

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu cho 50 bệnh nhân thở máy có hoặc không sử dụng máy HFCWO, chúng tôi kết luận:

1. Máy HFCWO mang lại hiệu quả trong việc loại trừ chất tiết đường thở, cải thiện triệu chứng hô hấp (tần số thở, chỉ số thở nhanh nông).

2. Bệnh nhân sử dụng máy HFCWO ít làm thay đổi huyết động và hô hấp (Huyết áp, nhịp tim và SpO<sub>2</sub>).

3. Sử dụng máy HFCWO có tác dụng không mong muốn: đau (0%), vã mồ hôi (4%), nôn/buồn nôn (0%), không có biến chứng nào được ghi nhận trong quá trình nghiên cứu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kathy Stiller** (2013). Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review, *Chest*, 144(3):825 - 847.

2. **Castro AA, Calil SR, Freitas SA, Oliveira AB, Porto EF** (2013). Chest physiotherapy effectiveness to reduce hospitalization and mechanical ventilation length of stay, pulmonary infection rate and

mortality in ICU patients, *Respir Med*, 107(1):68 - 74.

3. **Ming-Lung Chuang, Yi-Ling Chou et al** (2017). Instantaneous responses to high-frequency chest wall oscillation in patients with acute pneumonic respiratory failure receiving mechanical ventilation: A randomized controlled study, *Medicine (Baltimore)*, 96(9):e5912.

4. **Bott J, Blumenthal S, Buxton M, et al** (2009). Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient, *Thorax*, 64(suppl 1): i1 - 51.

5. **Yu-Ping Lin, Heng-Hsin Tung, Tsae-Jyy Wang** (2017). Comparative Study of High Frequency Chest Wall Oscillation and Traditional Chest Physical Therapy in Intensive Care Unit Patients, *J Comp Nurs Res Care*, 2: 115.

6. **Wei-Chang Huang, Pi-Chu Wu et al.** High-frequency chest wall oscillation in prolonged mechanical ventilation patients: a randomized controlled trial (2016), *The Clinical Respiratory Journal*, 10(3):272 - 81.

# KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY 1/3 DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2020-2021

**DƯƠNG HOÀNG HẢI<sup>1</sup>,  
TRINH HỒNG SƠN<sup>2</sup>, VŨ THỊ HỒNG ANH<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*  
<sup>2</sup>*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu được thực hiện trên 78 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới và được điều trị phẫu thuật triệt căn tại

*Khoa Ung bướu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021.*

*Phương pháp mô tả hồi cứu và tiền cứu.*

**Kết quả:** Tuổi trung bình là 61,60 ± 13,66, tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hoá chủ yếu là Billroth I (nối Péan) chiếm 73,1%, số lượng hạch vét được trung bình 28,72 ± 11,34 hạch, hạch di căn trung bình 4,29 ± 6,96 hạch, thời gian phẫu thuật trung bình: 169,87 ± 43,5 phút, tỷ lệ tai biến trong mổ 1,3%, biến chứng sau mổ 14,1%, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 9,06 ± 2,20 ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày với diện cắt R0, vét hạch từ D2 trở lên là

Chịu trách nhiệm: Dương Hoàng Hải  
Email: hoanghaiq1294@gmail.com  
Ngày nhận: 14/9/2021  
Ngày phản biện: 18/10/2021  
Ngày duyệt bài: 02/11/2021

phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới với tỷ lệ tai biến biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

**Từ khoá:** Ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới, phẫu thuật triệt căn, cắt bán phần xa dạ dày, vết hạch D2.

#### SUMMARY

**SHORT-TERM OUTCOMES OF THE CURATIVE SURGERY IN TREATING THE LOWER-THIRD GASTRIC CARCINOMA IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL**

**Objective:** To evaluate the early results of curative surgery for the lower-third gastric carcinoma.

**Materials and methods:** Research was conducted on 78 cases of the lower-third gastric carcinoma that were indicated for radical treatment with curative surgery in the Department of Oncology, Viet Duc University Hospital from 1/2020 to 6/2021.

**Results:** The average age was  $61.60 \pm 13.66$ , the female/male ratio was 3/1. Most of the methods of anastomosis were Billroth I (Péan) accounted for 73.1%, the average lymph node was  $28.72 \pm 11.34$ , the average metastasis lymph node was  $4.29 \pm 6.96$ , the mean operative time was  $169.87 \pm 43.5$  minutes, the rate of intraoperative complications was 1.3%, the postoperative complications were 14.1% and the average hospital stay was approximately  $9.06 \pm 2.20$  days.

