

CẮT ĐOẠN DẠ DÀY CỰC DƯỚI VỚI MIỆNG NÓI KIỂU PÉAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ 1/3 DƯỚI DẠ DÀY Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Đặng Tiến Ngọc^{1,3,✉}, Trịnh Hồng Sơn²
Nguyễn Đăng Vũng¹, Lê Văn Tịnh³

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả phẫu thuật cắt đoạn dạ dày cực dưới với miệng nói kiểu Péan điều trị ung thư biểu mô tuyến nguyên phát 1/3 dưới dạ dày ở người cao tuổi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ 1/2018 - 2/2020. Chúng tôi sử dụng nghiên cứu mô tả can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc với 39 bệnh nhân ≥ 60 tuổi bị ung thư biểu mô tuyến nguyên phát 1/3 dưới dạ dày được phẫu thuật cắt đoạn dạ dày cực dưới với miệng nói kiểu Péan. Kết quả tỷ lệ 48,7% nữ và 51,3% nam, triệu chứng đau thượng vị chiếm 84,6%, CEA và CA19-9 cao ở 11,1%; CA72-4 cao ở 20%. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng 82,1% dày thành dạ dày. Giải phẫu bệnh vị trí hay gặp nhất là hang vi bờ cong nhỏ 46,5%, giai đoạn sớm chiếm 38,4% và giai đoạn tiến triển 61,6%. Thời gian mổ trung bình là 180 phút, không có tai biến trong mổ, không có tử vong hậu phẫu, tai biến và biến chứng sau mổ tỷ lệ thấp và nhẹ. Thời gian sống thêm đến thời điểm kết thúc nghiên cứu trung bình là $41 \pm 8,9$ tháng, tỷ lệ sống sót là 92,3%. Kết luận: miệng nói Billroth I kiểu Péan cho kết quả tốt trên bệnh nhân cao tuổi, phù hợp với sinh lý, rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm các biến chứng về nội khoa do gây mê kéo dài, nhanh chóng duy trì chức năng của đường tiêu hóa.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, Billroth I kiểu Péan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lựa chọn miệng nói phục hồi lưu thông sau cắt dạ dày bán phần, nhất là do ung thư vẫn là chủ đề tranh luận.^{1,2} Hiện nay, đối với ung thư dạ dày ở 1/3 giữa và 1/3 dưới, phục hồi lưu thông theo phương pháp Billroth II ở Việt Nam là phổ biến. Tại Nhật Bản, phục hồi lưu thông theo Billroth I thường được áp dụng sau cắt bỏ dạ dày bán phần do ung thư, ngược lại tại Châu Âu và Nam Mỹ hay áp dụng miệng nói Billroth II và Roux-en-Y.³⁻⁵ Trên thế giới có nhiều thông báo so sánh giữa hai phương pháp Billroth I và II, Roux-en-Y kết quả khác nhau theo từng nơi, tỷ lệ biến chứng còn phụ thuộc vào các yếu tố

khác như: số ca phẫu thuật, phẫu thuật triệt để hay không triệt để, có hay không có nạo vét hạch, kinh nghiệm phẫu thuật viên...^{6-10,12}

Tại Việt Nam có nhiều nghiên cứu về bệnh lý ung thư dạ dày, tuy nhiên còn ít nghiên cứu riêng về phục hồi lưu thông theo phương pháp Billroth I, kiểu Péan sau cắt dạ dày do ung thư 1/3 dưới. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả sau phẫu thuật cắt đoạn dạ dày cực dưới với miệng nói kiểu Péan cho người cao tuổi bị ung thư 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bao gồm 39 bệnh nhân tuổi ≥ 60 , chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến nguyên phát 1/3 dưới

Tác giả liên hệ: Đặng Tiến Ngọc

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dangtiengocbvdk@gmail.com

Ngày nhận: 25/10/2022

Ngày được chấp nhận: 18/11/2022

dạ dày (có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật), được phẫu thuật cắt dạ dày cực dưới với miệng nối kiểu Péan (phẫu thuật mở, theo chương trình) thời gian 1/2018 - 2/2020. Hồ sơ của bệnh nhân có khai thác và ghi chép đầy đủ các triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh và phương pháp phẫu thuật. Các bệnh nhân này đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả can thiệp lâm sàng, không đối chứng, theo dõi dọc.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Chỉ số nghiên cứu:

- Mục tiêu 1 mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử). Đặc điểm lâm sàng (triệu chứng toàn thân, BMI, triệu chứng cơ năng, thực thể) cận lâm sàng (Nội soi, chụp cắt lớp vi tính, sinh

thiết, các xét nghiệm Hemoglobin, CEA, CA19-9, CA72-4, Protein và Albumin máu) kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (đại thể, vi thể, chẩn đoán giai đoạn). Mô tả phẫu thuật.

