

đau dự phòng sau mổ tăng bụng trên bằng phương pháp tiêm morphine tùy sống", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Đỗ Văn Lợi (2007):** "Nghiên cứu phối hợp Bupivacain với Morphin hoặc Fentanyl trong gây tê tùy sống để mổ lấy thai và giảm đau sau mổ", Luận văn thạc sỹ y học. Trường đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Hoàng Ngọc (2010)** "Đánh giá tác dụng vô cảm và giảm đau sau mổ trong mổ lấy thai của gây tê tùy sống bằng bupivacain kết hợp morphin

ở các liều khác nhau", Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. **Phan Anh Tuấn (2008),** "Đánh giá tác dụng của Gây tê tùy sống bằng bupivacain kết hợp morphin và bupivacain kết hợp fentanyl trong mổ chi dưới", Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân y.
9. **Michelle Wheeler, Gary M, Oderda (2002).** "Adverse events associated with postoperative opioid analgesia: A systematic review", The Journal of Pain, Volume 3 Number 3:159-180.

VIÊM TUY CẤP DO RƯỢU VÀ DO TĂNG TRIGLYCERIDE MÁU: MỨC ĐỘ NẶNG VÀ KẾT CỤC LÂM SÀNG

Võ Duy Thông^{1,2}, Nguyễn Thị Mộng Trinh³, Hồ Tấn Phát²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mức độ nặng và kết cục lâm sàng giữa viêm tụy cấp (VTC) do rượu và do tăng triglyceride (TG) máu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích, so sánh mức độ nặng và kết cục giữa viêm tụy cấp do tăng TG và do rượu. Bệnh nhân (BN) đủ 18 tuổi trở lên, thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán của VTC. Đánh giá mức độ nặng của VTC dựa vào bảng phân độ Atlanta hiệu chỉnh 2012, BISAP, thang điểm CTSI và SIRS tại thời điểm nhập viện. Kết cục lâm sàng gồm biến chứng suy một hoặc nhiều cơ quan, nhập ICU và tử vong. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 39,2 ± 9,7. Phần lớn bệnh nhân là nam, với tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1. Không có sự khác biệt của tiền căn VTC, đái tháo đường và tăng huyết áp giữa hai nhóm. BN VTC do TG có mức độ nặng nhiều hơn so với nhóm BN VTC do rượu (41,6% so với 9,4%, p < 0,001). Thang điểm SIRS và CTSI có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm VTC do TG và do rượu (p = 0,0058 và p = 0,0027). Tỷ lệ nhập ICU và thời gian nằm viện của nhóm VTC do TG có tỷ lệ cao hơn so với VTC do rượu (p = 0,038 và p = 0,042). **Kết luận:** VTC do TG so với VTC do rượu có mức độ viêm tụy nặng hơn, có thời gian nằm viện dài hơn.

Từ khóa: viêm tụy cấp, triglyceride, rượu

SUMMARY

ALCOHOL-INDUCED AND HYPERTRIGLYCERIDEMIA-INDUCED ACUTE PANCREATITIS: SEVERITY AND CLINICAL OUTCOMES

Objective: To investigate the severity and clinical outcomes of patients with alcohol-induced and hypertriglyceridemia-induced acute pancreatitis (AP).

Methods: Descriptive cross-sectional study was conducted to compare the severity and outcomes between acute pancreatitis due to hypertriglyceridemia and alcohol. Patients aged 18 years or older, diagnosed with AP were included in this study. AP severity was assessed based on 2012 adjusted Atlanta scale, BISAP, CTSI and SIRS scale at the time of admission. Clinical outcomes included one or more organ failure complications, ICU admission and death. **Results:** The mean age of patients was 39.2 ± 9.7. Most of patients were men with the male/female ratio of 3.5/1. There was no differences regarding a history of AP, diabetes and hypertension between the two groups. Patients with hypertriglyceridemia-induced AP were more severe than alcohol-induced AP patients (41.6% vs. 9.4%, p < 0.001). SIRS and CTSI scores were statistically significant different between the two groups (p = 0.0058 and p = 0.0027). The rate of ICU admission and the length of hospitalization of hypertriglyceridemia-induced AP were higher than that in alcohol-induced AP patients (p = 0.038 and p = 0.042). **Conclusion:** Patients with hypertriglyceridemia-induced AP are more severe have longer hospital stay.

