

**SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN UNG BƯỚU**

TRẦN MẠNH HÙNG

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY BẰNG
PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU BẮC NINH
TỪ THÁNG 01/2024 ĐẾN THÁNG 12/2025**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh - 2026

**SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH
BỆNH VIỆN UNG BƯỚU**

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY BẰNG
PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU BẮC NINH
TỪ THÁNG 01/2024 ĐẾN THÁNG 12/2025**

Người thực hiện : Trần Mạnh Hùng.

Bắc Ninh – 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Đặc điểm giải phẫu dạ dày.....	4
1.2. Đặc điểm sinh lý dạ dày.....	8
1.3. Chẩn đoán ung thư dạ dày.....	10
1.4. Điều trị ung thư dạ dày.....	15
1.5. Một số nghiên cứu về phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày.....	17
1.6. Địa bàn nghiên cứu.....	19
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	20
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	20
2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu	20
2.3. Thiết kế.....	21
2.4. Cỡ mẫu.....	21
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	21
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	21
2.7. Các biến số nghiên cứu.....	21
2.8. Phẫu thuật cắt cực dưới dạ dày triệt căn.....	27
2.9. Phương pháp phân tích số liệu.....	29
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu.....	29
2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số.....	29
Chương 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ.....	32
3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.....	32
3.2. Nhận xét kết quả điều trị sớm ung thư biểu mô tuyến dạ dày bằng phẫu thuật triệt căn	36
Chương 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN.....	41
TÀI LIỆU THAM KHẢO	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AJCC	American Joint Committee on Cancer (Ủy ban liên hợp về ung thư Hoa Kỳ)
ASEAN	Association of Southeast Asian Nations (Hiệp hội các Quốc gia Đông Nam Á)
BCL	Bờ cong lớn
BCN	Bờ cong nhỏ
BN	Bệnh nhân
CLVT	Cắt lớp vi tính
CS	Cộng sự
GLOBOCAN	Cơ sở dữ liệu toàn cầu về thống kê ung thư
GPB	Giải phẫu bệnh
HDC	Hạch di căn
HVĐ	Hạch vét được
JGCA	Japanese Gastric Cancer Association (Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản)
PP	Phương pháp
PT	Phẫu thuật
SL	Số lượng
UICC	Union for International Cancer Control (Hiệp hội phòng chống ung thư thế giới)
UTBM	Ung thư biểu mô
UTDD	Ung thư dạ dày
R0	Không còn tổ chức ung thư

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu.....	21
Bảng 3.1. Phân bố bệnh theo tuổi.....	32
Bảng 3.2. Phân bố bệnh theo giới	32
Bảng 3.3. Tiền sử bệnh.....	33
Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng	33
Bảng 3.5. Kết quả xét nghiệm huyết học, sinh hoá.....	34
Bảng 3.6. Đặc điểm tổn thương trên CLVT ổ bụng	34
Bảng 3.7. Hình ảnh đại thể tổn thương dạ dày trên nội soi.....	35
Bảng 3.8. Kết quả sinh thiết trước mổ.....	35
Bảng 3.9. Kết quả vét hạch.....	36
Bảng 3.10. Đặc điểm di căn hạch theo vùng (Theo AJCC 2017).....	36
Bảng 3.11. Liên quan giữa di căn hạch và kích thước u	37
Bảng 3.12. Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hoá.....	37
Bảng 3.13. Giải phẫu bệnh sau mổ.....	38
Bảng 3.14. Độ biệt hóa tế bào.....	38
Bảng 3.15. Phân loại giai đoạn bệnh sau mổ (AJCC 2017).....	39
Bảng 3.16. Thời gian phẫu thuật, trung tiện, ra viện.....	40
Bảng 3.17. Biến chứng sớm sau mổ.....	40

DANH MỤC HÌNH VẼ

Hình 1.1. Giải phẫu của dạ dày.....	4
Hình 1.2. Động mạch dạ dày	6
Hình 1.3. Các nhóm hạch dạ dày.....	7

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày chủ yếu là ung thư biểu mô, chiếm khoảng 95%, trong đó trên 90% là ung thư biểu mô tuyến [1]. Đây là một trong những loại ung thư phổ biến và đứng hàng đầu trong số các ung thư đường tiêu hóa với tỷ lệ tử vong cao. Theo Globocan 2022 trên thế giới ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5 về số ca mắc mới với khoảng 969.000 ca và đứng thứ 5 về tỉ lệ tử vong (khoảng 6,8 %) khoảng 660.000 ca [12]. Ở nước ta, ung thư dạ dày là loại ung thư phổ biến thứ 3 và tỷ lệ tử vong là 11,9% với trên 14.600 trường hợp tử vong trong năm 2020 [2]. Để xác định vị trí u, Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản đã chia dạ dày thành 3 phần bằng nhau dọc theo trục của nó, trong đó vị trí hay gặp nhất là 1/3 dưới [14].

Triệu chứng của ung thư dạ dày thường nghèo nàn và không đặc hiệu. Ở Việt Nam, bệnh thường phát hiện ở giai đoạn muộn, theo Nguyễn Đăng Bảo 74,7% bệnh nhân vào viện ở giai đoạn muộn [1]. Ở các nước phát triển như Nhật Bản, Hàn Quốc, ung thư dạ dày thường được chẩn đoán ở giai đoạn sớm. Hiện nay có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán nên ung thư dạ dày ngày càng được phát hiện ở giai đoạn sớm hơn, nhiều trường hợp phát hiện bệnh tình cờ mà không có dấu hiệu báo trước.

Phẫu thuật giữ vai trò quyết định trong điều trị ung thư dạ dày [1]. Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội ung thư dạ dày Nhật Bản, phẫu thuật được coi là triệt căn bao gồm cắt ít nhất 2/3 dạ dày kết hợp vét hạch D2 (cắt dạ dày tiêu chuẩn – standard gastrectomy) hoặc phẫu thuật cắt dạ dày không tiêu chuẩn(non-standard gastrectomy) với mức độ cắt dạ dày và vét hạch thấp hơn hoặc mở rộng hơn cắt dạ dày tiêu chuẩn, nhưng đảm bảo diện cắt R0 [14]. Nguyễn Quang Bộ và cộng sự nghiên cứu kết quả phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới thấy cắt đoạn 3/4 dạ dày là chủ yếu (81,1%), không có trường hợp nào tử vong và tỷ lệ biến chứng sau mổ là 7,5%, tuy nhiên tác giả chỉ nghiên cứu các trường hợp từ giai đoạn IB đến III và được nạo vét hạch D2 [2]. Theo Phạm Văn Nam phẫu thuật cắt đoạn xa dạ dày có tỷ lệ tai biến trong mổ là 4,05% và biến chứng sau mổ là 2,7% ở nhóm ung thư dạ dày 1/3 giữa và 1/3 dưới [8].

Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh là cơ sở áp dụng phẫu thuật trong điều trị ung thư dạ dày thường qui, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả phẫu thuật trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật triệt căn. Với sự phát triển của chuyên ngành Ung thư, phương tiện phẫu thuật và sự hoàn thiện quy trình phẫu thuật, kết quả điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày có nhiều sự thay đổi. Nhằm mục đích nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày trong giai đoạn gần đây, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày bằng phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025”***

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.

2. Nhận xét kết quả điều trị sớm ung thư biểu mô tuyến dạ dày bằng phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.

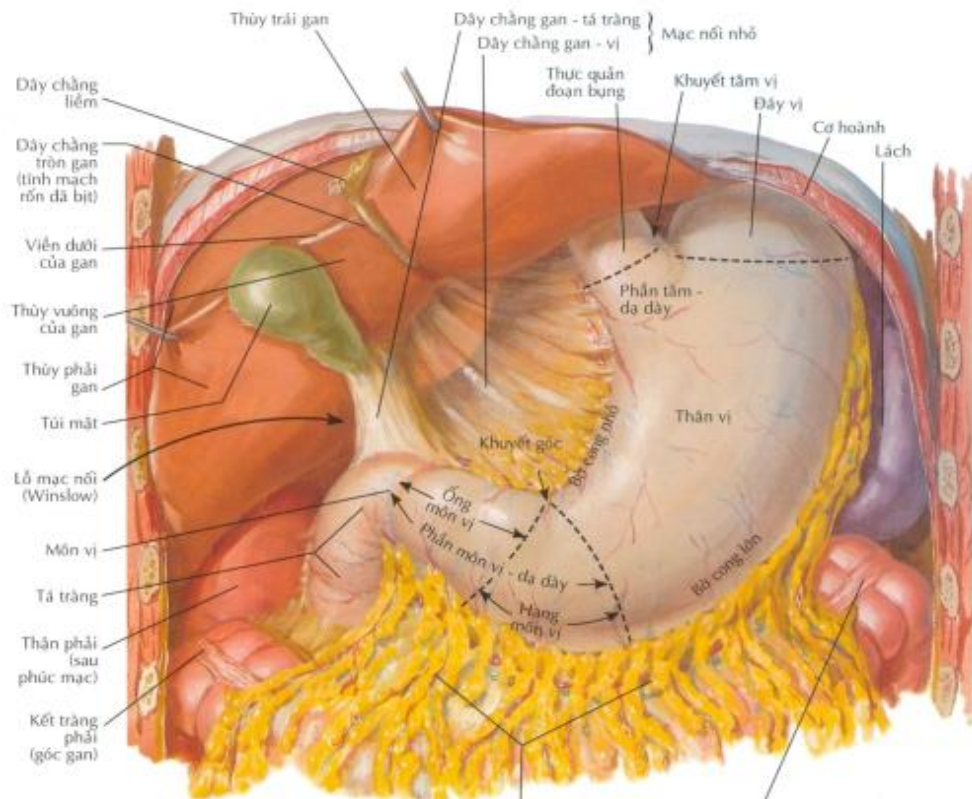
Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đặc điểm giải phẫu dạ dày

1.1.1. Hình thể dạ dày

Dạ dày là đoạn phình to nhất của ống tiêu hóa, nối giữa thực quản và tá tràng. Dạ dày có hình chữ J với 4 phần giải phẫu (phần tâm vị, đáy vị, thân vị và phần môn vị) và 2 bờ cong (bờ cong lớn và bờ cong nhỏ) [11].