**Conclusions:** The distal gastrectomy with R0 resection and D2 lymphadenectomy is the treatment standard for the lower-third gastric carcinoma, which has a low rate of postoperative complications and shorter hospital stays.

**Keywords:** Lower-third gastric carcinoma, curative surgery, distal gastrectomy, D2 lymphadenectomy.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) 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 2020, trên thế giới UTDD đứng hàng thứ 5 về số ca mắc mới với trên 1.000.000 ca và đứng thứ 3 về tỉ lệ tử vong (khoảng 7,7%) chỉ sau ung thư phổi và ung thư gan<sup>[1]</sup>. Ở nước ta, UTDD 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<sup>[1]</sup>. Để xác định vị trí u, Hiệp hội UTDD 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<sup>[2]</sup>. Ở Việt Nam, UTDD thường phát hiện ở giai đoạn muộn, theo Trịnh Hồng Sơn 85,95% UTDD chẩn đoán ở giai đoạn III, IV, kết quả này cũng tương tự với nhiều tác giả khác<sup>[3,4]</sup>. Điều này một phần do triệu chứng lâm sàng của bệnh thường nghèo nàn và không đặc hiệu. Phẫu thuật giữ vai trò quyết định trong điều trị UTDD. Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội UTDD Nhật Bản, phẫu thuật được coi là triệt căn (Curative surgery) 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<sup>[5]</sup>. Trong 10 năm gần đây, tỷ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày do ung thư khoảng 9,2% đến 37,2%<sup>[6]</sup>. Phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày trong điều trị ung thư đã phổ biến và thực hiện được tại nhiều trung tâm chuyên khoa, bệnh viện trong cả nước, tuy nhiên trong những năm gần đây chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả của nhóm phẫu thuật được coi là triệt căn trong điều trị UTDD 1/3 dưới. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả sớm phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới trong giai đoạn gần đây tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, để góp phần rút kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị UTDD.

#### ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 78 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới và được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô dạ dày, được xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô.

- Vị trí: 1/3 dưới theo Hiệp hội UTDD Nhật Bản.

- Được điều trị phẫu thuật triệt căn: Phẫu thuật mở cắt bán phần xa dạ dày, đảm bảo:

+ Cắt dạ dày đạt được diện cắt R0: Cắt bán phần dạ dày và sinh thiết tức thì trong mô diện cắt trên, diện cắt dưới khối u âm tính.

+ Vét hạch: Vét hạch D2 hoặc hơn mức D2.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp cắt toàn bộ dạ dày hoặc cắt bán phần cực dưới 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,...

- Đã di căn xa (M1): Di căn phúc mạc, di căn gan, cuống gan, buồng trứng hoặc di căn cơ quan khác, xác định bằng các bilan trước mổ hoặc sinh thiết trong mổ.

- BN có thêm một ung thư ở một tạng khác (hai ung thư trên một BN), ung thư biểu mô nơi khác di căn đến dạ dày hoặc ung thư dạ dày tái phát (cắt lại dạ dày).

## 2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu.

## 3. Xử lý số liệu

Theo chương trình SPSS 25.0 for Windows.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Tuổi và giới

Tổng số 78 BN. Tuổi trung bình là 61,60 ± 13,66 tuổi, tuổi thấp nhất 22, cao nhất là 91 tuổi, tỷ lệ nam/nữ tương đương 3/1.

Bảng 1. Phân bố tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
< 40	2	33,3	4	66,7	6	7,7
41 - 50	8	89,9	1	11,1	9	11,5
51 - 60	11	73,3	4	26,7	15	19,2
61 - 70	24	80,0	6	20,0	30	38,5
> 70	13	72,2	5	27,8	18	23,1
Tổng	58	74,4	20	25,6	78	100

Nhận xét:

Nhóm tuổi từ 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5%, nhóm tuổi trên 70 chiếm 23,1%. Nam giới 58 BN (74,4%), nữ giới 20 BN (25,6%).