Keywords: acute pancreatitis, hypertriglyceridemia-induced, alcohol-induced.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một trong những bệnh lý đường tiêu hóa thường gặp nhất ở khoa cấp cứu của các bệnh viện, bệnh nhân (BN) thường nhập viện với bệnh cảnh đau bụng cấp tính, diễn tiến từ nhẹ đến nặng và có thể đe dọa tính mạng của người bệnh. Tỷ lệ tử vong chung của VTC từ 1 – 5%. VTC thể nhẹ, thường tự giới hạn và hồi phục trong vòng từ 3 đến 5 ngày có tỷ lệ tử vong dưới 1%. Trong khi đó, VTC thể nặng có tỷ lệ tử vong có thể lên đến 30 đến 40% [1]. Ngày nay với sự tiến bộ của các phương tiện kỹ thuật, sự cập nhật của các khuyến cáo và hướng dẫn trong điều trị VTC, việc chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi BN đã có nhiều thuận lợi hơn. Cơ chế gây ra VTC do các nguyên nhân khác

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Thông

Email: duythong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.01.2021

Ngày duyệt bài: 11.2.2021

nhau là không giống nhau vì vậy có thể đưa đến đặc điểm bệnh cảnh và phương pháp điều trị đặc hiệu khác nhau. Do vậy, việc xác định chính xác nguyên nhân là quan trọng và cần thiết. Nguyên nhân gây ra VTC không giống nhau giữa các quốc gia. Ở Châu Á, VTC do sỏi mật chiếm từ 3,1 – 10,7%, do rượu chiếm 10% [2]. Nguyên nhân chủ yếu gây ra VTC ở Ấn Độ là rượu (73,3%), ở Trung Quốc và Malaysia là sỏi mật (31,6% và 26,3%) [2]. Trong những năm gần đây, VTC do tăng triglyceride (VTC do TG) đang ngày càng được quan tâm và nghiên cứu nhiều hơn [3]. Vậy nên chúng tôi thực hiện đề tài nhằm khảo sát mức độ nặng và kết cục lâm sàng giữa viêm tụy cấp do rượu và do tăng triglyceride máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích, so sánh mức độ nặng và kết cục giữa viêm tụy cấp do tăng TG và do rượu.

Đối tượng nghiên cứu. BN đủ 18 tuổi trở lên, thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán của VTC. Nguyên nhân của VTC do rượu và do tăng TG được xác định và đưa vào nghiên cứu. BN VTC do rượu được chẩn đoán không tìm thấy nguyên nhân rõ ràng nào khác của viêm tụy ngoài rượu. VTC do TG được chẩn đoán tăng TG máu với nồng độ TG ≥ 1000 mg/dL và loại trừ nguyên nhân khác. Xét nghiệm TG máu được thực hiện trong vòng 48 giờ sau nhập viện. Không nhận vào nghiên cứu những BN viêm tụy mạn, BN có bệnh lý mạn tính nặng chưa kiểm soát được (xơ gan, bệnh lý ác tính, bệnh tự miễn,...) và không đủ thông tin cần thiết.

Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Các bước tiến hành và phân tích số liệu

Các BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh nhập khoa Nội Tiêu hóa – Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 6 năm 2019. Ghi nhận các thông tin về chỉ số nhân trắc học, nghề nghiệp, tiền căn, lý do vào viện, dấu hiệu sinh tồn, tri giác theo thang điểm Glasgow, độ bão hòa oxy máu, triệu chứng lâm sàng, tất cả xét nghiệm tại thời điểm nhập viện và theo dõi trong thời gian

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu.

Giá trị	Tổng (n = 162)	VTC do TG (n = 98)	VTC do rượu (n = 64)	Giá trị p
Tuổi, M \pm SD	39,2 \pm 9,7	38,9 \pm 7,2	40,2 \pm 9,5	0,768
Giới tính, n (%)				
Nam	126 (77,8)	62 (63,3)	64 (100)	0,095
Nữ	36 (22,2)	36 (36,7)	0 (0)	
BMI, M \pm SD	23,5 \pm 2,2	23,7 \pm 2,6	24,1 \pm 2,5	0,572
≥ 23 kg/m ²	90 (55,6)	52 (53,1)	38 (59,4)	0,147

nằm viện (công thức máu, PT, APTT, AST, ALT, BUN, creatinine, glucose, TG, bilirubin, ion đồ, CRP giờ 48 sau nhập viện (CRP48), amylase máu, lipase máu, siêu âm bụng tổng quát, CT bụng cản quang và Xquang ngực thẳng, khí máu động mạch, ceton máu).