- Mục tiêu 2 mô tả kết quả điều trị phẫu thuật cắt đoạn cực dưới với miệng nối kiểu Péan: Kết quả sớm sau mổ, kết quả theo dõi thời gian sống.

3. Xử lý số liệu

Phân tích số liệu trên phần mềm SPSS 16.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Đại học Y Hà Nội: giấy chứng nhận số 497/GCN-HĐĐĐNCYSH-DHYHN ngày 26/4/2021.

III. KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu trên 39 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến nguyên phát 1/3 dưới dạ dày được phẫu thuật cắt đoạn cực dưới với miệng nối kiểu Péan, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Giới	Nam	19	48,7
	Nữ	20	51,3
Nhóm tuổi	Từ 60 - 69 tuổi	25	64,1
	Từ 70 - 79 tuổi	14	35,9
	Tuổi trung bình 68,4 ± 5,6; thấp nhất 60 tuổi, cao nhất 78 tuổi		
Nghề	Hưu trí	26	66,7
	Làm ruộng	9	23,1
	Tự do	4	10,2
Lý do vào viện	Đau thượng vị	26	66,7
	Mệt mỏi	1	2,6
	Nôn	1	2,6
	Nôn ra máu	1	2,6
	Ợ hơi, ợ chua	2	5,1
	Sút cân	5	12,8
	Phát hiện tình cờ	3	7,7

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Tiền sử	THA	16	41
	ĐTD	4	10,3
	Nội khoa khác	5	12,8
	Viêm, loét dạ dày	3	7,7
	Phẫu thuật ổ bụng	6	15,4

Phân bố giữa 2 giới là gần như nhau với 48,7% nữ và 51,3% nam. Tuổi trung bình $68,4 \pm 5,6$; thấp nhất 60 tuổi, cao nhất 78 tuổi. Chủ yếu là lứa tuổi 60 - 69 với 64,1%. Trong đó cán bộ hưu chiếm đa số với 66,7%. Lý do vào viện chính là đau vùng thượng vị với 66,7%, phát hiện tình cờ có 7,7%. Bệnh nhân có tiền

sử viêm loét dạ dày chỉ có 7,7% trong khi đó tiền sử về tăng huyết áp chiếm 41%. Bệnh nội khoa khác như hen phế quản, đặt stent mạch vành chiếm 12,8%. Số bệnh nhân đã từng có phẫu thuật vùng ổ bụng là 15,4% (cắt ruột thừa, cắt túi mật, cắt u xơ tử cung, sỏi mật).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm máu

Đặc điểm	Phân loại	n	%
BMI	$16 \leq \text{BMI} < 17$	1	2,6
	$17 \leq \text{BMI} < 18,5$	2	5,1
	$18,5 \leq \text{BMI} < 25$	31	79,5
	$25 \leq \text{BMI} < 30$	5	12,8
Trung bình $21,9 \pm 2,5$			
Lâm sàng	Đau thượng vị	33	84,6
	Chán ăn, ăn kém	8	20,5
	Ợ hơi, ợ chua	3	7,7
	Đầy bụng	2	5,1
	Sút cân	17	43,6
	Xuất huyết tiêu hóa	2	5,1
	Nôn	5	12,8
Protein	65 - 86 g/l	29	87,8
	< 65 g/l	2	6,1
	> 86 g/l	2	6,1

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Albumin	35 - 50 g/l	3	7,7
	< 35 g/l	36	92,3
CEA	< 5 ng/l	32	88,9
	≥ 5 ng/l	4	11,1
CA19-9	< 37 U/ml	32	88,9
	≥ 37 U/ml	4	11,1
CA72-4	< 6,9	24	80
	≥ 6,9	6	20
Hb	< 110g/l	7	17,9
	≥ 110g/l	32	82,1
Bạch cầu	7,19 ± 1,87 G/l ; Max 10,76, Min 4,53		

Đa số bệnh nhân có chỉ số BMI ở mức bình thường với 79,5%. Triệu chứng trên lâm sàng chủ yếu là đau thượng vị với 84,6%, gầy sút cân chiếm tỷ lệ 43,6%. Các xét nghiệm

protein, albumin chủ yếu trong giới hạn cho phép, chỉ số CEA chỉ cao ở 11,1%; CA19-9 cao ở 11,1%; CA72-4 cao ở 20%. Có 17,9% là có thiếu máu.