Hình 1.1. Giải phẫu của dạ dày

(Nguồn: Frank H. Netter Atlas giải phẫu người) [9]

Để xác định vị trí của u về giải phẫu, Hiệp hội ung thư dạ dày (UTDD) Nhật Bản đã chia dạ dày thành 3 phần bằng nhau dọc theo trục của nó, gồm: 1/3 trên; 1/3 giữa và 1/3 dưới, bằng cách nối giữa các điểm chia đều 2 bờ cong [14]. Ung thư dạ dày ở vị trí 1/3 dưới là chủ yếu, giảm dần theo 1/3 giữa và 1/3 trên. Theo Giuliani A.

nao vét hạch ở 115 bệnh nhân UTDD thấy vị trí u 1/3 dưới là 71,3%; 1/3 giữa là 15,7% và 1/3 trên là 13% [13].

1.1.2. Cấu tạo dạ dày

Dạ dày được cấu tạo từ nông vào sâu gồm các lớp:

Lớp thanh mạc và dưới thanh mạc là màng bọc bởi tổ chức liên kết thưa, mặt ngoài lợp bởi lớp trung biểu mô.

Lớp cơ được tạo bởi các bó sợi cơ trơn, được xếp thành 3 lớp: lớp cơ dọc ở ngoài, lớp cơ vòng ở giữa, lớp cơ chéo ở trong.

Lớp dưới niêm mạc được cấu tạo bởi tổ chức liên kết lỏng lẻo, trong chứa nhiều mạch máu, bạch huyết và thần kinh tương ứng.

Lớp niêm mạc: chia thành ba lớp: lớp biểu mô, lớp đệm và lớp cơ niêm.

Lớp biểu mô: niêm mạc dạ dày có nhiều ống tuyến với 3 loại tế bào: tế bào chính (tiết pepsinogen), tế bào cổ tuyến (tiết chất nhày bảo vệ niêm mạc khỏi axit chlohydric thường xuyên có mặt trong dịch dạ dày), tế bào viền tiết axit chlohydric tạo môi trường biến đổi pepsinogen thành pepsin. Ung thư biểu mô dạ dày phát triển từ lớp biểu mô thành dạ dày.

Lớp đệm: gồm một lớp mô liên kết thưa, trong chứa các tuyến, mạch máu, bạch huyết và đầu tận thần kinh.

Lớp cơ niêm: gồm các sợi cơ trơn xếp thành các bó vòng và bó dọc [8], [11].

Dựa vào mức độ xâm lấn u nguyên phát vào thành dạ dày, Ủy ban liên hợp về ung thư Hoa Kỳ (AJCC 2017) đã phân loại thành các giai đoạn của u nguyên phát: T1: u xâm lấn lớp niêm mạc, T2 u xâm lấn lớp cơ, T3 u xâm lấn đến lớp dưới thanh mạc và T4 u xâm lấn qua lớp thanh mạc hoặc vào cấu trúc lân cận [1].

1.1.3. Mạch máu của dạ dày

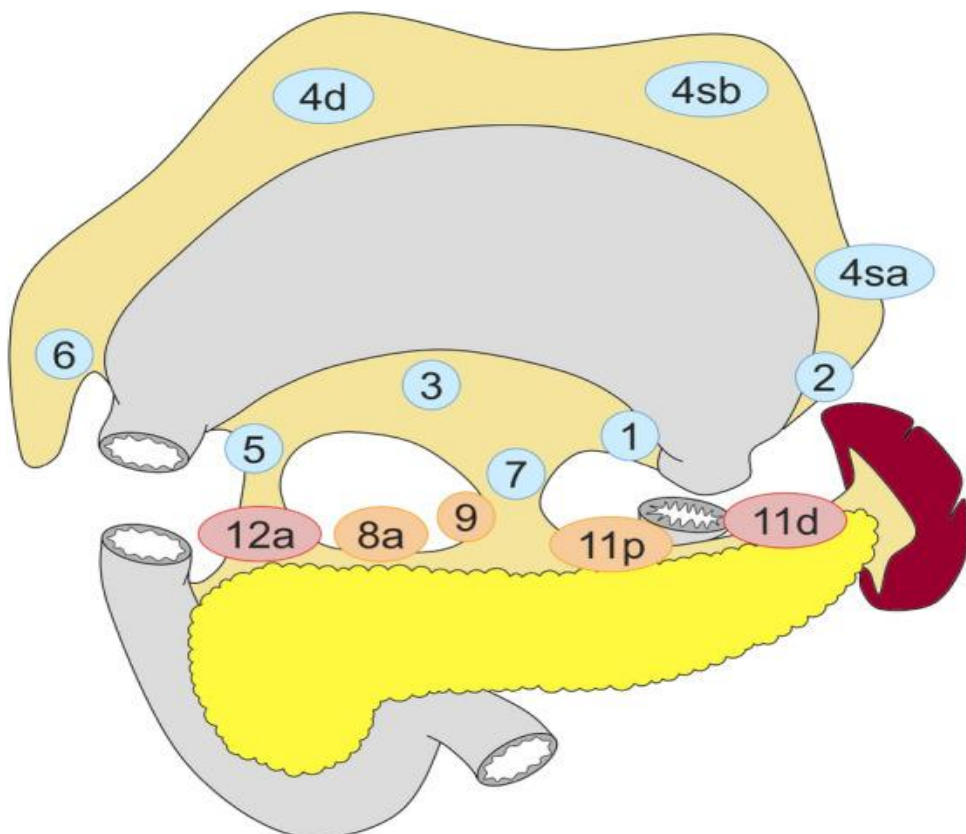
Động mạch: Cung cấp máu cho dạ dày là các nhánh của động mạch thân tạng.

Các động mạch vị ngắn: Tách ra từ động mạch lách, qua mạc nối vị lách cung cấp máu cho phần trên bờ cong lớn. Động mạch vùng đáy vị và tâm vị: Nhánh thực quản, tách ra từ động mạch vị trái; động mạch đáy vị sau, tách ra từ động mạch lách; động mạch hoành dưới trái cho nhánh đến mặt sau tâm vị [11]. Trong phẫu thuật cắt đoạn xa dạ dày, phần dạ dày còn lại sẽ được nuôi dưỡng chủ yếu bởi các nhánh động mạch vị ngắn và động mạch vùng đáy – tâm vị.

Tĩnh mạch: Thường đi song song với động mạch. Tĩnh mạch dẫn lưu về hệ cửa nên vị trí di căn đầu tiên của UTDD thường là gan.

1.1.4. Bạch huyết của dạ dày

Bạch huyết là con đường di căn chính của UTDD. Trong phẫu thuật điều trị UTDD, nạo vét hạch có ý nghĩa rất quan trọng, nó góp phần làm tăng đáng kể thời gian sống thêm sau mổ của bệnh nhân.



Hình 1.3. Các nhóm hạch dạ dày

(Nguồn: JGCA 2021, Gastric cancer) [14]

Theo Hội UTDD Nhật Bản (JGCA) đã đưa ra bảng phân loại hệ thống hạch của dạ dày chia làm 16 nhóm và 4 chặng hạch, các nhóm hạch bạch huyết của dạ dày (DD) được chia như sau:

Nhóm 1: các hạch bên phải tâm vị; nhóm 2: các hạch bên trái tâm vị; nhóm 3: các hạch dọc bờ cong nhỏ; nhóm 4: các hạch dọc bờ cong lớn (nhóm 4sa: các hạch dọc theo bó mạch vị ngắn; nhóm 4sb: các hạch dọc theo bó mạch vị mạc nối trái; nhóm 4d: các hạch dọc theo bó mạch vị mạc nối phải); nhóm 5: các hạch trên môn vị; nhóm 6: các hạch dưới môn vị; nhóm 7: các hạch dọc động mạch vị trái; nhóm 8: các hạch dọc động mạch gan chung (nhóm 8a: các hạch dọc theo động mạch gan chung, nhóm trước; nhóm 8p: các hạch dọc theo động mạch gan chung, nhóm sau); nhóm 9: các hạch dọc động mạch thân tạng; nhóm 10: các hạch tại rốn lách; nhóm 11: các hạch dọc động mạch lách (nhóm 11p: các hạch dọc theo động mạch lách đầu gần, nhóm 11d: các hạch dọc theo động mạch lách đầu xa); nhóm 12: các hạch dọc dây chằng gan tá tràng (nhóm 12a: các hạch cuống gan, dọc theo động mạch gan riêng; nhóm 12b: các hạch cuống gan, dọc theo ống mật chủ; nhóm 12p: các hạch cuống gan, sau tĩnh mạch cửa); nhóm 13: các hạch ở mặt sau đầu tụy; nhóm 14: các hạch tại gốc mạc treo ruột non (nhóm 14v: các hạch dọc tĩnh mạch mạc treo tràng trên; nhóm 14a: các hạch dọc động mạch mạc treo tràng trên); nhóm 15: các hạch dọc theo các nhánh mạch máu động mạch đại tràng giữa; nhóm 16: các hạch xung quanh động mạch chủ.

Các tác giả Nhật Bản chia các nhóm hạch thành các chặng. Tùy theo vị trí khối u ở dạ dày mà mỗi chặng được qui định gồm những nhóm hạch khác nhau. Đây là cơ sở của phẫu thuật nạo vét hạch UTDD [10].