Mức độ nặng và kết cục lâm sàng:

- Đánh giá mức độ nặng của VTC [1] dựa vào bảng phân độ nặng VTC theo bảng phân độ Atlanta hiệu chỉnh 2012, BISAP, thang điểm CTSI, SIRS tại thời điểm nhập viện. Biến chứng hệ thống là đợt kịch phát của các bệnh lý nội khoa mạn tính liên quan đến VTC (bệnh động mạch vành, đái tháo đường,...).

- Tiêu chuẩn nhập ICU của Bệnh viện Chợ Rẫy: có chỉ định thay huyết tương, lọc máu liên tục và hoặc bệnh nặng có suy cơ quan.

- Tử vong nội viện: BN tử vong trong bệnh viện hoặc bệnh nặng xin về. Số ngày nằm viện: thời gian từ lúc BN vào viện đến lúc ra viện (BN còn sống) hoặc bệnh ổn chuyển đến y tế địa phương theo dõi tiếp. Bảng ngày ra viện – ngày vào viện.

Phân tích số liệu theo phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng thống kê mô tả để trình bày số liệu. Sử dụng phép kiểm chi bình phương để so sánh tỷ lệ độ nặng VTC, tỷ lệ nhập ICU và tử vong giữa nhóm VTC do rượu và do tăng TG. Các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 162 BN được nhận vào nghiên cứu, trong đó, chúng tôi thu nhận có 98 BN thuộc nhóm VTC do TG và 64 BN thuộc nhóm VTC do rượu. Đặc điểm dân số nghiên cứu giữa hai nhóm được trình bày trong Bảng 1. Độ tuổi trung bình là $39,2 \pm 9,7$. Độ tuổi ở nhóm VTC do rượu cao hơn so với VTC do TG. Phần lớn trong nghiên cứu là nam, với tỷ lệ nam/nữ là 3,5/1. Không có sự khác biệt của tiền căn VTC giữa hai nhóm.

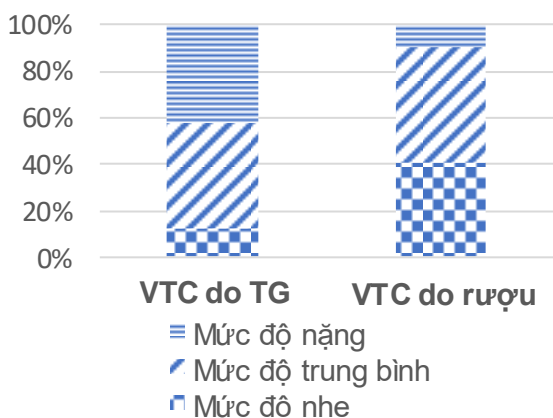
Tiền căn VTC, n (%)	49 (30,2)	29 (29,6)	20 (31,3)	0,742
Đái tháo đường, n (%)	33 (20,4)	21 (21,4)	12 (18,8)	0,437
Tăng huyết áp, n (%)	13 (7,9)	8 (8,2)	5 (7,8)	0,671
Hút thuốc lá, n (%)	47 (29,0)	16 (16,3)	31 (48,4)	0,072

M ± SD: trung bình ± độ lệch chuẩn

Khi đánh giá mức độ nặng của VTC theo Atlanta hiệu chỉnh 2012, trong dân số của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm BN VTC do TG có mức độ nặng nhiều hơn so với nhóm BN VTC do rượu (41,6% so với 9,4%, p < 0,001). (Hình 1 và Bảng 2).

Bảng 2. Mức độ nặng theo phân độ Atlanta hiệu chỉnh 2012.

Mức độ	VTC do TG (n = 98)	VTC do rượu (n = 64)	p
Mức độ nhẹ	12 (12,3%)	26 (40,6%)	< 0,001
Mức độ trung bình	45 (45,9%)	32 (50,0%)	0,179
Mức độ nặng	41 (41,8%)	6 (9,4%)	< 0,001



Hình 1. Phân bố mức độ nặng của viêm tụy cấp theo Atlanta hiệu chỉnh 2012

Khi so sánh các thang điểm tiên lượng nặng của VTC, kết quả nghiên cứu cho thấy thang điểm SIRS và CTSI có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm VTC do TG và do rượu (Bảng 3). Thang điểm BISAP không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Bảng 3. So sánh các thang điểm tiên lượng nặng VTC do TG và do rượu.