Bảng 3. Thăm dò chức năng và sinh thiết

	Loại thăm dò	n	%
Siêu âm	Dày thành dạ dày	5	12,8
	Không phát hiện gì	34	87,2
Cắt lớp vi tính ổ bụng	Dày thành dạ dày	32	82,1
	Không phát hiện gì	7	17,9
	Mô tả đúng số hạch ung thư	12/22	54,5
Sinh thiết	Ung thư	36	94,7
	Viêm niêm mạc mạn tính	2	5,3
	Không sinh thiết được	1	2,6

Siêu âm phát hiện dày thành, u dạ dày chỉ có ở 12,8%. Trong khi đó kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện khối u, dày thành dạ dày ở 82,1% và số hạch kết luận có ung thư đúng trên số bệnh nhân ung thư di căn hạch là

54,2%. Sinh thiết thực hiện ở 38/39 bệnh nhân trong đó chính xác ở 94,7%. Có 1 bệnh nhân không sinh thiết được do hẹp môn vị, nhiều thức ăn cũ.

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	n	%
Thời gian $180,03 \pm 51,32$; Max 310 phút, Min 100 phút Cắt dạ dày vét hạch đơn thuần: $169,8 \pm 42,7$ phút Phẫu thuật có phối hợp: $236,2 \pm 62,4$ phút. $p = 0,02$		
Đồng tác Korcher	39	100%
Cắt 3/4 dạ dày	6	15,4
Cắt 4/5 dạ dày	33	84,6
Nạo vét hạch D2+	39	100
Tai biến trong phẫu thuật	0	0
Sinh thiết tức thì diện cắt âm tính	39	100
Sinh thiết tức thì hạch	16/22	72,7
Số hạch vét: $24,3 \pm 9,2$; nhiều nhất 51 và thấp nhất 13		

Thời gian mổ trung bình là 180 phút, nhanh nhất là 100 phút, lâu nhất là 310 phút trong đó có 6 trường hợp phải phẫu thuật phối hợp như: gỡ dính, cắt túi mật, lấy sỏi ông mật chủ, lấy sỏi bàng quang. Trong nhóm có phẫu thuật phối hợp thời gian phẫu thuật kéo dài hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$.

Tất cả bệnh nhân đều được di động khối tá tràng đầu tụy. Mức cắt dạ dày chủ yếu là mức 4/5 với 84,6% và 100% nạo vét hạch D2+. Tất cả bệnh nhân đều sinh thiết tức thì diện cắt âm tính, sinh thiết hạch, số sinh thiết đúng hạch ung thư/tổng số bệnh nhân có di căn hạch ở 72,7%. Số lượng hạch vét trung bình là 24,3 hạch. Không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật.

Bảng 5. Đặc điểm Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Đặc điểm	Phân loại	n	%	p
Vị trí tổn thương	Môn vị	6	15,4	0,01
	Bờ cong nhỏ	18	46,2	
	Bờ cong lớn	6	15,4	
	Mặt sau hang vị	7	17,9	
	Toàn bộ hang môn vị	2	5,1	
Kích thước tổn thương	< 5cm	22	56,4	0,42
	≥ 5 cm	17	43,6	

Đặc điểm	Phân loại	n	%	p
Dạng tổn thương	Loét	24	61,5	0,000
	Loét sùi	8	20,5	
	Loét thâm nhiễm	5	12,8	
	Sùi	1	2,6	
	Thâm nhiễm	1	2,6	
Vi thể	UTBMT biệt hóa cao	2	5,1	
	UTBMT biệt hóa vừa	12	30,8	
	UTBMT biệt hóa kém	15	38,5	
	UTBM tế bào nhẵn, kém kết dính	6	15,4	
	Ung thư biểu mô tế bào nhầy	4	10,3	

Vị trí tổn thương nhiều nhất ở vùng Hang vị phía bờ cong nhỏ 46,2%, toàn bộ hang môn vị 5,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kích thước tổn thương < 5cm nhiều hơn ở nhóm ≥ 5cm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Dạng

tổn thương loét chiếm tỷ lệ cao với 61,5%, dạng sùi và thâm nhiễm chỉ chiếm 2,6%.

Ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) biệt hóa vừa và kém chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 30,8 và 38,5%.

Bảng 6. Chẩn đoán giai đoạn sau phẫu thuật

Giai đoạn		n	%	Gộp	
I	IA	T1N0M0	11	28,2	38,4
	IB	T1N1M0	2	5,1	
		T2N0M0	2	5,1	
II	IIA	T2N1M0	1	2,6	61,6 (GĐII 18,1%; GĐIII 43,5%)
		T3N0M0	4	10,3	
	IIB	T2 N2 M0	1	2,6	
		T4a N0 M0	1	2,6	
		T3 N1 M0	3	7,7	
III	IIIA	T3 N2 M0	2	5,1	
		T4a N1 M0	2	5,1	
		T4a N2 M0	1	2,6	
	IIIB	T4a N3a M0	6	15,4	
	IIIC	T4a N3b M0	3	7,7	

Giai đoạn sớm trong nghiên cứu là 38,4%, giai đoạn tiến triển là 61,6%. Trong đó giai đoạn IA chiếm tới 28,2%. Giai đoạn III chiếm tới 43,5%.

