

giá thời gian ngồi dậy và đi lại của SP.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp giảm đau kết hợp gây tê TAP dưới hướng dẫn siêu âm và paracetamol đường toàn thân, cho hiệu quả tốt trong 8 giờ đầu sau phẫu thuật lấy thai, ít tác dụng không mong muốn, đặc biệt áp dụng cho các sản phụ có chống chỉ định với thuốc kháng viêm không steroid.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Thị Phương Duy, Nguyễn Văn Minh, Trần Xuân Thịnh (2020)**, "Nghiên cứu hiệu quả của gây tê khoang cơ vuông thắt lưng bằng levobupivacain 0,25% dưới hướng dẫn siêu âm trong giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật lấy thai", *Y học công đồng*, 7, tr. 1 - 81.
2. **Abdallah F.W., Halpern S.H., Margarido C.B. (2012)**, "Transversus abdominis plane block for postoperative analgesia after Caesarean delivery performed under spinal anaesthesia? A systematic review and meta-analysis", *British Journal of Anaesthesia*, 109(5), pp. 679-87.
3. **Carney J., Finnerty O., Rauf J., Bergin D., Laffey J.G., Mc Donnell J.G. (2011)**, "Studies on the spread of local anaesthetic solution in

- transversus abdominis plane blocks\*", *Anaesthesia*, 66(11), pp. 1023-30.
4. **Johns N., O'Neill S., Ventham N.T., Barron F., Brady R.R., Daniel T. (2012)**, "Clinical effectiveness of transversus abdominis plane (TAP) block in abdominal surgery: a systematic review and meta-analysis", *Colorectal Dis.* 14(0), pp. e635-42.
  5. **Macones G.A., Caughey A.B., Wood S.L., Wrench I.J., Huang J., Norman M., et al. (2019)**, "Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3)", *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 221(3), pp. 247.e1-9.
  6. **Marzouk S.B., Bennis L., Cherni I., Shili A., Touaibia M. (2016)**, "Ultrasound-guided bilateral transversus abdominis plane block versus spinal morphine for pain relief after caesarean section", *Global Anesthesia and Perioperative Medicine*, 2(2), pp. 162-5.
  7. **Meng X., Chen K., Yang C., Li H., Wang X. (2021)**, "The Clinical Efficacy and Safety of Enhanced Recovery After Surgery for Cesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials and Observational Studies", *Frontiers in Medicine*, 8(1242).
  8. **Lirk P., Berde C.B. (2019)**, *Local Anesthetics*, Miller Anesthesia, ed. Ninth, Elsevier, 865-90.

## PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO ĐẠI TRÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG TRÁI

Trần Văn Minh Tuấn<sup>1</sup>, Lý Minh Tùng<sup>1</sup>, Bùi Minh Tín<sup>2</sup>,  
Trần Hữu Duy<sup>1</sup>, Phạm Hải Triều<sup>2</sup>, Lê Quang Nghĩa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Phẫu thuật nội soi (PTNS) theo kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (TBMTĐT) trong điều trị ung thư đại tràng đã làm cải thiện kết quả lâu dài về mặt ung thư học và đang trở thành tiêu chuẩn cho phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả trung hạn PTNS cắt TBMTĐT trong điều trị ung thư đại tràng trái giai đoạn I - III và chất lượng mẫu bệnh phẩm về mặt ung thư học. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, báo cáo loạt ca. Tất cả bệnh nhân ung thư đại tràng trái được PTNS cắt TBMTĐT tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2018 đến 07/2021. **Kết quả:** Có 68 bệnh nhân (38 nữ và 30 nam) được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 58,35 ± 10,67 tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 180,56 ± 40,30 phút. Lượng máu mất 100,20 ± 27,56ml. Không có tai biến trọng mô. Biến chứng sau mổ chiếm tỉ lệ 13,23%: nhiễm trùng

vết mổ 7,35%, xì miệng nối 4,41% và tắc ruột sau mổ là 1,47%. Thời gian nằm viện trung bình là 8,24 ± 4,82 ngày. Số hạch phủ tạng được trung bình là 17,42 ± 4,52 hạch. Có 42,64% bệnh nhân có di căn hạch. Chiều dài mẫu bệnh phẩm 38,56 ± 8,20cm. Có 55 bệnh nhân được theo dõi với thời gian trung bình là 23,08 ± 10,07 tháng (từ 6 tháng đến 39 tháng). Tỉ lệ bệnh nhân sống không di căn là 87,3%. **Kết luận:** PTNS cắt TBMTĐT là phương pháp chọn lựa an toàn cho ung thư đại tràng trái với tỉ lệ biến chứng thấp, cải thiện tỉ lệ sống còn về mặt ung thư học và đạt được kết quả tốt về chất lượng mẫu bệnh phẩm của ung thư học.