Giá trị	VTC do TG (n = 98)	VTC do rượu (n = 64)	p
SIRS: Có	59 (60,2%)	21 (32,8%)	0,0058
Không	39 (39,8%)	43 (67,2%)	
BISAP: < 3	76 (77,6%)	52 (81,3%)	0,21
≥ 3	22 (22,4%)	12 (18,7%)	

CTSI: Nhẹ	19 (19,3%)	10 (15,6%)	0,0037
Trung bình	42 (42,9%)	28 (43,8%)	
Nặng	37 (37,8%)	10 (15,6%)	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi so sánh kết cục lâm sàng ở hai nhóm VTC do TG và do rượu, kết quả cho thấy tỷ lệ nhập ICU và thời gian nằm viện của nhóm VTC do TG có tỷ lệ cao hơn so với VTC do rượu (p = 0,038 và p = 0,042). Các kết cục như suy một hoặc suy nhiều cơ quan không có sự khác nhau giữa hai nhóm.

Bảng 4. So sánh kết cục ở BN VTC giữa hai nhóm VTC do TG và do rượu.

Giá trị	VTC do TG (n = 98)	VTC do rượu (n = 64)	p
Suy hô hấp, n (%)	35 (35,7%)	18 (28,1%)	0,218
Suy thận, n (%)	29 (29,6%)	12 (18,8%)	0,825
Suy tim mạch, n (%)	16 (16,3%)	6 (9,4%)	0,323
Suy tạng kéo dài, n (%)	20 (20,4%)	8 (12,5%)	0,071
Hoại tử tụy, n (%)	33 (33,7%)	13 (20,3%)	0,098
Thời gian nằm viện, trung vị, giờ	62,1	43,6	0,042
Nhập ICU, n (%)	22 (23,5%)	8 (12,5%)	0,038
Tử vong, n (%)	4 (4,1%)	1 (1,7%)	0,159

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 39,2 ± 9,7 và nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 30 – 39 và 40 – 49 tuổi. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các nghiên cứu [4,5,6]. Qua các nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tuổi thường mắc VTC do TG từ 30 – 50 tuổi, không có sự khác biệt giữa VTC do TG và do rượu. Sự tương đồng về tuổi trung bình và nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trên có thể lý giải một phần là do cùng chọn dân số VTC do tăng TG, liên quan đến yếu tố nguy cơ thứ phát làm tăng TG, và sử dụng rượu/bia thường được dùng ở nhóm đối tượng trong độ tuổi lao động tay chân, cũng không loại trừ có sự bất thường TG trước đó (liên quan gen), điều này cần được chứng minh về bất thường gen. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ số BN nam nhiều hơn BN nữ và tỷ lệ

này thay đổi rất khác nhau ở các nghiên cứu. Tỷ số trên cho thấy sự khác nhau về đặc tính của dân số nghiên cứu cũng như đối tượng nghiên cứu: VTC thường mắc trong độ tuổi lao động, liên quan đến rượu/bia (chủ yếu ở nam giới), thói quen sinh hoạt, nguyên nhân của VTC và thời gian lấy mẫu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình là $23,5 \pm 2,2$ trong đó nhóm BN có BMI thừa cân chiếm cao nhất (55,6%), và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Trung bình BMI trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Võ Thị Lương Trân [5], Hoàng Đức Chuyên [4]. Sự khác nhau về trung bình BMI giữa các nghiên cứu có thể lý giải do không cùng dân số VTC, thói quen sinh hoạt, đặc tính của dân số và nơi sinh sống. Mỗi nghiên cứu sẽ có một tỷ lệ tiên căn bệnh lý khác nhau dựa trên dân số chọn mẫu. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân bị đái tháo đường cao hơn các nghiên cứu Hoàng Đức Chuyên và cộng sự [4] và thấp hơn nghiên cứu Huỳnh Tấn Đạt [7]. Đái tháo đường được xem là một yếu tố nguy cơ thứ phát thường gặp nhất làm tăng TG, cụ thể chiếm 20,4%; tương tự ở nhóm VTC do rượu chiếm tỷ lệ khá cao (21,4%). Tỷ lệ VTC tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi là 30,2%, cao hơn nghiên cứu của Hoàng Đức Chuyên [4], Võ Thị Lương Trân [5] và gần tương tự với nghiên cứu của Huỳnh Tấn Đạt [7]. Trong nghiên cứu của Huỳnh Tấn Đạt [7], ghi nhận mối liên quan thuận của yếu tố rượu và tăng TG với VTC tái phát. Tỷ lệ VTC tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, có thể liên quan đến tỷ lệ của các yếu tố tăng TG thứ phát trong dân số nghiên cứu, có thể mức kiểm soát đường huyết không tốt, tình trạng sử dụng rượu, thói quen/ý thức phối hợp trong điều trị, không theo dõi và điều trị rối loạn lipid từ trước. Do đó, khi so sánh tỷ lệ tiên căn VTC giữa hai nhóm không có sự khác biệt.