Bảng 7. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Phân loại	n	%
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,6
Tăng men tụy – viêm tụy	1	2,6
Tử vong hậu phẫu	0	0

Ngày nằm viện trung bình $11,41 \pm 4,12$ nhiều nhất 22 ngày, ít nhất 7 ngày

Ngày hậu phẫu trung bình $8,97 \pm 2,33$ nhiều nhất 18 ngày, ít nhất 6 ngày

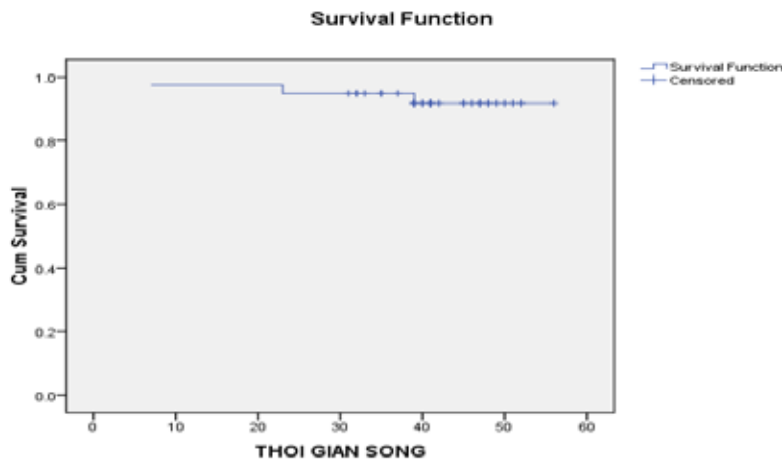
Nhóm có bệnh nội khoa phổi hợp: $8,74 \pm 2,1$

Nhóm không có bệnh nội khoa phổi hợp: $9,26 \pm 2,6$. $p > 0,05$

Tỷ lệ tai biến, biến chứng: nhiễm trùng vết mổ (cấy có vi khuẩn) là 1 trường hợp và một trường hợp có tăng men tụy được điều trị nội khoa giảm về bình thường sau 3 ngày.

Số ngày nằm viện trung bình là 11,4 ngày,

số ngày hậu phẫu trung bình là 8,97 ngày. Sự khác biệt về số ngày hậu phẫu trung bình ở nhóm có và không có bệnh nội khoa không có ý nghĩa thống kê. Không có tử vong hậu phẫu.



Biểu đồ 1. Thời gian sống sau mổ

Theo dõi tính đến ngày 20/9/2022: thời gian sống trung bình $41 \pm 8,9$ tháng, thấp nhất là 7 tháng, lâu nhất là 56 tháng. Đã có 3 bệnh nhân tử vong, số bệnh nhân còn sống sót là 92,3%. Trong đó tử vong chỉ ở nhóm bệnh nhân giai đoạn III (1 bệnh nhân giai đoạn IIIB, 2 bệnh nhân giai đoạn IIIC) và giải phẫu bệnh thuộc

nhóm ung thư biểu mô tuyến biệt hóa kém và đều do di căn xa.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giải phẫu bệnh

Phân bố giữa 2 giới là gần như nhau với

48,7% nữ và 51,3% nam. Chủ yếu là lứa tuổi 60 - 69 với 64,1%. Trong đó, cán bộ hưu chiếm đa số với 66,7%. Lý do vào viện chính là đau vùng thượng vị với 66,7%, đặc biệt phát hiện tinh cò có 7,7%, những bệnh nhân này không có triệu chứng lâm sàng, phát hiện bệnh khi khám sức khỏe định kỳ, đây là điều cần khuyến cáo cho người bệnh. Số người bệnh có tiền sử viêm loét dạ dày chỉ có 7,7%, trong khi đó tiền sử về tăng huyết áp chiếm 41%. Những bệnh nhân cao tuổi việc bệnh lý đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường... là các yếu tố nguy cơ cao sau mổ. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này các tỷ lệ biến chứng, số ngày hậu phẫu của nhóm có và nhóm không có bệnh lý nội khoa kèm theo là như nhau.

Đa số bệnh nhân có chỉ số BMI ở mức bình thường với 79,5%. Triệu chứng trên lâm sàng chủ yếu là đau thượng vị với 84,6%, gầy sút cân chiếm tỷ lệ 43,6%, còn các triệu chứng khác như nôn, chướng bụng... chiếm tỉ lệ rất thấp và chủ yếu ở giai đoạn muộn.¹⁰⁻¹² Các xét nghiệm protein, albumin chủ yếu trong giới hạn cho phép, chỉ số CEA chỉ cao ở 11,1%; CA19-9 cao ở 11,1%; CA72-4 cao ở 20%. Có 17,9% là có thiếu máu.