1.2. Sinh lý dạ dày

Dạ dày là đoạn phình to nhất của ống tiêu hoá, có chức năng chứa đựng, nhào trộn và chuẩn bị thức ăn về mặt cơ học cũng như hoá học trước khi đẩy xuống tá tràng từng đợt, với một tốc độ phù hợp với sự tiêu hoá và hấp thu ở ruột non [4].

1.2.1. Chức năng cơ học

** Chức năng chứa đựng của dạ dày:*

Khi thức ăn vào dạ dày nó được sắp xếp thành những vòng tròn đồng tâm trong thân và đáy dạ dày. Khi thức ăn vào dạ dày, phản xạ dây X là giảm trương lực của thành dạ dày vùng thân là cho thân vị phình dãn ra để chứa được nhiều thức ăn hơn, khả năng chứa tối đa của dạ dày có thể lên tới 1,5 lít [4].

Phẫu thuật cắt bán phần hoặc gần toàn bộ dạ dày dẫn đến kích thước của dạ dày nhỏ hơn so với trước mổ, nên khả năng chứa đựng của dạ dày giảm nhiều so với trước. Vì vậy, sau phẫu thuật khẩu phần ăn của bệnh nhân phải được chia nhỏ thành nhiều bữa, thức ăn mềm, ăn chậm, nhai kỹ, ngừng ăn khi cảm thấy no.

** Chức năng co bóp và nhào trộn thức ăn*

Các sóng co bóp của dạ dày gồm 2 loại: co bóp trương lực và co bóp nhu động xảy ra khi dạ dày trống rỗng trong một thời gian dài còn gọi là “co bóp đói”. Co bóp đói kết hợp với cảm giác đói tạo nên một tín hiệu điều hoà quan trọng của ống tiêu hoá để thúc đẩy con người đi tìm kiếm thức ăn [4].

Ở người cắt bán phần hay gần toàn bộ dạ dày, các co bóp trương lực và co bóp nhu động đều giảm và gián đoạn, dẫn đến thức ăn không được nhào trộn đều với dịch vị trước khi xuống ruột đồng thời gây giảm cảm giác đói. Vì vậy, chế độ ăn của bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày cần ăn lỏng, mềm cho tới đặc dần, khẩu phần ăn chia làm nhiều bữa, không cần phải đợi có cảm giác đói mới ăn.

** Sự tổng thức ăn khỏi dạ dày*

Sự tổng thức ăn từ dạ dày vào tá tràng phụ thuộc vào cường độ các co bóp nhu động của hang vị và một phần vào cơ thắt môn vị.

Phẫu thuật cắt dạ dày thường loại bỏ môn vị cùng cơ thắt môn vị. Do vậy sẽ mất sự điều hoà tổng thức ăn từ dạ dày xuống tá tràng, thức ăn từ thực quản hoặc phần dạ dày còn lại sẽ xuống thẳng ruột non mà không có sự điều hoà của cơ thắt môn vị, trong trường hợp thức ăn xuống ruột non quá nhanh, thời gian làm rỗng dạ dày ngắn có thể dẫn đến hội chứng Dumping, một biến chứng thường gặp sau phẫu

thuật cắt dạ dày [15]. Để dự phòng hội chứng này nên chia nhỏ bữa ăn, hạn chế uống nước trong khi ăn và tránh các thực phẩm có hàm lượng đường cao.

1.2.2. Chức năng bài tiết dịch vị

Niêm mạc dạ dày có rất nhiều tuyến bài tiết dịch vị. Các tuyến vùng tâm vị và môn vị chủ yếu bài tiết chất nhầy, các tuyến vùng thân và đáy vị gồm các loại tế bào: tế bào chính bài tiết pepsinogen, tế bào viền bài tiết HCl và yếu tố nội, tế bào cổ tuyến tiết chất nhầy. Ngoài ra, những tế bào biểu mô biến đổi của niêm mạc vùng hang vị bài tiết hormon gastrin có tác dụng điều hoà bài tiết dịch vị.

Dịch vị là chất lỏng không màu, trong suốt, quánh, pH khoảng 2 – 3. Thành phần gồm có nhóm men tiêu hoá (pepsin, lipase, gelatinase), nhóm các chất vô cơ (HCl và các ion), chày nhầy và yếu tố nội [4].

Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt bán phần hoặc toàn bộ dạ dày, chức năng bài tiết dịch vị giảm hoặc mất, dẫn tới rối loạn hấp thu một số chất, thiếu máu do thiếu vitamin B12 và thiếu sắt.

Do giảm sự co bóp, giảm sự bài tiết dịch vị dẫn tới làm giảm đáng kể hàm lượng men tiêu hoá. Thức ăn chuyển động quá nhanh làm giảm thời gian thức ăn được nhào trộn, tiếp xúc với men tiêu hoá, mất chức năng của cơ thắt môn vị nên tăng lượng thức ăn có kích thước lớn vào ruột non gây khó khăn cho men tiêu hoá thức ăn dẫn đến giảm hấp thu mỡ. Điều này kéo theo sự giảm hấp thu các vitamin tan trong dầu (A, D, E, K) dẫn tới các biểu hiện bong da, mất mề, loãng xương...

Yếu tố nội do tế bào viền bài tiết, có vai trò quan trọng trong sự hấp thu vitamin B12 ở hồi tràng. Tại dạ dày, yếu tố nội gắn với vitamin B12 thành một phức hợp rồi phức hợp này được hấp thu vào máu theo cơ chế ẩm bào. Giảm hấp thu vitamin B12 cộng với sự giảm hấp thu sắt do giảm bài tiết dịch vị dẫn tới thiếu máu, là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân sau cắt dạ dày.

1.3. Chẩn đoán ung thư dạ dày

Bệnh nhân ung thư dạ dày có thể đến khám vì nhiều lý do và hoàn cảnh khác nhau. Thường gặp nhất là vì các dấu hiệu mơ hồ và dễ nhầm lẫn như: chán ăn, đầy

bụng, đau bụng trên rốn, mệt mỏi... Có khi vô tình phát hiện khi người bệnh đi kiểm tra sức khoẻ định kỳ. Ở giai đoạn muộn hơn, người bệnh có thể tự sờ được khối u vùng bụng hoặc đến viện với triệu chứng của hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hoá hay thủng dạ dày... là các biến chứng của ung thư dạ dày.

1.3.1. Triệu chứng lâm sàng

Đau bụng trên rốn là triệu chứng thường gặp và là lí do chủ yếu bệnh nhân tới viện khám. Đau bụng xuất hiện ở bệnh nhân thường chỉ khởi đầu ở mức độ nhẹ và âm ỉ, có khi bệnh nhân cảm thấy khó chịu ở vùng bụng.

Triệu chứng thực thể, sờ thấy khối u vùng thượng vị cũng là một triệu chứng hay gặp trong bệnh UTDD, càng ở giai đoạn muộn thì càng gặp nhiều hơn và tiên lượng nặng hơn.

Hẹp môn vị là một biến chứng hay gặp của UTDD 1/3 dưới, theo Nguyễn Quang Bộ là 30,2% [8].

Thủng dạ dày do ung thư là biến chứng hiếm gặp hơn nhiều so với thủng dạ dày – tá tràng do loét.

Chảy máu tiêu hoá do ung thư dạ dày thường là mạn tính (chiếm khoảng 40%) do chảy máu rỉ rả từ mô ung thư hoại tử, biểu hiện bằng thiếu máu, da xanh, niêm mạc nhợt, mệt mỏi. Chảy máu cấp tính hiếm gặp hơn chỉ khoảng 15%, với biểu hiện nôn ra máu, đi ngoài phân đen và các dấu hiệu mất máu cấp. Chảy máu cấp tính thường rất khó phân biệt nguyên nhân giữa loét hoặc do ung thư điều này ảnh hưởng tới phương pháp điều trị.

1.3.2. Triệu chứng cận lâm sàng

1.3.2.1. Xquang dạ dày

Đây là phương pháp kinh điển để chẩn đoán UTDD, có độ nhạy cao. Hình ảnh Xquang điển hình của UTDD là: hình khuyết, hình cụt thường tương ứng với thể sùi; hình ổ đọng thuốc tương ứng với thể loét; hình ống cứng thuôn nhỏ, mất nhu động tương ứng với thể thâm nhiễm; hình dạ dày giãn to, thuốc cản quang không lưu thông

xuống tá tràng trong hẹp môn vị. Tuy nhiên hạn chế của Xquang là không chẩn đoán được giai đoạn sớm của UTDD, các tổn thương nông chỉ khu trú ở lớp niêm mạc, bỏ sót một số thương tổn (vùng mù) của Xquang, khó phân biệt một ổ loét lành tính ở dạ dày với một ung thư dạng loét.

1.3.2.2. Siêu âm ổ bụng

Trong UTDD, siêu âm ổ bụng có thể cho biết hình ảnh gián tiếp như dày lên bất thường của thành dạ dày, hạch quanh dạ dày, cuống gan, dịch ổ bụng, di căn gan, di căn buồng trứng... Vì vậy, siêu âm là phương pháp giúp gợi ý chẩn đoán chứ không thể khẳng định chẩn đoán được.

1.3.2.3. Nội soi dạ dày ống mềm và sinh thiết

Nội soi dạ dày ống mềm và sinh thiết làm xét nghiệm giải phẫu bệnh là phương pháp thường qui và là chỉ định tuyệt đối trong chẩn đoán UTDD. Đây là phương pháp chẩn đoán UTDD chính xác và được sử dụng rộng rãi nhất hiện nay. Tính ưu việt là quan sát trực tiếp tổn thương và sinh thiết để chẩn đoán mô bệnh học.

1.3.2.4. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT)

CLVT được sử dụng chủ yếu để xác định giai đoạn và xâm lấn ra ngoài thanh mạc của UTDD, sự lan tràn của khối u vào các tạng trong ổ bụng. Ngoài ra, CLVT còn được sử dụng để theo dõi đáp ứng của bệnh nhân sau điều trị.