Trong nghiên cứu này, có sự khác biệt về mức độ nghiêm trọng của bệnh và kết cục giữa BN VTC do TG và do rượu. VTC do TG có dấu hiệu viêm tụy nặng cao hơn so với VTC do rượu và kết cục của VTC do TG cũng có kết quả xấu hơn. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phân loại VTC theo Atlanta hiệu chỉnh năm 2012 để đánh giá mức độ VTC giữa hai nhóm. Dựa vào mức độ VTC này để xác định BN cần điều trị tích cực sớm, chuyển tuyến chuyên khoa hoặc khoa hồi sức tích cực. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy 41,8% VTC mức độ nặng ở nhóm VTC do TG, cao hơn rất nhiều so với VTC do rượu mức độ nặng (9,4%), với $p < 0,001$.

Điều này cho thấy, những BN VTC do TG mức độ nặng có thể cần được xử trí tích cực sớm và chuyển tuyến chuyên khoa hoặc khoa hồi sức tích cực. Thang điểm BISAP lần đầu tiên được đề xuất bởi Wu và cộng sự [1], và được coi là một điểm chính xác để phân tầng nguy cơ ở BN VTC, với độ chính xác tiên lượng tương tự như thang điểm APACHE II [3]. Thang điểm BISAP là một chỉ số đáng tin cậy để xác định sớm những BN có kết cục lâm sàng không tốt [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả cho thấy nhiều BN VTC do TG (22,4%) có điểm BISAP ≥ 3 cao hơn nhiều so với BN VTC do rượu (18,7%). Tương tự, hơn một nửa số VTC do TG (60,2%) có SIRS tại thời điểm nhập viện so với chỉ khoảng một phần ba số BN VTC do rượu (32,8%). Đánh giá thang điểm CTSI, kết quả cho thấy mức độ nặng của VTC do TG (37,8%) cũng cao hơn so với VTC do rượu (15,6%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh kết cục lâm sàng giữa hai nhóm VTC do TG và do rượu, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN VTC do TG có thời gian nằm viện cao hơn và cần được chăm sóc tại ICU nhiều hơn BN VTC do rượu, và điều này làm tăng chi phí liên quan đến việc điều trị.

Nghiên cứu này có ý nghĩa đối với thực hành lâm sàng vì nó cho thấy BN VTC do TG thường có mức độ nặng hơn. Do vậy, những BN này cần được theo dõi lâm sàng chặt chẽ tại thời điểm nhập viện do các biến chứng phức tạp có thể dẫn tới nhập ICU và tử vong.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, VTC do TG so với VTC do rượu có mức độ viêm tụy nặng hơn, có thời gian nằm viện dài hơn và cần theo dõi tại ICU nhiều hơn. Trong thực hành lâm sàng việc đánh giá mức độ ban đầu ở những BN VTC do TG rất quan trọng, từ đó có thể cải thiện kết cục lâm sàng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wu BU, Johannes RS, Sun X et al. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: A large population-based study. *Gut*. 2008;57:1698–703
2. Gao W, Yang HX, Ma CE. The value of BISAP score for predicting mortality and severity in acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10:e0130412
3. Papachristou GI, Muddana V, Yadav D et al. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI scores in predicting organ failure, complications, and mortality in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2010;105:435–42.
4. Hoàng Đức Chuyên. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp do tăng triglyceride. 2012. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Võ Thị Lương Trân. So sánh đặc điểm lâm sàng,

cận lâm sàng của viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu với viêm tụy cấp do nguyên nhân khác. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2018. Tập 22 (2): 328-335.

6. Cho J. H. et al. Comparison of scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis. World J Gastroenterol. 2015. 21(8): 2387-2394.