Siêu âm phát hiện dày thành, u dạ dày chỉ có ở 12,8% tỷ lệ này khá thấp. Trong khi đó, kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện khối u, dày thành dạ dày ở 82,1% và số hạch kết luận có ung thư đúng trên số bệnh nhân ung thư di căn hạch là 54,2%. Khả năng phát hiện tổn thương của Cắt lớp vi tính ổ bụng phụ thuộc vào nhiều yếu tố, trong đó yếu tố kích thước là quan trọng nhất, kích thước nhỏ hơn 5mm thì khả năng phát hiện hạch chỉ đạt 1,1%, khi kích thước > 1cm thì khả năng phát hiện hạch là 72%. Độ nhạy của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán di căn hạch của UTDD từ 25% - 80% và tỷ lệ chẩn đoán đúng là 45%. Khả năng phát hiện di căn gan của cắt lớp vi tính được nhiều tác giả

đánh giá cao với độ nhạy từ 28,6 - 100%, trong khi đó khảo sát di căn phúc mạc của cắt lớp vi tính chỉ đạt 0 - 8%. Cũng như siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính là phương tiện chẩn đoán hình ảnh cần thiết giúp lượng giá bệnh nhân trước mổ.¹⁴

Sinh thiết thực hiện ở 38/39 bệnh nhân trong đó chính xác ở 94,7%. Nếu sinh thiết nhiều vị trí và sinh thiết nhiều lần trên cùng một vị trí, độ chính xác có thể đạt 98%.¹⁶ Có 1 bệnh nhân không sinh thiết được do hẹp môn vị, nhiều thức ăn cũ. Chẩn đoán mô bệnh học qua sinh thiết nội soi là phương pháp có giá trị cao để chẩn đoán xác định ung thư dạ dày. Tuy nhiên, nó phụ thuộc vào lấy bệnh phẩm đúng vào phần u hay không.

Vị trí tổn thương nhiều nhất ở vùng Hang vị phía bờ cong nhỏ 46,2%, toàn bộ hang môn vị 5,1%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kích thước tổn thương < 5cm nhiều hơn ở nhóm ≥ 5cm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Dạng tổn thương loét chiếm tỷ lệ cao với 61,5%, dạng sùi và thâm nhiễm chỉ chiếm 2,6%. Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa và kém chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 30,8 và 38,5% đây đều là loại có độ ác tính cao, ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của bệnh nhân.

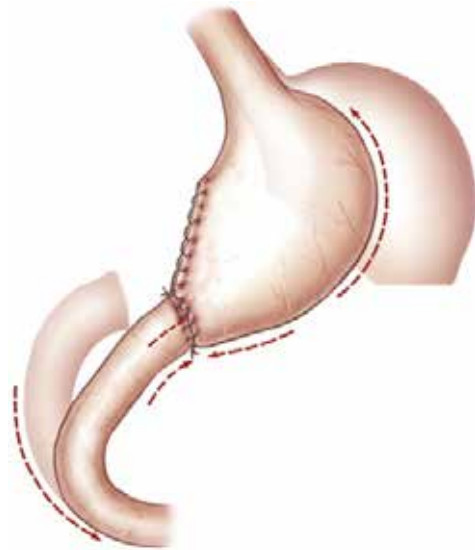
Mô tả chỉ định và phương pháp

Phương pháp nối dạ dày với tá tràng được Jules-Émile Péan (Pháp), thực hiện lần đầu tiên ngày 9/4/1879, người bệnh mất sau 5 ngày. Ludwig Rydygier (Balan) làm phẫu thuật tương tự vào ngày 16/10/1880 nhưng cũng không thành công. Ngày 29/1/1881, Theodor Billroth thực hiện thành công cắt dạ dày bán phần do ung thư với miệng nối trực tiếp từ dạ dày với đoạn 1 tá tràng, từ đó kỹ thuật này như là một tiêu chuẩn, nhất là trong cắt dạ dày bán phần điều trị loét.^{3,6} Ngày nay, với việc điều trị bảo tồn các ổ loét, phẫu thuật này ít được sử dụng.