### 2. Kết quả phẫu thuật

\* Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hoá

+ Nối Péan: 57 trường hợp, chiếm 73,1%

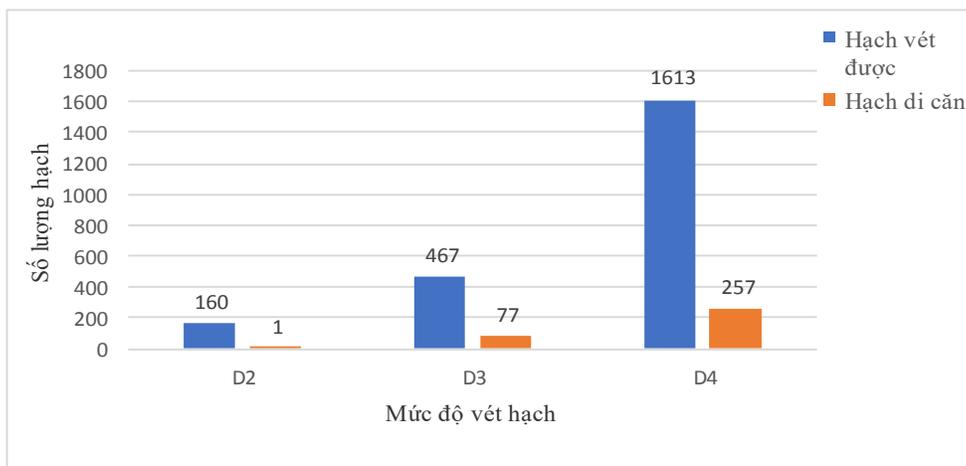
+ Nối Finsterer: 26 trường hợp, chiếm 26,9%

\* Kết quả vét hạch

+ Số hạch vét được: 2240 hạch, trung bình 28,72 ± 11,34 hạch/BN;

+ Số hạch di căn: 335 hạch, trung bình 4,29 ± 6,96 hạch/BN.

+ Tỷ lệ hạch di căn/hạch vét được là 14,96%.



**Biểu đồ 1. Phân bố hạch vét được và hạch di căn theo chặng**

Nhận xét:

Vét hạch D4 chiếm chủ yếu, thấy di căn 257/1613 hạch vét được (chiếm 15,93%).

\* Thời gian phẫu thuật trung bình: 169,87 ±

43,5 phút.

\* Tai biến trong mổ: Có 1/78 trường hợp (chiếm 1,3%) có tai biến tổn thương lách và rách thanh mạc ruột non, xử trí: cầm máu bằng dao

điện và bipolar, khâu phục hồi thanh mạc ruột.

\* **Kết quả phục hồi sớm sau mổ**

- + Thời gian trung tiện:  $3,68 \pm 1,06$  ngày;
- + Thời điểm rút sonde dạ dày:  $4,10 \pm 1,52$  ngày;
- + Thời gian lưu dẫn lưu ổ bụng:  $6,37 \pm 1,44$  ngày;
- + Thời gian nằm viện sau mổ trung bình  $9,06 \pm 2,20$  ngày.

Bảng 2. Biểu chứng sớm sau mổ

Biểu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Viêm phúc mạc	1	1,3
Ổ dịch tồn dư	4	5,1
Nhiễm khuẩn vết mổ	3	3,8
Viêm phổi	2	2,6
Tác ruột sớm sau mổ	1	1,3
Tổng	11	14,1

Nhận xét:

Tỉ lệ biểu chứng chung sau mổ là 14,1%. Hay gặp là ổ dịch tồn dư sau mổ 5,1% và nhiễm khuẩn vết mổ 3,8%. Có 1 trường hợp (1,3%) viêm phúc mạc do thủng quai tới phải phẫu thuật cấp cứu. Không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ.

## BÀN LUẬN

### 1. Tuổi và giới

Ung thư dạ dày thường gặp ở người lớn tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là  $61,60 \pm 13,66$  tuổi, tuổi thấp nhất 22, cao nhất là 91 tuổi, nhóm tuổi từ 61-70 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,5%. Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ tương đương 3/1, không có sự khác biệt về tuổi giữa nhóm bệnh nhân nam và nữ ( $p = 0,4$ ).

Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước về ung thư dạ dày là nam nhiều hơn nữ, tuổi thường gặp từ 50 đến 70 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả Trịnh Hồng Sơn là  $54,6 \pm 24,55$  tuổi<sup>[4]</sup>, Phạm Văn Nam là  $58,64 \pm 10,38$  tuổi<sup>[7]</sup>, Nguyễn Quang Bộ là  $56,7 \pm 10,9$  tuổi<sup>[3]</sup>.