7. Huỳnh Tấn Đạt. Vai trò của tăng Triglyceride trong viêm tụy cấp. 2006. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT GẦN TOÀN BỘ DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN cT1,2N0M0 TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*, Hà Hải Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày gần toàn bộ điều trị ung thư dạ dày giai đoạn cT1,2N0M0 tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiền cứu, theo dõi dọc (đánh giá kết quả trước mổ và sau mổ) trên 37 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày gần toàn bộ (cắt dạ dày cực xa) tại khoa Ngoại Bụng 1-Bệnh viện K Tân Triều từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Tổng số có 37 ca được ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày gần toàn bộ, nam/nữ = 2/1, tuổi trung bình 54,1. Thời gian mổ trung bình là 192 phút (ngắn nhất là 135 phút, dài nhất 255 phút). Lượng máu mất trung bình là 44ml. Số lượng hạch vét được trung bình là 23 hạch (ít nhất là 15 và nhiều nhất là 45 hạch). Miệng nối Delta chiếm 64,9%, kiểu Roux-en-Y chiếm 35,1%. Thời gian rút sonde dạ dày và sonde bàng quang trung bình lần lượt là 13 giờ và 40,3 giờ, thời gian trung tiện trung bình là 47,8 giờ, thời gian tập ăn đường miệng là 2,1 ngày. Thời gian rút dẫn lưu và nằm viện trung bình là 6,4 và 7,1 ngày. Chúng tôi không gặp tai biến trong mổ hay biến chứng sau mổ như chảy máu, rò bực mồm tá tràng, rò miệng nối, nhiễm trùng.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt gần toàn bộ dạ dày là phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả, áp dụng cho các trường hợp điều trị ung thư dạ dày giai đoạn cT1,2N0M0 tại bệnh viện K.

Từ khóa: ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi

SUMMARY

EARLY RESULT OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY FOR TREATMENT GASTRIC CANCER CT1,2N0M0 AT K HOSPITAL

Objective: Evaluate the early results of cT1,2N0M0 gastric cancer patients who treated with laparoscopic distal gastrectomy at K hospital. **Methods:** prospective study, longitudinal follow-up (pre-operative and postoperative results) on 37

patients with gastric cancer who underwent Laparoscopic Distal Gastrectomy at Abdominal Department 1- K Hospital from December 2019 to December 2020. **Results:** 37 patients were involved in this research, with male/female ratio was 2/1, average age was 54.1. Average surgery time was 192 mins (135-255). The amount of blood loss is 44(10-100)(ml). The average number of dissected nodes was 23(15-45). Billroth I anastomosis (Delta) performed in 64,9%, Roux-en-Y anastomosis performed in 35,1%. Average length of nasal tube removal was 13 hours, urinary catheter removal was 40,3 hours, postoperative gastrointestinal motility was 47,8 hours. Early postoperative oral feeding shortens first time at day 2, drainage tube withdrawal was 6,4 (days) and average length of hospital stay was 7,1 days. None of those patients have intraoperative and postoperative complications, such as haemorrhage, duodenal stump fistula, anastomosis leakage, surgical site infections, etc. **Conclusion:** Laparoscopic distal gastrectomy is a safe and effective surgical approach, applicable to the curative treatment of cT1,2N0M0 gastric cancer in K hospital.

Key Words: Gastric cancer, Laparoscopic surgery, Laparoscopic Distal Gastrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số bệnh ung thư phổ biến trên thế giới. Theo GLOBOCAN năm 2018, UTDD đứng thứ 5 về tỷ lệ mắc mới với 1.033.701 ca/năm, đứng thứ 2 về tỷ lệ tử vong do ung thư ở cả 2 giới (782.685 ca/năm) [2],[4]. Bệnh thường gặp ở các nước Đông Á (Trung Quốc, Nhật Bản, Hàn Quốc) [2],[4]. Nam giới gặp gấp 2 lần nữ giới. Tại Việt Nam, ung thư dạ dày đứng thứ 3 sau ung thư phổi, gan [4]. Tỷ lệ mắc khác nhau giữa 2 miền Nam - Bắc [4]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính đối với ung thư dạ dày. Điều trị tốt nhất là cắt rộng tổn thương và vét hạch khu vực tối đa trong điều kiện có thể được. Hoá chất đóng vai trò điều trị hỗ trợ (trước hoặc sau phẫu thuật) [2].

Phẫu thuật cắt dạ dày cực xa (Laparoscopic Distal Gastrectomy-LDG) là phương pháp được thực hiện phổ biến nhất. Mặc dù có bằng chứng cho thấy hiệu quả bước đầu của LDG đối với ung

*Trung tâm Rô cốt Bệnh viện K

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 23.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 26.01.2021

Ngày duyệt bài: 11.2.2021