Hình ảnh UTDD trên CLVT đa dạng thay đổi tùy theo thể giải phẫu. Các dấu hiệu trực tiếp có thể thấy như: Dày lên khu trú của thành dạ dày 5 – 6 mm với bất thường của niêm mạc, có thể tạo u lồi vào trong lòng dạ dày, với bờ nhiều thùy múi, nhám nhờ, có thể dày đều hoặc dày không đều. Đối với thể xâm lấn lan tỏa, độ dày thành dạ dày không đồng nhất, ngấm thuốc mạnh không đều ở cả 3 pha động mạch, tĩnh mạch và muộn, mất nhu động dạ dày. Các dấu hiệu khác: xâm lấn mỡ, mạc treo, các tạng trong ổ bụng...

1.3.2.5. Siêu âm nội soi

Là phương pháp rất có giá trị trong việc chẩn đoán mức độ xâm lấn của khối u và di căn hạch. Ngoài ra, siêu âm nội soi cũng là phương pháp dùng để chẩn đoán và hướng dẫn chọc tế bào bằng kim nhỏ, có thể giúp thầy thuốc lựa chọn chỉ định điều trị phẫu thuật triệt căn, hoặc tạm thời, hoặc điều trị hóa chất. Tuy nhiên, hạn chế của phương pháp này là không đánh giá được các trường hợp di căn ở các vị trí xa như buồng trứng, phúc mạc, tiêu khung....

1.3.2.6. Chụp cắt lớp phát xạ (PET-CT)

Đây là xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh chuyển hóa, chủ yếu được sử dụng để phát hiện các tổn thương thứ phát. Nguyên lý dựa trên cơ sở là mô ung thư có mức độ chuyển hóa glucose cao hơn mô bình thường, nên khi người ta sử dụng chất FDG (2-18F- fluoro - 2 - deoxy-D-glucose) để tiêm vào cơ thể bệnh nhân thì FDG sẽ đi vào trong tế bào ung thư, gốc photpho hóa bị giữ lại bên trong tế bào, phát xạ và được ghi hình bằng đầu dò gamma. PET-CT rất có giá trị trong việc đánh giá giai đoạn bệnh và đặc biệt phát hiện các ổ tái phát, di căn rất nhỏ ngay cả khi các phương tiện chẩn đoán khác chưa thể phát hiện được.

1.3.2.7. Chất chỉ điểm ung thư

Mặc dù có nhiều dấu ấn sinh học cho UTDD bao gồm kháng nguyên carbohydrate (CA) 72-4, alpha-fetoprotein, kháng nguyên carbohydrate (CA) 12-5, pepsinogen I/II, HER2... nhưng kháng nguyên carcinoembryonic (CEA) và CA19-9 vẫn là dấu ấn sinh học được sử dụng thường xuyên nhất trên lâm sàng.

CEA, CA 19-9 là những kháng nguyên bào thai, các báo cáo cho thấy tỷ lệ chất chỉ điểm khối u tăng trong bệnh UTDD không cao, không có giá trị trong chẩn đoán, nhưng nồng độ các chất chỉ điểm cao u tăng có giá trị theo dõi, tiên lượng, đánh giá đáp ứng với điều trị và phát hiện tái phát sau khi đã điều trị thành công trong UTDD [1].

1.3.3. Chẩn đoán xác định ung thư dạ dày

Lâm sàng: đau bụng trên rốn, chán ăn, gày sút cân, sờ thấy khối u vùng thượng vị, triệu chứng của biến chứng (hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hoá...)

Cận lâm sàng:

- Tổn thương xác định qua nội soi.
- Mô bệnh học: là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán.
- Hình ảnh học (siêu âm nội soi, CT để đánh giá giai đoạn)

1.3.4. Chẩn đoán phân biệt ung thư dạ dày

Viêm loét dạ dày.

Loạn sản dạ dày.

U lympho biểu hiện ở dạ dày.

U mô đệm đường tiêu hoá (GIST) biểu hiện tại dạ dày.

Một số ung thư khác di căn, xâm lấn dạ dày.

1.3.5. Chẩn đoán giai đoạn ung thư dạ dày

Phân giai đoạn bệnh theo TNM (AJCC 2017 phiên bản lần thứ 8) [1].

-T: U nguyên phát

+ Tx: Không đánh giá được u nguyên phát.

+ T0: Không có bằng chứng của u nguyên phát

+ Tis: U chỉ khu trú ở lớp niêm mạc, chưa tới lớp dưới niêm mạc.

+ T1: U xâm lấn lớp niêm mạc, lớp cơ niêm mạc, hoặc lớp dưới niêm mạc.

T1a: U xâm lấn lớp niêm mạc hoặc cơ niêm.

T1b: U xâm lấn lớp dưới niêm mạc.

+ T2: U xâm lấn lớp cơ.

+ T3: U xâm lấn đến lớp dưới thanh mạc.

+ T4: U xâm lấn qua khỏi lớp thanh mạc hoặc vào cấu trúc lân cận.

T4a: U xâm lấn qua khỏi lớp thanh mạc

T4b: U xâm lấn vào cấu trúc lân cận.

-N: Hạch vùng

+ Nx: Không đánh giá được di căn hạch vùng.

+ N0: Không có di căn hạch vùng

+ N1: Di căn 1 - 2 hạch vùng.

+ N2: Di căn 3 - 6 hạch vùng.

+ N3: Di căn ≥ 7 hạch vùng.

N3a: 7 - 15 hạch vùng di căn.

N3b: ≥ 16 hạch vùng di căn.

-M: Di căn xa

+ M0: Không có di căn xa

+ M1: Có di căn xa.

Phân loại giai đoạn [1]:

- Giai đoạn 0: TisN0M0

- Giai đoạn Ia: T1N0M0

- Giai đoạn Ib: T1N1M0; T2N0M0

- Giai đoạn IIa: T1N2M0; T2N1M0; T3N0M0;

- Giai đoạn IIb: T1N3aM0; T2N2M0; T3N1M0; T4aN0M0

- Giai đoạn IIIa: T2N3aM0; T3N2M0; T4aN1-2M0; T4bN0M0

- Giai đoạn IIIb: T1-2N3bM0; T3N3aM0; T4aN3aM0; T4bN1-2M0

- Giai đoạn IIIc: T3N3bM0; T4aN3bM0; T4bN3a-bM0

- Giai đoạn IV: T bất kỳ, N bất kỳ, M1.

1.4. Điều trị ung thư dạ dày

Cho đến nay, điều trị ung thư dạ dày chủ yếu bằng phẫu thuật. Các phương pháp khác như hóa trị, xạ trị, liệu pháp trúng đích... được coi là phương pháp hỗ trợ phẫu thuật hoặc áp dụng cho những bệnh nhân không còn khả năng phẫu thuật hay phẫu thuật không triệt để.

Giai đoạn muộn khi ung thư đã xâm lấn đến nhiều tạng như: Cuống gan, đầu tụy, mạc treo đại tràng, ruột non, phúc mạc... không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, thì các phẫu thuật như nối vị tràng, mở thông dạ dày, mở thông hồng tràng là các phẫu thuật tạm thời được áp dụng nhằm khắc phục các triệu chứng và biến chứng như hẹp môn vị, thủng dạ dày, xuất huyết tiêu hoá.

Phẫu thuật là phương pháp luôn được đặt lên hàng đầu cho giai đoạn UTDD còn khả năng cắt bỏ khối u, giữ vai trò quyết định trong điều trị UTDD [1].

1.4.1. Ung thư dạ dày cắt bỏ được theo giai đoạn

Ung thư dạ dày giai đoạn Ia (cTis, cT1aNoMo): cắt u qua nội soi (ESD, EMR)

Ung thư dạ dày giai đoạn Ib-III:

- Phẫu thuật triệt căn: phẫu thuật cắt dạ dày tiêu chuẩn, không tiêu chuẩn, biến đổi, mở rộng, vét hạch theo giai đoạn

Tùy theo vị trí khối u, nạo vét chằng hạch đã có những thay đổi theo phân loại của Nhật Bản, theo JGCA quy định nạo vét hạch đối với phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày như sau [14]:

D0: không vét hạch hoặc không vét hết D1.

D1: vét hạch nhóm 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7.

D1+: vét D1 và nhóm 8a, 9.

D2: vét hạch D1 và nhóm 8a, 9, 11p, 12a

- Xạ trị: xạ trị đơn thuần chủ yếu điều trị triệu chứng như hẹp môn vị, chảy máu. Xạ trị phối hợp với hóa trị trong điều trị bổ trợ, tân bổ trợ.

- Hóa trị:

+ Hóa trị trước mổ (hóa trị tân bổ trợ): những trường hợp ung thư dạ dày tiến triển tại chỗ còn khả năng phẫu thuật, bệnh ở giai đoạn phẫu thuật được nhưng chưa có khả năng mổ ngay (thể trạng, bệnh toàn thân, kích thước và sự xâm lấn của u, tình trạng di căn hạch). Các phác đồ bao gồm FLOT, ECF và các biến thể ECX, EOX.

+ Hóa trị sau phẫu thuật (hóa trị bổ trợ): chỉ định với ung thư dạ dày giai đoạn II-III được phẫu thuật triệt căn vét hạch D2, diện cắt không còn tế bào ung thư. Các phác đồ hiện nay hay dùng CAPOX/XELOX, FOLFOX, Fluoropyrimidine đơn thuần.

1.4.2. Ung thư dạ dày giai đoạn không có khả năng phẫu thuật triệt căn:

- Phẫu thuật triệu chứng: UTDD giai đoạn di căn xa có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa hoặc hẹp môn vị có thể chỉ định cắt dạ dày triệu chứng hoặc nối vị tràng.

- Hóa trị: điều trị triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh, kéo dài thời gian sống thêm.