Nối dạ dày với tá tràng theo phương pháp Billroth I gồm hai kiểu: kiểu Péan (khâu phần dạ dày còn lại cho hẹp bớt trước khi nối với mồm tá tràng) và kiểu Von Haberer (để nguyên mồm dạ dày còn lại nối với mồm tá tràng). Phương pháp này có ưu điểm là nối tận tận nên hợp sinh lý: thức ăn vẫn chứa trong dạ dày, theo đường cũ đi xuống tá tràng và được thấm trực tiếp với dịch mật và dịch tụy. Quá trình tiêu hoá thức ăn và hấp thu dinh dưỡng gần như cũ. Hoạt động kích thích các loại men tiêu hoá không thay đổi nhiều, cho nên ít có các biến chứng ỉa chảy và hội chứng Dumping, tỷ lệ loét tái phát, ung thư tái phát miệng nối cũng ít hơn.⁶ Thời gian thực hiện phương pháp này nhanh, chỉ làm một miệng nối không phải đóng mồm tá tràng cho nên tránh được các biến chứng hội chứng quai đi, quai tới và dò mồm tá tràng. Do chỉ làm một miệng nối và không phải mở hồng tràng nên phẫu thuật sạch hơn, ít nhiễm trùng. Nhược điểm của phương pháp này là khó khâu do mồm dạ dày rộng, dày, mồm tá tràng hẹp, thành mỏng dễ xì miệng nối và trường hợp nếu tá tràng viêm xơ chai thì khó thực hiện.

Chúng tôi áp dụng miệng nối Péan trong các trường hợp ung thư ở 1/3 giữa và 1/3 dưới dạ dày chưa xâm lấn tá tràng, tá tràng không có loét co kéo, miệng nối đảm bảo không căng và đảm bảo về mặt ung thư học, khoảng cách các điện cắt trên dưới với sinh thiết tức thì không còn tổ chức ung thư. Để thực hiện phương pháp này, chúng tôi làm thủ thuật Kocher, di động tá tràng (giúp cho miệng nối không căng khi nối và sinh thiết tức thì nhóm hạch 13, 16). Sau khi cắt phần dạ dày, chúng tôi tiến hành khâu hẹp bớt miệng dạ dày sau đó mở tá tràng mặt sau, gần một nửa chu vi, tiến hành khâu lớp thứ nhất mũi rời chỉ Vicryl 3/0, thanh cơ của dạ dày và tá tràng sau đó thực hiện khâu vắt toàn thể lớp thứ hai bằng chỉ Vicryl 3/0. Tiếp theo cắt rời tá tràng còn lại theo hình vòng cung, sau đó

luồn sonde dạ dày qua miệng nối đến D3-4 tá tràng, tiếp tục tiến hành khâu vắt lớp thứ nhất toàn thể bằng chỉ Vicryl 3/0, khâu lớp thứ hai thanh cơ dạ dày và tá tràng bằng các mũi khâu rời chỉ Vicryl 3/0. Khâu cố định góc trên và góc dưới miệng nối.



Hình 1. Ảnh nối Péan sau cắt bán phần dạ dày.¹⁷

Một báo cáo gần đây tại Nhật Bản cho thấy bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn đầu (EGC) chiếm khoảng 60% tổng số bệnh nhân ung thư dạ dày đã phẫu thuật cắt dạ dày và tỷ lệ sống sót sau 5 năm của bệnh nhân EGC vượt quá 90%.⁸ Điều quan trọng là phải xác định xem phẫu thuật nối theo phương pháp nào mang lại chất lượng cuộc sống cao nhất, vì bệnh nhân Ung thư dạ dày có thể sống sót trong một thời gian dài sau phẫu thuật. Phương pháp Billroth-I (BI) là một trong những thủ thuật tái tạo được thực hiện phổ biến nhất sau khi cắt bỏ đoạn xa (DG) ở bệnh nhân ung thư dạ dày. Ở Nhật Bản, số lượng bác sĩ phẫu thuật ưa thích phương pháp điều trị bằng phương pháp Roux-en-Y (RY) đã tăng lên trong thời gian gần đây; tuy nhiên, đa số các cơ sở y tế vẫn lựa chọn BI để

tái tạo sau DG (DGBI). Khảo sát bảng câu hỏi liên quan đến các phương pháp tái tạo sau khi cắt dạ dày được thực hiện ở Nhật Bản cho thấy BI được chọn là lựa chọn đầu tiên cho DG ở 77% các cơ sở Nhật Bản, RY ở 21% và BII là 0,7%.⁸ Sự đơn giản trong phẫu thuật và sự sinh lý của thức ăn qua tá tràng được coi là giá trị của DGBI, mặc dù các triệu chứng trào ngược sau phẫu thuật, viêm thực quản và viêm dạ dày được phát hiện thường xuyên hơn đáng kể ở bệnh nhân BI so với những bệnh nhân RY, trào ngược mật được cho là do nối trực tiếp giữa dạ dày và tá tràng - một trong những nhược điểm của BI.