### 2. Kết quả phẫu thuật

Về phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hoá: Phương pháp phục hồi lưu thông tiêu hoá chủ yếu là Billroth I (kiểu Péan) chiếm 73,1%, nối Billroth II (kiểu Finsterer) 26,9%. Kết quả này có nhiều khác biệt với các nghiên cứu trong nước khác. Theo Phan Cảnh Duy tái lập lưu thông tiêu hóa theo kiểu Polya 85,2%, kiểu Roux-en-Y 14,8%<sup>[8]</sup>, theo Nguyễn Quang Bộ trong 51 trường hợp cắt bán phần dạ dày có

27,5% nối Roux-en Y, 71,5% nối Polya, không có trường hợp nào nối Péan<sup>[3]</sup>. Một nghiên cứu phân tích tổng hợp so sánh ba phương pháp tái lập lưu thông tiêu hoá phổ biến sau cắt dạ dày là Billroth I, Billroth II và Roux-en Y kết luận rằng nối Péan giảm thời gian phẫu thuật đáng kể so với hai phương pháp còn lại, nối Roux-en Y về mặt kỹ thuật phức tạp hơn nhưng giảm tỷ lệ viêm phần dạ dày còn lại, cả ba phương pháp đều không có sự khác biệt về số lượng mất máu trong mổ, tỷ lệ tai biến biến chứng trong và sau mổ, thời gian cho ăn trở lại và thời gian hậu phẫu<sup>[9]</sup>. Do vậy, mà thực hiện miệng nối nào phụ thuộc nhiều vào thói quen của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 73,1% nối Péan, tất cả đều được sinh thiết tức thì trong mổ điện cắt trên và dưới u âm tính đảm bảo diện cắt R0.

Về kết quả vét hạch: Kết quả của chúng tôi cao hơn các tác giả: Phạm Văn Nam số hạch vét được 1465 hạch, trung bình là  $22,54 \pm 2,13$  hạch, hạch di căn trung bình  $2,43 \pm 2,38$  hạch/BN, tỷ lệ HDC/HVĐ là 10,58%<sup>[7]</sup>; Đỗ Văn Tráng, trung bình vét được  $15,3 \pm 7,34$  hạch/BN<sup>[10]</sup>; Trịnh Hồng Sơn vét được trung bình là  $17,059 \pm 9,494$  hạch/BN, số hạch di căn trung bình 4,99 hạch/BN<sup>[4]</sup>. Tuy nhiên, số hạch vét được trung bình của chúng tôi thấp hơn tác giả Alexandre Brind'Amour trung bình 29 hạch<sup>[11]</sup>. Qua các nghiên cứu trong và ngoài nước thấy rằng số lượng hạch vét được có sự khác nhau.

Biểu đồ 1 cho thấy phân bố hạch vét được và hạch di căn theo chặng hạch, kết quả: vét hạch D4 chiếm chủ yếu với số lượng hạch vét được và hạch di căn nhiều nhất (1613 hạch vét được và 257 hạch di căn), tỷ lệ hạch di căn là 15,93%; vét hạch D3 hạch vét được và hạch di căn lần lượt là 467 và 77 hạch, tỷ lệ hạch di căn là 16,45%; vét hạch D2 hạch vét được là 160 hạch, hạch di căn là 1 hạch, tỷ lệ hạch di căn 0,6%. Kết quả của các nghiên cứu khác và của chúng tôi cho chúng ta nhận định rằng càng vét hạch mở rộng thì càng vét được nhiều hạch, càng vét được nhiều hạch càng thấy nhiều hạch di căn<sup>[4]</sup>.

Thời gian phẫu thuật trung bình:  $169,87 \pm 43,5$  phút, ngắn nhất là 90 phút, dài nhất 287 phút. Kết quả này cũng tương tự tác giả Phan Cảnh Duy thời gian mổ mở trung bình là  $165,3 \pm 47,0$  phút (60 - 240 phút)<sup>[8]</sup> nhưng ngắn hơn tác giả Trịnh Hồng Sơn thời gian mổ trung bình  $231 \pm 57,5$  phút (90 - 405 phút)<sup>[4]</sup> và Nguyễn Quang Bộ thời gian phẫu thuật mở trung bình  $232,08 \pm 14,61$  phút (210 - 260 phút)<sup>[3]</sup>.