1.5. Một số nghiên cứu về phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày

1.5.1. Nghiên cứu trên thế giới

Các nhà phẫu thuật Đông Á, đại diện là Nhật Bản ủng hộ phương pháp phẫu thuật cắt dạ dày phần xa và nạo vét hạch mở rộng (từ D2 trở lên) vì di căn hạch không chỉ ở giai đoạn UTDD tiên triển, mà giai đoạn sớm cũng có di căn hạch, tỷ lệ dao động 10-20% nên cho rằng vét hạch mở rộng lấy được các tổn thương, các hạch di căn giúp phẫu thuật có tính chất triệt để hơn và tiên lượng xa tốt hơn. Theo Maruyama K [15], kết quả nạo vét hạch làm tăng tỷ lệ sống 5 năm sau mổ UTDD ở Nhật Bản từ 44,3% lên 61,6%.

Các tác giả phương Tây có quan điểm ngược lại, các thử nghiệm tại Hà Lan và Ý cho thấy tỷ lệ tai biến và tử vong tăng lên khi phẫu thuật D2 mà không đem lại lợi ích về thời gian sống thêm toàn bộ nên các tác giả phương Tây ủng hộ phẫu thuật vét hạch ở mức hạn chế hơn, tức là D1. Tuy nhiên khi theo dõi dài hạn (15 năm) của thử nghiệm tại Hà Lan đã thay đổi cục diện, các tác giả cho rằng vét hạch D2 làm giảm đáng kể tỷ lệ tái phát và tỷ lệ tai biến, tử vong sau mổ liên quan đến vét hạch D2 là do phẫu thuật cắt lách được thực hiện thường quy trong nhóm vét hạch D2 [16]. Vì vậy mà vét hạch D2 đề nghị cho tất cả bệnh nhân UTDD giai đoạn tiên triển.

1.5.2. Nghiên cứu trong nước

Ở Việt Nam đã có các công trình nghiên cứu về phẫu thuật cắt cục dưới dạ

dày triệt căn điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Kết quả phẫu thuật khác nhau qua các nghiên cứu. Các tai biến và biến chứng sớm xảy ra gồm: chảy máu trong mổ, chảy máu ở miệng nối dạ dày, hẹp miệng nối, xì móm tá tràng, rò tụy sau mổ, bung thành bụng, chảy máu ở mạch máu cạnh phải tâm vị, rò tiêu hóa. Các nghiên cứu của Nguyễn Quang Bộ cho tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 7,5% và không có tử vong sau phẫu thuật [2].

Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật là nguyên nhân thất bại chủ yếu sau điều trị phẫu thuật UTDD, phần lớn tỉ lệ tái phát và tử vong xảy ra trong 2 năm đầu rất cao. Theo Nguyễn Quang Bộ, tái phát tại chỗ (miệng nối) tỷ lệ 7,5% trong đó tái phát trước 2 năm chiếm 75%, thời gian tái phát trung bình: $16,11 \pm 8,06$ tháng) [2].

Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm qua các nghiên cứu là khác nhau. Theo Nguyễn Quang Bộ [2] là 21,8%. Theo Bùi Trung Nghĩa thời gian sống thêm trung bình là $43,4 \pm 17,91$ tháng, tỷ lệ sống sau 1 năm, 3 năm và 5 năm tương ứng là 97%, 77% và 71% [10].

Theo Dương Hoàng Hải, Trịnh Hồng Sơn, Vũ Hồng Anh phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày với diện cắt R0, vét hạch từ D2 trở lên có phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá chủ yếu là Billroth I (nối Péan) chiếm 73,1%, thời gian phẫu thuật trung bình: $169,87 \pm 43,5$ phút, thời gian nằm viện trung bình $9,06 \pm 2,20$ ngày, kích thước u càng lớn thì độ xâm lấn càng cao, độ xâm lấn u càng cao thì khả năng di căn hạch càng nhiều, tỷ lệ di căn hạch chung của u T1, T2, T3 và T4 lần lượt là: 18,5%; 28,6%; 72,2% và 83,3%, tỷ lệ tai biến trong mổ 1,3%, biến chứng sau mổ 14,1% [5].

Theo Phạm Tùng Lâm, Kim Văn Vụ ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày gặp nhiều độ tuổi khác nhau, diễn biến trung bình, mô bệnh học thường là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa, thường ở giai đoạn xâm lấn tại chỗ, tỷ lệ di căn hạch cao. Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tương đối an toàn, khả thi và ít biến chứng [7].

Theo Trần Doanh Hiệu, Nguyễn Trọng Hòa, Bùi Khắc Cường, Lê Thanh Sơn ung thư biểu mô dạ dày hay gặp ở người lớn tuổi (trung bình là 63 tuổi), chủ yếu ở

nam giới (73,5%), và vị trí khối u chủ yếu ở phần dưới dạ dày (94,12%). Ung thư dạ dày kiểu lan tỏa có tiên lượng xấu. Bệnh nhân đến viện đa số ở giai đoạn tiến triển (72,05%). Tỷ lệ tái biến (2,94%) và biến chứng phẫu thuật (5,88%) thấp, và hay gặp ở các trường hợp khối u xâm lấn rộng [6].

1.6. Địa bàn nghiên cứu

Khoa Ngoại A – Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh là địa bàn nghiên cứu của đề tài, được thành lập ngày 16/11/2022. Khoa được phân tuyến chuyên môn kỹ thuật trong lĩnh vực phẫu thuật ung bướu, đặc biệt là ung thư tiêu hóa, tiết niệu và sinh dục. Trong đó phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày đã được áp dụng thường qui. Hoạt động của khoa góp phần quan trọng trong công tác chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh ung thư trên địa bàn tỉnh và các tỉnh lân cận. Với đội ngũ cán bộ y tế được đào tạo bài bản và trang thiết bị ngày càng hiện đại, khoa đáp ứng tốt yêu cầu chuyên môn. Đồng thời, đây cũng là môi trường thuận lợi để triển khai các hoạt động nghiên cứu khoa học. Kết quả nghiên cứu tại khoa có giá trị thực tiễn cao và khả năng ứng dụng rộng rãi trong công tác điều trị.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến dạ dày vị trí 1/3 dưới và được phẫu thuật triệt căn tại Khoa Ngoại A, Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân đáp ứng các chuẩn sau đây:

- Được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến dạ dày.
- Được điều trị phẫu thuật triệt căn: phẫu thuật mở cắt bán phần cực dưới dạ dày (distal gastrectomy), đảm bảo tính chất:
 - + Cắt dạ dày đạt được diện cắt R0: cắt bán phần xa dạ dày cùng tổn thương và mạc nối lớn, kết quả mô bệnh học sau mổ diện cắt trên, diện cắt dưới khối u không có tế bào ung thư.
 - + Vết hạch: vết hạch từ D2 trở lên.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp cắt toàn bộ dạ dày hoặc cắt bán phần xa dạ dày kèm theo cắt các tạng lân cận (cắt dạ dày mở rộng) do ung thư xâm lấn như cắt lách, thân đuôi tụy, đại tràng ngang...
- BN có thêm một ung thư ở một tạng khác (hai ung thư trên một BN), ung thư nơi khác di căn đến dạ dày (UTDD thứ phát) hoặc ung thư dạ dày tái phát (cắt lại dạ dày).
- BN được chẩn đoán ung thư dạ dày được điều trị hóa chất tân bổ trợ trước đó.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 3/2026 đến tháng 8/2026.

- Địa điểm: Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh, phường Đa Mai, tỉnh Bắc Ninh.

2.3. Thiết kế

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Công cụ nghiên cứu

- Bệnh án nghiên cứu.

- Hồ sơ bệnh án.

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án.

Tất cả các thông tin thu thập được ghi chép đầy đủ vào mẫu bệnh án nghiên cứu (xem phụ lục cuối trang).

2.7. Các biến số nghiên cứu

Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu

Biến số - chỉ số	Khái niệm, phân loại	Phương pháp thu thập
Tuổi	<ul style="list-style-type: none"> - Là biến rời rạc - Tính theo năm dương lịch, bằng năm nhập viện – năm sinh. - Trong nghiên cứu chia tuổi của đối tượng nghiên cứu thành các nhóm: 	Hồ sơ bệnh án

	Dưới 40 tuổi; 41 – 50 tuổi; 51- 60 tuổi và trên 60 tuổi.	
Giới	- Là biến nhị phân - Giới tính của đối tượng nghiên cứu: nam hoặc nữ	Hồ sơ bệnh án
Tiền sử	- Là biến định tính. - Các bệnh lý kèm theo. - Trong nghiên cứu chia tiền sử của đối tượng nghiên cứu thành các nhóm: Viêm loét dạ dày, phẫu thuật ổ bụng, bệnh nội khoa khác.	Hồ sơ bệnh án
Triệu chứng toàn thân	- Là biến định tính. - Là những biểu hiện bệnh lý ảnh hưởng đến toàn bộ cơ thể, phản ánh tình trạng chung của người bệnh, không khu trú ở một cơ quan hay bộ phận cụ thể. - Trong nghiên cứu chia triệu chứng toàn thân của đối tượng nghiên cứu thành các nhóm: Da xanh, niêm mạc nhợt; Sút cân.	Hồ sơ bệnh án
Triệu chứng cơ năng	- Là biến định tính. - Những biểu hiện bệnh lý mà người bệnh tự cảm nhận được. - Trong nghiên cứu chia triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu thành	Hồ sơ bệnh án

	các nhóm: Chán ăn; đầy bụng, khó tiêu; ợ hơi, ợ chua; đau bụng vùng trên rốn; buồn nôn, nôn; nôn ra máu hoặc đại tiện phân đen; tự sờ thấy khối u vùng bụng.	
Triệu chứng thực thể	<ul style="list-style-type: none"> - Là biến định tính. - Là những dấu hiệu bệnh lý khách quan phát hiện qua thăm khám lâm sàng không phụ thuộc vào cảm nhận chủ quan của người bệnh. - Trong nghiên cứu chia triệu chứng thực thể của đối tượng nghiên cứu thành các nhóm: Ấn đau vùng thượng vị; dấu hiệu hẹp môn vị. 	Hồ sơ bệnh án
Công thức máu	<ul style="list-style-type: none"> - Là biến định lượng. - Số lượng hồng cầu (chia làm 2 nhóm $\geq 3,5$ T/l và $< 3,5$ T/l), hemoglobin (chia làm 2 nhóm ≥ 100g/l và < 100 g/l). 	Hồ sơ bệnh án
Xét nghiệm protein toàn phần	<ul style="list-style-type: none"> - Là biến định lượng. - Chia 2 nhóm ≥ 65 g/l và < 65 g/l. 	Hồ sơ bệnh án
Cắt lớp vi tính ổ bụng	<ul style="list-style-type: none"> - Là biến định tính. - Là phương pháp chẩn đoán hình ảnh sử dụng tia X và hệ thống máy tính để tạo ra các hình ảnh cắt lớp chi tiết của các cơ quan trong ổ bụng đánh giá 	Hồ sơ bệnh án