Nghiên cứu của Jeong (Hàn Quốc) cho thấy ở nhóm phục hồi lưu thông kiểu Billroth I sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần do ung thư thì thời gian phẫu thuật ngắn hơn, rút sonde dạ dày sớm hơn, thời gian có nhu động ruột sớm hơn so với nhóm phục hồi kiểu Billroth II và không có biến chứng dò, chảy máu hay tử vong ở cả hai nhóm.¹⁵

Tại các nước Châu Âu và Bắc Mỹ thường phục hồi theo phương pháp Roux-en-Y do thấy giảm sự trào ngược và giảm tỷ lệ viêm miệng nổi, thậm chí còn khuyến cáo nên sử dụng phương pháp Roux-en-Y hơn là Billroth I và II.^{3,15} Còn các tác giả ở Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc ít thực hiện phương pháp Roux-en-Y do kỹ thuật phức tạp, thời gian phẫu thuật cũng lâu hơn khi so với phương pháp Billroth I.¹ Tuy nhiên, kết quả lâu dài giữa các nhóm là như nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.⁵

Kết quả điều trị

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu là 180 phút, nhanh nhất là 100 phút, lâu nhất là 310 phút trong đó có 6 trường hợp phải phẫu thuật phối hợp như: gỡ dính, cắt túi mật, lấy sỏi ống mật chủ, lấy sỏi bàng quang. Trong nhóm có phẫu thuật phối hợp thời gian phẫu thuật kéo dài hơn ($236,2 \pm 62,4$ phút) so với nhóm phẫu

thuật cắt dạ dày vét hạch đơn thuần ($169,8 \pm 42,7$ phút), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với kiểm định T-Tets có $p = 0,02$. Thời gian phẫu thuật là giảm đáng kể so với nghiên cứu của Vũ Quang Bộ ở 53 người bệnh ung thư 1/3 dưới dạ dày chỉ thực hiện miệng nối Roux-en-Y và Billroth II với thời gian trung bình $232,08 \pm 14,61$ với mổ mở và $252 \pm 33,17$.¹² Mặc dù nghiên cứu chúng tôi lượng hạch vét trung bình cao hơn 24,3 hạch so với 8,3 hạch, và đều được vét hạch tới D3, D4 (D2+).¹² Như vậy có thể thấy việc nối Billroth I kiểu Péan giảm đáng kể thời gian, giảm các nguy cơ biến chứng do gây mê kéo dài.

Tỷ lệ tai biến, biến chứng của nghiên cứu là khá thấp, chỉ có biến chứng nhẹ như: 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ (cấy có vi khuẩn) và một trường hợp có tăng men tụy đều được điều trị nội khoa ổn định ra viện.

Số ngày nằm viện trung bình của nghiên cứu là 11,4 ngày và số ngày hậu phẫu trung bình là 8,97 ngày. Không có tử vong hậu phẫu.

Theo dõi tính đến ngày 20/9/2022: thời gian sống trung bình $41 \pm 8,9$ tháng, thấp nhất là 7 tháng, lâu nhất là 56 tháng.

Các nghiên cứu trước đây cho thấy thời gian sống thêm giảm dần theo từng giai đoạn, bệnh nhân thuộc giai đoạn III và IV sẽ chết trong thời gian ngắn hơn so với giai đoạn I và II. Nghiên cứu của chúng tôi đã có 3 bệnh nhân tử vong, số bệnh nhân còn sống sót là 92,3%. Trong đó tử vong chỉ ở nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIB và IIIC. Cả 3 trường hợp đã tử vong đều thuộc loại ung thư biểu mô tuyến biệt hóa kém, trong đó có 2 trường hợp không điều trị hóa chất sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt dạ dày bán phần do ung thư và phục hồi lưu thông theo phương pháp Billroth I kiểu Péan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức ở bệnh nhân cao tuổi cho kết quả tốt, phù hợp với