- Về tai biến trong mổ: Có 1/78 trường hợp (chiếm 1,3%) có tai biến trong mổ là tổn thương lách và rách thanh mạc ruột non, được xử trí cầm máu bằng dao điện và bipolar, khâu phục hồi thanh mạc ruột. Tỷ lệ này thấp hơn ở nghiên cứu của Phạm Văn Nam (4,05% tai biến rách mạc treo đại tràng ngang)<sup>[7]</sup> nhưng cao hơn ở một số tác giả khác như Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Quang Bộ, Phan Cảnh Duy<sup>[3,4,8]</sup>.

- Về kết quả phục hồi sớm sau mổ:

Thời gian trung tiện 3,68 ± 1,06 ngày, trung tiện sau mổ là đánh giá sự hoạt động của cơ quan tiêu hóa, người bệnh có thể ăn sớm, sức khỏe nhanh phục hồi. Kết quả của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu mổ mở của Phan Cảnh Duy (3,8 ± 1,7 ngày)<sup>[8]</sup>, Nguyễn Quang Bộ<sup>[3]</sup>, nhưng dài hơn với các nghiên cứu mổ nội soi như Phạm Văn Nam<sup>[7]</sup>, Đỗ Văn Tráng<sup>[13]</sup>.

Thời điểm rút sonde dạ dày 4,10 ± 1,52 ngày. Chúng tôi rút sonde dạ dày sau khi bệnh nhân có trung tiện, được uống nước trở lại không nôn không trướng bụng. Thời gian lưu dẫn lưu ổ bụng 6,37 ± 1,44 ngày. Dẫn lưu ổ bụng rút khi số lượng dẫn lưu dưới 50ml/ngày, dịch hồng nhạt hoặc vàng trong.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 9,06 ± 2,20 ngày. Thời gian nằm viện của chúng tôi có ngắn hơn các tác giả Nguyễn Quang Bộ (11,17 ± 4,25 ngày)<sup>[3]</sup>, Phan Cảnh Duy (10,4 ± 2,4 ngày)<sup>[8]</sup> nhưng dài hơn tác giả Phạm Văn Nam (8,58 ± 4,10 ngày)<sup>[7]</sup>, Đỗ Văn Tráng (7,0 ± 7,81 ngày)<sup>[10]</sup>.

Biến chứng sau mổ (bảng 2): Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 14,1%. Hay gặp là ổ dịch tồn dư sau mổ 5,1% và nhiễm khuẩn vết mổ 3,8%. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Bộ<sup>[3]</sup> và Trịnh Hồng Sơn<sup>[4]</sup> cho tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật lần lượt là 7,5% và 8,6% và không có tử vong sau phẫu thuật. Một số nghiên cứu nước ngoài, tỷ lệ biến chứng chung cao hơn, theo Alexandre Brind'Amour tỷ lệ biến chứng chung là 23,6%, chủ yếu là viêm phổi (7,6%), nhiễm trùng (3,8%), huyết khối tĩnh mạch (2,8%)<sup>[11]</sup>; nghiên cứu của Su Mi Kim tỷ lệ biến chứng sau mổ ở nhóm mổ mở là 30,1%, 1 bệnh nhân tử vong do biến chứng hô hấp<sup>[12]</sup>. Như vậy, tỷ lệ biến chứng của chúng tôi là mức trung bình, các biến chứng sớm hay gặp là ổ dịch tồn dư, nhiễm trùng vết mổ và viêm phổi, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ, không có biến chứng xì rò miệng nối.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 78 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô dạ dày 1/3 dưới và được điều trị phẫu thuật triệt căn tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2021, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Bệnh ung thư dạ dày thường gặp ở độ tuổi 61 - 70, tuổi trung bình là 61,60 ± 13,66. Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ tương đương 3/1. Phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày với diện cắt R0, vét hạch từ D2 trở lên có phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa chủ yếu là Billroth I (nói Péan) chiếm 73,1%, số lượng hạch vét được trung bình 28,72 ± 11,34 hạch, hạch di căn trung bình 4,29 ± 6,96 hạch, thời gian phẫu thuật trung bình: 169,87 ± 43,5 phút, tỷ lệ tai biến trong mổ thấp 1,3%, biến chứng sau mổ 14,1%, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 9,06 ± 2,20 ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L Siegel et al.** (2021). "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA: a cancer journal for clinicians. 71 (3), pp. 209 - 249.
2. **Trần Thiện Trung** (2014). Ung thư dạ dày: Bệnh sinh, chẩn đoán, điều trị, Nhà xuất bản Y học, Thành phố Hồ Chí Minh.
3. **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.
4. **Trịnh Hồng Sơn** (2001). Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày, Luận án Tiến sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Japanese Gastric Cancer Association (2021), "Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018", Gastric cancer. 24, pp. 1-21.
6. **Phan Bảo Toàn, Trần Thiện Trung** (2015). "Nghiên cứu tai biến, biến chứng sớm của phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày", Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 19 (5), pp. 58 - 64.
7. **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.
8. **Phan Cảnh Duy** (2019). Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tuyến phần xa dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ bằng phẫu thuật kết

