ lại đều ở nhóm phẫu thuật đồng thời. Tỷ lệ biến chứng chung của nhóm phẫu thuật đồng thời và 2 lần tương ứng 9/14 và 2/13. **Kết luận:** Tỷ lệ biến chứng chung của nhóm phẫu thuật đồng thời cao hơn, đặc biệt là dập não.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES FOR TREATMENT OF HYDROCEPHALUS WITH CRANIAL DEFECT

Background: Patients with hydrocephalus and cranial defects require cranioplasty and ventriculoperitoneal shunting, but whether these surgeries should be performed simultaneously or in separate stages remains uncertain. **Methods:** From August 2020 to October 2022, the Neurosurgery Department I at Viet Duc Friendship Hospital performed surgery on 27 patients with hydrocephalus and cranial defects after traumatic brain injury. Collected data included age, gender, Glasgow Coma Scale scores pre-surgery, 24-hour post-drainage, and 1-month post cranioplasty; as well as post-operative complications. **Results:** A total of 27 patients were included: 14 underwent both surgeries simultaneously, and 13 underwent the surgeries in two stages. The average age was 39.6 ± 16.6 years, with a male-to-female ratio of 23:4. The average distance from the upper edge of the craniectomy to the midline was 19.35 ± 8.76 mm. Pre-surgery Glasgow Coma Scale

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Dũng

Email: tuandung.102@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025