	<p>được mức độ xâm lấn của u vào thành dạ dày, tình trạng hạch vùng.</p> <p>- Chia thành các nhóm: mức độ xâm lấn thành dạ dày, hạch vùng, dịch ổ bụng.</p>	
<p>Nội soi dạ dày bằng ống soi mềm và sinh thiết trước mổ</p>	<p>- Là biến định tính.</p> <p>- Là phương pháp thăm dò và chẩn đoán sử dụng ống nội soi mềm đưa qua đường miệng vào thực quản – dạ dày – tá tràng để quan sát trực tiếp niêm mạc, phát hiện tổn thương và thực hiện các thủ thuật cần thiết (như sinh thiết, cầm máu).</p> <p>- Hình ảnh đại thể trên nội soi bao gồm thể: sùi, thể loét, thể thâm nhiễm.</p> <p>- Kết quả sinh thiết u qua nội soi dạ dày trước mổ, chia làm các nhóm: có ung thư, nghi ngờ.</p>	Hồ sơ bệnh án
<p>Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hóa</p>	<p>- Là các biện pháp điều trị nhằm khôi phục sự thông suốt của ống tiêu hóa, bảo đảm chức năng vận chuyển thức ăn.</p> <p>- Gồm phương pháp Péan, Finsterer, Polya, Roux-en-Y.</p>	Hồ sơ bệnh án
<p>Kết quả vét hạch</p>	<p>- Số lượng hạch vét được (HVD) và số lượng hạch di căn (HDC): là tổng số</p>	Hồ sơ bệnh án

	<p>hạch vết được và hạch di căn của tất cả các bệnh nhân.</p> <p>- Tỷ lệ di căn hạch: số hạch di căn/số hạch vết được.</p> <p>- Liên quan giữa di căn hạch và kích thước u (đánh giá mối liên quan giữa kích thước u và số hạch di căn trung bình)</p>	
Thời gian phẫu thuật	<p>- Là biến liên tục</p> <p>- Là thời gian tính từ khi bắt đầu rạch da cho đến lúc kết thúc mũi chỉ cuối cùng mà không tính thời gian vô cảm, tính bằng phút.</p>	Hồ sơ bệnh án
Tai biến trong mổ	<p>- Là những biến cố bất lợi xảy ra trong quá trình phẫu thuật hoặc liên quan trực tiếp đến phẫu thuật, không nằm trong diễn biến bệnh lý tự nhiên của người bệnh, có thể gây tổn hại đến sức khỏe, tính mạng người bệnh hoặc làm kéo dài thời gian điều trị.</p> <p>- Chia thành các nhóm: Tổn thương các mạch máu lớn, tổn thương ống mật chủ, tổn thương lách, tổn thương đại tràng, mạc treo đại tràng ngang, tổn thương tụy, tử vong trong mổ: được định nghĩa là chết trước khi kết thúc cuộc mổ.</p>	Hồ sơ bệnh án

<p>Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ</p>	<p>- Là bản báo cáo chuyên môn do bác sĩ giải phẫu bệnh lập ra, dựa trên việc quan sát đại thể, vi thể và/hoặc xét nghiệm đặc biệt (như hóa mô miễn dịch) các mẫu mô, tế bào của người bệnh, nhằm xác định bản chất tổn thương, chẩn đoán bệnh, mức độ tổn thương và các yếu tố tiên lượng, phục vụ cho điều trị và theo dõi.</p> <p>- Chia thành các nhóm: đại thể, độ biệt hóa tế bào, kích thước u, đánh giá giai đoạn bệnh sau mổ.</p>	<p>Hồ sơ bệnh án</p>
<p>Thời gian trung tiện sau mổ</p>	<p>- Là biến liên tục.</p> <p>- Được tính từ khi kết thúc cuộc mổ cho tới khi bệnh nhân có trung tiện trở lại.</p> <p>- Tính bằng đơn vị ngày.</p>	<p>Hồ sơ bệnh án</p>
<p>Thời gian nằm viện sau mổ</p>	<p>- Là biến liên tục.</p> <p>- Tính bằng đơn vị ngày.</p> <p>- Được tính từ lúc bệnh nhân ra khỏi phòng mổ tới khi bệnh nhân xuất viện.</p>	<p>Hồ sơ bệnh án</p>
<p>Biến chứng sớm sau mổ</p>	<p>- Là những rối loạn hoặc tổn thương bất lợi xảy ra trong thời gian sớm sau mổ, thường trong 24 giờ đến 30 ngày sau phẫu thuật, không thuộc diễn biến sinh lý bình thường của quá trình hồi phục, có thể ảnh hưởng đến sức khỏe,</p>	<p>Hồ sơ bệnh án</p>

	<p>kết quả điều trị hoặc tính mạng người bệnh.</p> <p>- Trong nghiên cứu chia thành các nhóm: Chảy máu sau mổ, rò tiêu hóa, nhiễm khuẩn vết mổ, tắc ruột sớm sau mổ, ổ dịch tồn dư sau mổ, viêm phúc mạc, viêm phổi.</p>	
--	--	--

2.8. Phẫu thuật cắt cục dưới dạ dày triệt căn

Kỹ thuật phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày [5]

Tất cả bệnh nhân đều được áp dụng một quy trình chung thống nhất từ chuẩn bị bệnh nhân, kỹ thuật gây mê, kỹ thuật mổ, chăm sóc điều trị hậu phẫu bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Bước 1: Mở bụng đường trắng giữa trên rốn, bọc kín 2 mép vết mổ.

Bước 2: Thăm dò và đánh giá tổn thương:

Đánh giá tổn thương các cơ quan trong ổ bụng: tình trạng dịch ổ bụng, phúc mạc, gan, đường mật ngoài gan, tụy, lách, ruột non, đại trực tràng, tử cung và phần phụ (ở BN nữ).

Đánh giá tổn thương dạ dày gồm:

- Xác định vị trí khối u, kích thước u
- Đánh giá độ xâm lấn thành dạ dày: xâm lấn T1, T2 khối u chưa làm thay đổi lớp thanh mạc dạ dày, thành dạ dày gồ lên, mất đi sự mềm mại. Xâm lấn T3: Khối u làm biến dạng tại vị trí u bề ngoài của thành dạ dày, làm mất sự hồng bóng của lớp thanh mạc. T4: u xâm lấn lớp thanh mạc hoặc cơ quan lân cận.
- Đánh giá tình trạng di căn hạch quanh dạ dày.

- Sau khi đánh giá, xác định khả năng cắt dạ dày và khả năng vét hạch và phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hoá.

Bước 3: Cắt bán phần xa dạ dày, mạc nối lớn và nạo vét hạch.

- Giải phóng mạc nối lớn khỏi đại tràng. Làm động tác Kocher di động tá tràng, đầu tụy.

- Thất tĩnh mạch, động mạch vị mạc nối phải tận gốc. Vét hạch nhóm 6.

- Nạo vét hạch ở sau dưới tá tràng (nhóm 13). Nạo vét hạch cuống gan và thất động mạch vị phải tận gốc (hạch nhóm 12, nhóm 5).

- Nạo vét hạch dọc theo động mạch gan chung (nhóm 8).

- Thất tĩnh mạch, động mạch vị trái tận gốc và tiếp tục nạo hạch dọc đầu gần động mạch lách, nạo hạch vùng động mạch thân tạng (nhóm 7, 9, 11p). Thất bó mạch vị mạc nối trái, vét hạch nhóm 4.

- Vét hạch nhóm 1 và 3, giải phóng bờ cong bé lên đến thực quản bụng.

- Cắt dạ dày: Cắt bán phần xa dạ dày kèm mạc nối lớn.

Bước 4: Lặp lại lưu thông ruột.

- Nối vị tràng theo Billroth I (kiểu Péan): đóng bớt mỗm cắt dạ dày còn lại về phía bờ cong nhỏ 03 lớp bằng chỉ Viracyl 3/0. Nối dạ dày – tá tràng 02 lớp trong vết ngoài rời chỉ viracyl 3/0.

- Nối vị tràng theo Billroth II:

+ Kiểu Finterer trong cắt bán phần dạ dày: đóng bớt mỗm cắt dạ dày, nối dạ dày – hồng tràng trước mạc treo đại tràng ngang, 2 lớp, cách góc Treitz 12-15cm.

+ Kiểu Polya: nối hồng tràng với mỗm cắt dạ dày còn lại mà không đóng bớt mỗm cắt.

+ Kiểu Roux-en-Y: cắt đôi quai hồng tràng cách góc Treitz 10-15cm, đóng đầu xa và đưa lên nối với phần dạ dày còn lại, làm chân Y cách miệng nối vị tràng 60cm.