**Từ khóa:** ung thư đại tràng, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng.

### SUMMARY

#### LAPAROSCOPIC COMPLETE MESOCOLIC EXCISION FOR LEFT COLON CANCER

**Background:** Laparoscopic complete mesocolic excision (CME) for the treatment of colon cancer has improved long-term survival and become the standard procedure in surgical management of colon cancer. **Objectives:** Evaluate mid-term outcomes of laparoscopic complete mesocolic excision in stage I - III left colon cancer and the quality of oncologic specimens. **Patients and methods:** The prospective

<sup>1</sup>Đại học Quốc Gia TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Minh Tuấn

Email: tvmtuan@medvnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 27.5.2022

study of patients diagnosed left colon cancer. The patients underwent laparoscopic complete mesocolic excision between January 2018 and July 2021 at Binh Dan Hospital. **Results:** 68 patients (38 females and 30 males) were included. The mean age is  $58,35 \pm 10,67$  years. The mean operative time was  $180,56 \pm 40,30$  minutes. The mean volume of intraoperative blood loss was  $100,20 \pm 27,56$ ml. There were no complication during operation. Post operative complications occurred in 13,23% of patient, included 7,35% of surgical site infection, 4,41 % of anastomosis leakage and 21,47% of postoperative obstruction. The mean length of stay was  $8,24 \pm 4,82$  days. The mean number of lymph nodes retrieval was  $17,42 \pm 4,52$  nodes. There were 42,64% of patients with node metastasis. The length of specimen was  $38,56 \pm 8,20$  cm. The percentage of surviving patients who didn't have metastasis is 87,3%. **Conclusions:** Laparoscopic complete mesocolic excision is safe to treat left colon cancer with less postoperative complication and improve the mid-term oncological outcome. The quality of oncologic specimen is good.

**Keywords:** left colon cancer, complete mesocolic excision.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là một trong các loại ung thư phổ biến trên thế giới. Theo Globocan 2020, ở Việt Nam ung thư đại tràng đứng thứ 6 trong các loại ung thư thường gặp. Cho đến nay, với nhiều tiến bộ trong điều trị ung thư đại tràng, hoá xạ trị kết hợp với phẫu thuật đã cải thiện kết quả dài hạn của điều trị ung thư, nhưng phẫu thuật vẫn giữ vai trò chủ đạo trong điều trị ung thư đại tràng.

Năm 1982, Heald và cộng sự đã báo cáo kỹ thuật TME trong điều trị ung thư trực tràng như một phẫu thuật tối ưu trong điều trị ung thư trực tràng. Áp dụng những nguyên lý của TME và dựa trên kiến thức về giải phẫu học và phôi thai học, năm 2009 Hohenberger<sup>[4]</sup> và cộng sự công bố kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng và cột mạch máu tận gốc như là một tiêu chuẩn mới trong điều trị ung thư đại tràng. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy so với phẫu thuật tận gốc kinh điển, phẫu thuật cắt đại tràng với kỹ thuật cắt TBMT ĐT( kỹ thuật CME) có thể cắt trọn nguyên khối (en-bloc) khối u và mạc treo đại tràng và lấy được số hạch tối ưu nhưng không làm tăng nguy cơ phẫu thuật, biến chứng hậu phẫu, tăng thời gian sống còn, giảm tỉ lệ tái phát và di căn xa<sup>[3], [5], [7]</sup>.

Ở Việt Nam, khái niệm về CME trong điều trị ung thư đại tràng trái còn tương đối mới và chưa có những công trình nghiên cứu về kỹ thuật này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá tính khả thi và an toàn cũng như kết quả lâu dài của phương pháp phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung

thư đại tràng trái.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu tiền cứu, báo cáo loạt ca với 68 bệnh nhân ung thư đại tràng trái được PTNS theo kỹ thuật CME tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2018 đến tháng 07/2021.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng trái, giai đoạn I - III, có chỉ định phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái điều trị triệt để ung thư.

### Tiêu chuẩn loại trừ:

○ Ung thư đại tràng trái có biến chứng cần phải mổ cấp cứu.

○ Ung thư đại tràng trái xâm lấn cơ quan lân cận.

○ Ung thư đại tràng trái quá chỉ định điều trị triệt để.

○ Ung thư đại tràng trái tái phát.

Sau phẫu thuật bệnh nhân sẽ được theo dõi đánh giá tình trạng phẫu thuật cho đến khi xuất viện. Bệnh nhân được theo dõi tái khám bởi bác sĩ phẫu thuật sau 2 tuần xuất viện. Sau đó bệnh nhân được theo dõi trong 6 -36 tháng.