hợp xạ - hoá sau mổ, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược - Đại học Huế.

9. **Haitao Jiang, Yujie Li, Tianfei Wang** (2021), "Comparison of Billroth I, Billroth II, and Roux-en-Y reconstructions following distal gastrectomy: A systematic review and network meta-analysis", *Cirugía Española* (English Edition). 99 (6), pp. 412 - 420.

10. **Đỗ Văn Tráng** (2012), Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị, Luận án Tiến sĩ Khoa học Y Dược, Đại học Y Hà Nội.

11. **Alexandre Brind'Amour, Jean-Pierre Gagné, Jean-Charles Hogue et al** (2021). "Impact of the introduction of formal D2 lymphadenectomy for gastric cancer in a Western setting", *Canadian Journal of Surgery*. 64 (2), pp. E119.

12. **Su Mi Kim, Ho Geun Youn, Ji Yeong An et al.** (2018). "Comparison of open and laparoscopic gastrectomy in elderly patients", *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 22 (5), pp. 785-791.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢM ÁP LẤY MÁU TỤ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

VŨ NGỌC GIANG<sup>1</sup>,  
TRẦN CHIẾN<sup>2</sup>, PHẠM VIỆT HÀ<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên  
<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Xuất huyết não là bệnh có tỉ lệ tử vong cao, nguyên nhân thường gặp nhất là bệnh tăng huyết áp. Đặc biệt ở bệnh nhân có khối máu tụ lớn gây tăng áp lực nội sọ, điều trị nội khoa thường thất bại, khi đó phẫu thuật mở sọ giảm áp lấy máu tụ kịp thời đã giúp cứu sống người bệnh.

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật mở sọ giảm áp lấy máu tụ điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 54 trường hợp xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp được phẫu thuật mở sọ giảm áp, lấy máu tụ tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2019 đến 30/03/2021.

Chịu trách nhiệm: Vũ Ngọc Giang  
Email: vungocgiangydt@gmail.com  
Ngày nhận: 09/9/2021  
Ngày phân biện: 12/10/2021  
Ngày duyệt bài: 28/10/2021

**Kết quả:** Trong nghiên cứu có 42 nam và 12 Nữ, tuổi trung bình  $56,61 \pm 10,08$  tuổi; GCS trung bình lúc vào viện và trước phẫu thuật lần lượt là  $10,31 \pm 2,69$ ;  $8,94 \pm 2,27$ ; thể tích máu tụ  $74,10 \pm 26,92\text{cm}^3$ ; di lệch đường giữa  $11,74 \pm 4,02\text{mm}$ ; GOS theo dõi sau 6 tháng: tốt, khá là 37 BN (68,5%), xấu là 17 BN (31,5%).

**Kết luận:** Phẫu thuật mở sọ giảm áp lấy máu tụ có vai trò quan trọng trong điều trị xuất huyết não ở bệnh nhân tăng huyết áp, kết quả tốt và Khá sau 6 tháng đạt 68,5%.

**Từ khóa:** Xuất huyết não do tăng huyết áp, mở sọ giảm áp.

**SUMMARY**  
**RESULT** **DECOMPRESSIVE**  
**CRANIECTOMY WITH HEMATOMA**  
**EVACUATION TREATMENT HYPERTENSIVE**  
**INTRACEREBRAL HEMORRHAGE AT THAI**  
**NGUYEN NATIONAL HOSPITAL**

**Background:** Intracerebral hemorrhage has a high mortality rate with the most common cause of hypertension. Especially in patients with massive intracerebral hematoma and