Bước 5: Lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, đóng bụng theo bình diện giải phẫu.

Xử lý bệnh phẩm: Bệnh phẩm sau mổ được cắt dọc theo đường song song với bờ cong lớn mặt trước, cách bờ cong lớn 1 cm, trải căng bệnh phẩm trên mặt phẳng, đánh dấu các điểm chia đều bờ cong nhỏ và bờ cong lớn thành 3 phần bằng nhau (theo định nghĩa của Hiệp hội UTDD Nhật Bản), các trường hợp khối u ở toàn bộ hoặc chủ yếu nằm ở 1/3 dưới dạ dày được lựa chọn vào nghiên cứu.

Chụp ảnh bệnh phẩm, gửi giải phẫu bệnh thường quy.

2.9. Phương pháp phân tích số liệu

- Các kết quả nghiên cứu được nhập vào máy, xử lý các số liệu theo chương trình SPSS 20.0

- Các thuật toán áp dụng:

+ Tính giá trị trung bình của các biến định lượng.

+ Tính tỷ lệ phần trăm của các biến định tính.

2.10. Đạo đức trong nghiên cứu

- Toàn bộ số liệu được thu thập và xử lý trong nghiên cứu là hoàn toàn trung thực và khách quan.

- Đề cương được sự thông qua của Hội đồng khoa học sở Y tế tỉnh Bắc Ninh.

- Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho bệnh nhân và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

2.11.1. Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sớm bằng phẫu thuật, chưa đánh giá kết quả xa.

- Cỡ mẫu nhỏ

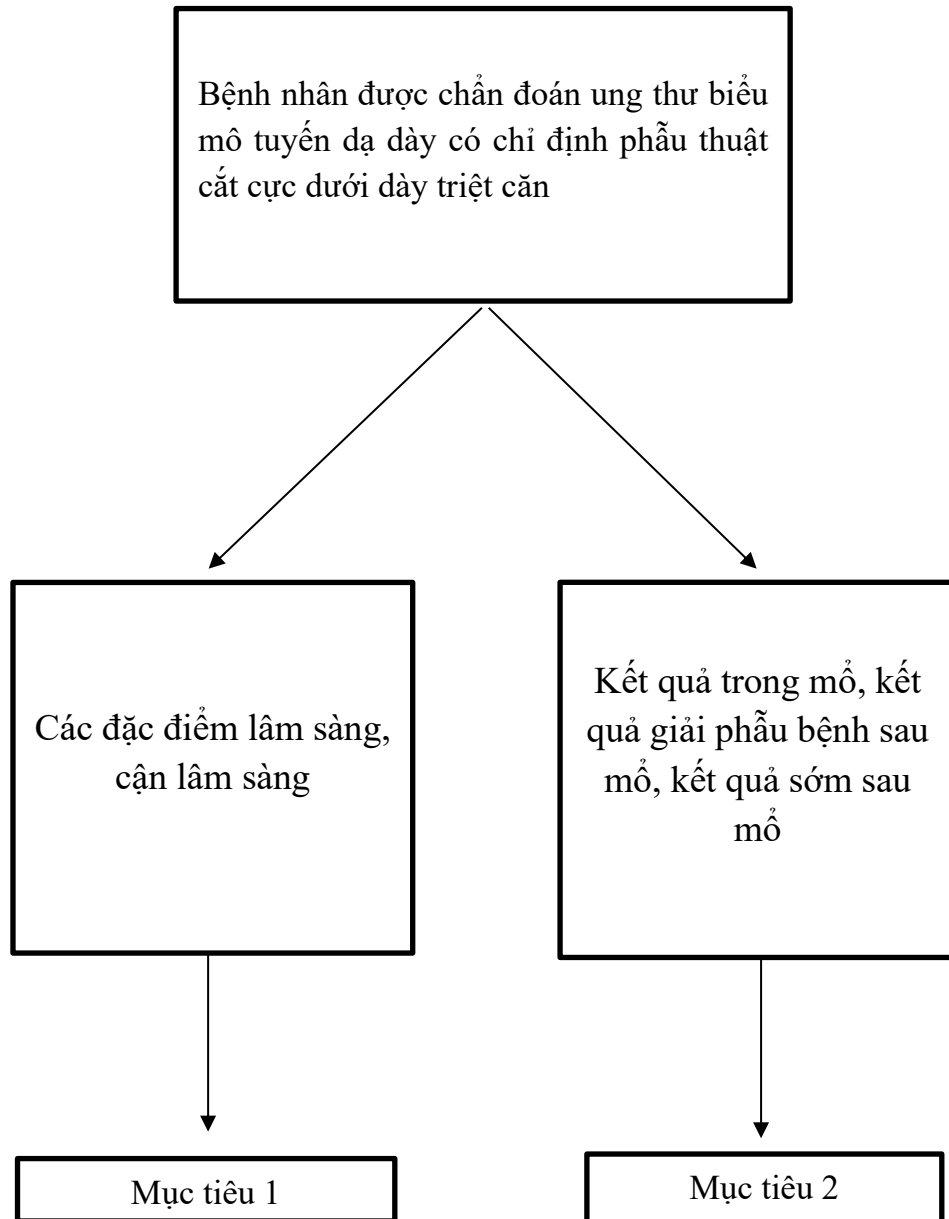
2.11.2. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

- Sai số chọn mẫu: là sai sót xuất hiện khi chọn đối tượng nghiên cứu do nghiên cứu viên gây ra. Do vậy, tôi có tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên

cứu rõ ràng, chi tiết và chỉ lấy các đối tượng đáp ứng đủ các tiêu chuẩn đặt ra mới được đưa vào nghiên cứu.

- Sai số thông tin: là sai sót trong quá trình thu thập thông tin, mã hóa hay phân tích số liệu. Sai số nhớ lại hay xảy ra trong nghiên cứu hồi cứu. Để khắc phục sai số này, các thông tin đưa vào nghiên cứu được kiểm tra, đối chiếu cẩn thận để tránh sai sót, nhầm lẫn.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



Chương 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng

* Tuổi:

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Tuổi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<40		
41-50		
51-60		
>60		

Nhận xét:

* Giới tính

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nam		
Nữ		

Nhận xét:

* *Tiền sử bệnh*

Bảng 3.3. Tiền sử bệnh

Tiền sử	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm, loét dạ dày		
Bệnh nội khoa		
Tiền sử phẫu thuật ổ bụng		

Nhận xét:

* *Triệu chứng lâm sàng*

Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Toàn thân	Da xanh, niêm mạc nhợt		
	Sút cân		
Cơ năng	Chán ăn		
	Đầy bụng, khó tiêu		
	Ợ hơi, ợ chua		
	Đau bụng vùng trên rốn		
	Buồn nôn, nôn		
	Nôn ra máu hoặc đại tiện phân đen		
	Tự sờ thấy u		
Thực thể	Ấn đau vùng thượng vị		
	Dấu hiệu hẹp môn vị		

Nhận xét:

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

* Xét nghiệm máu

Bảng 3.5. Kết quả xét nghiệm huyết học, sinh hoá

Chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ %
Số lượng hồng cầu (T/l)	$\geq 3,5$		
	$< 3,5$		
Hemoglobin (g/l)	≥ 100		
	< 100		
Protein toàn phần (g/l)	≥ 65		
	< 65		

Nhận xét:

* Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Bảng 3.6. Đặc điểm tổn thương trên CLVT ổ bụng

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ xâm lấn thành dạ dày		
Hạch vùng		
Dịch ổ bụng		

Nhận xét:

* Đặc điểm trên nội soi dạ dày

Bảng 3.7. Hình ảnh đại thể tổn thương dạ dày trên nội soi

Đặc điểm tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thể sùi		
Thể loét		
Thể thâm nhiễm		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.8. Kết quả sinh thiết trước mổ

Kết quả sinh thiết trước mổ	SL	Tỷ lệ (%)
Có ung thư		
Nghi ngờ		
Tổng		

Nhận xét:

3.2. Nhận xét kết quả điều trị sớm ung thư biểu mô tuyến dạ dày bằng phẫu thuật triệt căn

3.2.1. Kết quả trong mổ

* Kết quả vét hạch

Bảng 3.9. Kết quả vét hạch

Số lượng	Tổng số	Nhiều nhất (hạch)	Ít nhất (hạch)	Trung bình (hạch)
Số hạch vét được (HVD)				
Số hạch di căn (HDC)				

Nhận xét:

Bảng 3.10. Đặc điểm di căn hạch theo vùng (Theo AJCC 2017)

Di căn hạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
N0		
N1		
N2		
N3		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.11. Liên quan giữa di căn hạch và kích thước u

Kích thước u (cm)	Số lượng (Số bệnh nhân)	Số hạch di căn	Số hạch di căn trung bình
< 3			
3 - 5			
> 5			
Tổng			

Nhận xét:

* *Kết quả PP phục hồi lưu thông tiêu hoá*

Bảng 3.12. Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hoá

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ %
Péan		
Finsterer		
Polya		
Roux-en-Y		
Tổng		

Nhận xét:

3.2.2. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Bảng 3.13. Giải phẫu bệnh sau mổ

Đặc điểm tổn thương	SL	Tỷ lệ (%)
Thể sùi		
Thể loét		
Thể thâm nhiễm		

Nhận xét:

Bảng 3.14. Độ biệt hóa tế bào

Độ biệt hóa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biệt hóa cao		
Biệt hóa vừa		
Kém biệt hóa		
Tổng		

Nhận xét:

* Phân loại giai đoạn bệnh

Bảng 3.15. Phân loại giai đoạn bệnh sau mổ (AJCC 2017)