sinh lý, ít biến chứng, nhanh chóng duy trì chức năng của đường tiêu hóa. Tuy nhiên, để thực hiện phương pháp này, ngoài kinh nghiệm, thói quen của phẫu thuật viên thì cần đánh giá kỹ thương tổn, giai đoạn bệnh, mức độ xâm lấn... đảm bảo nguyên tắc của một phẫu thuật ung thư. Thời gian tới chúng tôi tiếp tục theo dõi và đánh giá chất lượng cuộc sống và báo cáo trong nghiên cứu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Birendra K Sah, Ming-Min Chen, Min Yan. Gastric cancer surgery: Billroth I or Billroth II for distal gastrectomy? *BioMed Central Cancer*, 2009, 9:p.428 - 436.
2. G. Piessen, J. Triboulet, C. Mariette. Reconstruction after gastrectomy: Which technique is best? *Journal of visceral surgery*; 2010, 147(5): p.273 - 283.
3. Ishikawa M, Kitayama J, Kaizaki S. Prospective randomized trial comparing Billroth I and Roux-en-Y procedures after distal gastrectomy for gastric carcinoma. *World J Surg*, 2005; 29: 1415 - 1420.
4. Jeong HS, Kim KJ, Cha YJ, et al. Comparison of the Early Postoperative Results after a Billroth I and a Billroth II Gastrectomy for Gastric Cancer. *J Korean Gastric Cancer Assoc*. 2002; 2(2): p.96 - 100.
5. Nunobe S, Okaro A, Sasako M, et al. Billroth 1 versus Roux-en-Y reconstructions: a quality-of-life survey at 5 years. *Int J Clin Oncol*. 2007; 12(6): p.433 - 439.
6. Sachiyo Nomura, Michio Kaminishi. Surgical Treatment of Early Gastric Cancer. *Digestive Surgery* 2007; 24: 96 - 100.
7. Yutaka Kimura, Jota Mikami, Makoto Yamasaki, et al. Comparison of 5-year postoperative outcomes after Billroth I and Roux-en-Y reconstruction following distal gastrectomy for gastric cancer: Results from a multi-institutional randomized controlled trial. *Ann Gastroenterol Surg*. 2021; 5: 93–101.
8. Junya Fujita, Masazumi Takahashi, Takashi Urushihara, et al. 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*. 2016; 19: 302–311.
9. Koki Nakanishi, Mitsuro Kanda, et al. Propensity-score-matched analysis of a multi-institutional dataset to compare postoperative complications between Billroth I and Roux-en-Y reconstructions after distal gastrectomy. *Gastric Cancer*. 2020; 23: 734 - 745.
10. Trịnh Hồng Sơn. Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận án tiến sĩ Y học - Trường Đại học Y Hà Nội. 2001.
11. Hoàng Việt Dũng, Trịnh Hồng Sơn. Phục hồi lưu thông phương pháp Billroth I kiểu Péan sau cắt dạ dày bán phần điều trị ung thư dạ dày ở người cao tuổi tại Bệnh viện Hữu Nghị. *Tạp chí Y học thực hành*, 2016, trang 39-44.
12. Nguyễn Quang Bộ. “Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn có kết hợp hóa chất”. Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y dược Huế. 2017.
13. Hồ Chí Thanh, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội. 2016.
14. Trần Thiện Trung. Ung thư dạ dày, bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị. Nhà xuất bản Y học, 2014, tr. 260-265.
15. Jeong HS, Kim KJ, Cha YJ, et al. Comparison of the Early Postoperative Results after a Billroth I and a Billroth II Gastrectomy

for Gastric Cancer. *J Korean Gastric Cancer Assoc.* 2002 ; 2(2): p.96 - 100.

16. Quách Trọng Đức, Lê Minh Huy, Nguyễn Thúy Oanh, Nguyễn Sào Trung. “Xác định bệnh nhân nguy cơ cao bị ung thư dạ dày trên nội soi: Ai cần sinh thiết hệ thống và nên sinh thiết ở vị trí nào?”, *Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt*

Nam - Tập VII - số 29, 2012, tr. 1875 – 1882.

17. G.Piessen, P.Triboulet, C.Mariette. Reconstruction after gastrectomy: Which technique is best? *Journal of Visceral Surgery*, Volume 147, Issue 5, October 2010, Pages e273-e283.

Summary

LOWER-POLE GASTRECTOMY WITH PÉAN-STYLE CONNECTING MOUTH IN ORDER TO TREAT ADENOCARCINOMA OF 1/3 LOWER STOMACH IN THE ELDERLY PATIENTS

This study described the results of lower pole gastrectomy with Péan anastomosis for primary adenocarcinoma of the lower third of the stomach in the elderly. From 1/2018 to 2/2020, 39 patients aged 60 years or older with primary adenocarcinoma of the lower third of the stomach underwent lower pole gastrectomy with anastomosis and followed at Viet Duc Friendship Hospital. Among the 39 patients, 48.7% were female and 51.3% were male. Early-stage adenocarcinoma accounted for 38.4% and advanced adenocarcinoma accounted for 61.6%. Symptoms included epigastric pain (84.6%), high CEA and CA19-9 (11.1%), and high CA72-4 (20%). Abdominal computed tomography was done at 82.1% of gastric wall thickness. The most common site of pathology is the small curvature (46.5%). The average operative time was 180 minutes. There was no intraoperative complication and no postoperative mortality. Postoperatively, there was low rate of complications and mild complications. The survival rate was 92.3% and the mean survival time to the end of the study was 41 ± 8.9 months. Péan-type Billroth I anastomosis showed good results in elderly patients, shortened surgery time, reduced intraoperative complications, and maintained functions of the gastrointestinal tract.

Keywords: Gastric adenocarcinoma, Billroth I type Péan.