Giai đoạn bệnh		T	N	M	SL	Tỉ lệ (%)
0		Tis	N0	M0		
I	IA	T1	N0	M0		
	IB	T1	N1	M0		
T2		N1				
II	IIA	T1	N2	M0		
		T2	N1			
		T3	N0			
	IIB	T2	N2	M0		
T3		N1				
T4		N0				
III	IIIA	T3	N2	M0		
		T4a	N1, N2			
	IIIB	T3, T4a	N3a	M0		
		T4b	N1			
	IIIC	T4a, b	N3b	M0		
Tổng						

3.2.3. Kết quả sớm sau mổ

* Thời gian phẫu thuật, trung tiện, nằm viện sau mổ

Bảng 3.16. Thời gian phẫu thuật, trung tiện, nằm viện sau mổ

Chỉ tiêu	Sớm nhất	Muộn nhất	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)			
Thời gian trung tiện (ngày)			
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)			

Nhận xét:

* Biến chứng sớm sau mổ

Bảng 3.17. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ		
Rò tiêu hóa		
Viêm phúc mạc		
Ô dịch tồn dư sau mổ		
Nhiễm khuẩn vết mổ		
Viêm phổi		
Tắc ruột sớm sau mổ		
Tổng		

Nhận xét:

Chương 4

DỰ KIẾN BÀN LUẬN

Theo mục tiêu và kết quả nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt:

1. Nguyễn Đăng Bảo, Nguyễn Trọng Tuệ, Cao Minh Phúc et al. (2019). "*Phân tích 87 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư dạ dày*", Tạp chí nghiên cứu y học. 3 (119), trang. 73-80.
2. Nguyễn Quang Bộ (2017). *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, Đại học Huế.
3. Bộ Y tế (2020), Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư dạ dày".
4. Trịnh Bình Dy (2006), Sinh lý học, Vol. 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Dương Hoàng Hải, Trịnh Hồng Sơn, Vũ Hồng Anh (2021). *Kết quả phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Thái Nguyên.
6. Trần Doanh Hiệu, Nguyễn Trọng Hòa, Bùi Khắc Cường, Lê Thanh Sơn (2024). "*Đặc điểm giải phẫu bệnh và kết quả sớm phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô dạ dày*", Tạp chí y học Việt Nam, tập 542 số 1 (2024).
7. Phạm Tùng Lâm, Kim Văn Vụ (2023). "*Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình*", Tạp chí y học Việt Nam, tập 532 số 2 (2023).
8. Phạm Văn Nam (2019). *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày*, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Frank H. Netter (2017), Atlas Giải phẫu người, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

10. Bùi Trung Nghĩa, Trịnh Hồng Sơn (2021). "*Kết quả phẫu thuật triệt để điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và mối tương quan với một số đặc điểm giải phẫu bệnh học*", Tạp chí Y học Việt Nam. 505 (2).

11. Trịnh Văn Minh (2010), *Giải phẫu người phần 2: Ngực - bụng*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.

Tiếng Anh:

12. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.

13. Andrea Giuliani, A Caporale, M Corona et al. (2004), "Lymphadenectomy in gastric cancer: influence on prognosis of lymph node count", *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*. 23, pg. 215-224.

14. Japanese Gastric Cancer Association (2021), "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2021 (6th edition)", *Gastric cancer*. 24, pg. 1-21.

15. Keiichi Maruyama, Peter Gunven, KENZO Okabayashi et al. (1989), "Lymph node metastases of gastric cancer. General pattern in 1931 patients", *Annals of surgery*. 210 (5), pg. 596.

16. Emidio Scarpellini, Joris Arts, George Karamanolis et al. (2020), "International consensus on the diagnosis and management of dumping syndrome", *Nature Reviews Endocrinology*. 16 (8), pg. 448-466.

17. Ilfet Songun, Hein Putter, Elma Meershoek-Klein Kranenbarg et al. (2010), "Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial", *The lancet oncology*. 11 (5), pg. 439-449.

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Bệnh viện: Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh. **Khoa:** Ngoại A

Mã bệnh án (số hồ sơ):

A – HÀNH CHÍNH

A1. Họ và tên bệnh nhân:

A2. Tuổi:

A3. Giới: 1. Nam; 2. Nữ

A4. Nghề nghiệp:

A5. Địa chỉ:

A6. Điện thoại liên hệ:

A7. Lý do vào viện:

A8. Ngày vào viện:

Ngày mổ:

Ngày ra viện:

A9. Thời gian nằm viện: (ngày)

B – TIỀN SỬ

B1. Tiền sử viêm loét dạ dày:

Có; Không

B2. Tiền sử: bệnh nội khoa: Có tiền sử nội khoa cụ thể (ghi rõ):

Không

B3. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng: Có (ghi rõ):

Không

C – TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Toàn thân - cơ năng

C1. Da xanh, niêm mạc nhợt

1. Có

2. Không

3. Không rõ

C2. Sút cân

1. Có (... kg)

2. Không

3. Không rõ

C3. Chán ăn

1. Có

2. Không

3. Không rõ

- C4. Đầy bụng, khó tiêu 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C5. Ợ hơi, ợ chua 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C6. Đau bụng vùng trên rốn 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C7. Buồn nôn, nôn 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C8. Nôn ra máu hoặc đại tiện phân đen 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C9. Tụ sờ thấy u 1. Có 2. Không 3. Không rõ

Thực thể

- C10. Ấn đau thượng vị 1. Có 2. Không 3. Không rõ
- C11. Hẹp môn vị 1. Có 2. Không 3. Không rõ

C12. Triệu chứng khác (ghi rõ):

D - CẬN LÂM SÀNG

D1. Xét nghiệm huyết học, sinh hoá máu

Hồng cầu: > 3,5 T/l < 3,5 T/l

Hemoglobin ≥ 100 g/l < 100 g/l

Protein toàn phần > 65 g/l < 65g/l

D2. Chụp cắt lớp vi tính:

Mức độ xâm lấn thành dạ dày: Không; Có:

Không mô tả

Dịch ổ bụng: Không; Có; Không mô tả

Hạch vùng: Không; Có; Không mô tả;

Các mô tả khác trên cắt lớp bụng:

D3. Nội soi dạ dày: Bình thường; Có tổn thương;

Đại thể: Sùi; Loét; Thâm nhiễm; Không rõ

Hẹp môn vị: Không; Có; Không mô tả

Khác (ghi rõ):

Sinh thiết: Không; Có

Kết quả sinh thiết trước mổ: Có ung thư; Nghi ngờ

E – KẾT QUẢ TRONG MỔ

E1. Thời gian mổ (tính từ khi rạch da đến khi đóng mũi khâu da cuối): = phút

E2. Tổn thương ở dạ dày:

Đại thể: Sùi; Loét; Thâm nhiễm; Không mô tả

Kích thước: <3cm; 3-5cm; ≥5cm; Không ghi nhận

E3. Chẩn đoán trong mổ

E4. PP lập lại lưu thông tiêu hoá

Miệng nối kiểu Péan; Miệng nối kiểu Finsterer;

Miệng nối Polya; Miệng nối Roux-en Y; Miệng nối khác (ghi rõ):

E5. Mức độ vết hạch: D1; D1+; D2; D2+; D3; D4

F – TAI BIẾN TRONG MỔ: Không Có

F1. Tổn thương mạch lớn: Không Có Tổn thương mạch:

F2. Tổn thương đường mật: Không Có Xử trí:

F3. Tổn thương lách: Không Có

Cắt lách: Có Không

F4. Tổn thương đại tràng: Không Có Xử trí:

F5. Tổn thương tụy: Không Có Xử trí:

F6. Tổn thương ruột non: Không Có Xử trí:

F7. Tử vong: Không Có

F8. Tai biến khác (ghi rõ):

G – THEO DÕI SAU MỔ

G1. Thời gian trung tiện sau mổ: ngày.

G2. Thời gian nằm viện sau mổ: ngày.

G3. Biến chứng sớm sau mổ: Không Có

- **Chảy máu sau mổ:** Có; Không; Điều trị nội; Mổ lại

Tổn thương:

Xử trí:

- **Rò tiêu hóa:** Không; Có; Rò tụy; Rò mật; Rò khác (ghi rõ)....

Ghi cụ thể thời gian xuất hiện, cách xử trí:

- **Viêm phúc mạc:** Có; Không; Mổ lại ngày thứ sau mổ

Tổn thương:

Xử trí:

- **Áp xe tồn dư:** Có; Không; Điều trị nội; Chọc hút; Mổ lại

Tổn thương:

Xử trí:

- **Nhiễm trùng vết mổ:** Có Không

- **Biến chứng khác** (Hội chứng quai đẹn, Hội chứng Dumping, suy hô hấp, Viêm phổi, tắc ruột sớm sau mổ...):

.....

H – GIẢI PHẪU BỆNH SAU MỔ

H1. Đại thể:

Dạng 1 (thể sùi)

Dạng 2 (thể loét)

Dạng 3 (thể thâm nhiễm)

Kích thước: <3cm; 3-5cm; > 5cm; Không ghi

H2. Độ biệt hoá: cao vừa kém

H3. Hạch vét được:.... hạch; Hạch di căn: hạch;

Ghi chú:

H4. Kết luận: UTBM T N M0

H5. Phân loại giai đoạn bệnh theo hệ TNM của AJCC 2017:

Giai đoạn 0 : Tis N0 M0

Giai đoạn IA: T1N0M0

Giai đoạn IB: T1N1M0; T2N0M0

Giai đoạn IIA: T1N2M0; T2N1M0; T3N0M0

Giai đoạn IIB: T1N3a M0; T3N0M0; T3N1M0; T4aN0M0

Giai đoạn IIIA: T2N3aM0; T3N2M0; T4aN1,N2M0; T4bN0 M0

Giai đoạn IIIB: T1,T2N3bM0; T3,T4aN3aM0; T4bN1,N2M0

Giai đoạn IIIC: T3,T4aN3bM0; T4bN1,N2M0

Người lấy số liệu



Trần Mạnh Hùng