Các dữ liệu chính bao gồm: kết quả sớm của phẫu thuật (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện), chất lượng mẫu bệnh phẩm (chiều dài bệnh phẩm, tỉ lệ mặt cắt sạch tế bào ung thư, số lượng hạch nạo vét được, số hạch di căn), tỉ lệ tái phát, tỉ lệ sống toàn bộ, tỉ lệ sống không bệnh. Các dữ liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, các biến số được phân tích với độ tin cậy 95%.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 68 bệnh nhân (38 nữ và 30 nam) thoả các tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm của bệnh nhân được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân**

<b>Tuổi</b> Trung bình Nhỏ nhất - Lớn nhất	$58,35 \pm 10,67$ tuổi 34 tuổi - 81 tuổi
<b>Giới</b> Nam Nữ	30 trường hợp (44,12%) 38 trường hợp (55,88%)
<b>BMI:</b> < 18,5 18,5 - 24,9 ≥ 25	$20,68 \pm 4,12$ kg/m <sup>2</sup> 8 trường hợp (11,76%) 49 trường hợp (72,06%) 11 trường hợp (16,18%)
<b>Vị trí khối u</b> Đại tràng ngang gần góc lách Đại tràng góc lách Đại tràng xuống	1 trường hợp (1,47%) 5 trường hợp (7,35%) 18 trường hợp (26,47%)

Đại tràng sigma	44 trường hợp (64,71%)
<b>Giai đoạn: I</b>	6 trường hợp (8,82%)
II	29 trường hợp (42,65%)
III	33 trường hợp (48,53%)

**Bảng 2: Kết quả phẫu thuật**

Thời gian phẫu thuật: + Trung bình + Ngắn nhất - dài nhất	180,56±40,30 phút 140 phút - 300 phút
Lượng máu mất + Trung bình + Ít nhất - nhiều nhất	100,20 ±27,56 ml 50 ml - 200 ml
Tai biến trong phẫu thuật	0
Biến chứng sau phẫu thuật + Xi miệng nổi + Tắc ruột do thoát vị nội + Nhiễm trùng vết mổ	9 trường hợp (13,23%) 3 trường hợp (4,41%) 1 trường hợp (1,47%) 5 trường hợp (7,35%)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật + Trung bình + Ngắn nhất - dài nhất	8,24 ± 4,82 ngày 6 ngày - 34 ngày

Biến chứng sau mổ là 13,23% (9 trường hợp) chủ yếu là các biến chứng nhẹ như nhiễm trùng vết mổ. Có 3 trường hợp xi miệng nổi mức độ B (theo phân độ của International Study Group of Rectal Cancer năm 2010) và điều trị bảo tồn. Có 1 trường hợp phải phẫu thuật lại vì tắc ruột sớm sau mổ do ruột non chui qua lỗ mạc treo.

Mẫu bệnh phẩm được phân tích nhận thấy: chiều dài mẫu bệnh phẩm đạt được là 38,56 ± 8,20 cm (ngắn nhất 25 cm, dài nhất 45cm). Tất cả các trường hợp mặt cắt đạt được R0. Số hạch trung bình lấy được là 17,42 ± 4,52 hạch. Mẫu bệnh phẩm lấy được ít nhất là 12 hạch và nhiều nhất là 27 hạch. Có 36 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 52,94%) di căn hạch. Số lượng hạch di căn 4,02 ± 3,14 hạch. Trường hợp di căn hạch nhiều nhất là 20 hạch di căn. Khi phân tích tương quan giữa chiều dài bệnh phẩm và số hạch lấy được ta nhận thấy có mối tương quan giữa chiều dài bệnh phẩm và số hạch lấy được với  $p < 0,01$ . Chiều dài bệnh phẩm càng dài thì số lượng hạch lấy được càng nhiều (tương quan thuận giữa số lượng hạch và chiều dài bệnh phẩm, với hệ số tương quan  $R = 0,68 > 0,5$ ; tương quan Pearson). Tuy nhiên không có sự tương quan giữa số lượng hạch di căn và chiều dài bệnh phẩm ( $p = 0,341$ ).

Các bệnh nhân được theo dõi định kỳ 6 tháng sau phẫu thuật. Trong các bệnh nhân được theo dõi thì có 3 bệnh nhân tử vong vì bệnh lý tim mạch, 10 bệnh nhân không liên lạc được. Cả 13

bệnh nhân này sẽ được loại bỏ khỏi theo dõi kết quả lâu dài. Có 55 bệnh nhân được theo dõi kết quả lâu dài của phẫu thuật, thời gian theo dõi trung bình 23,08 ± 10,07 tháng (ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 39 tháng). Có 2 bệnh nhân tử vong do ung thư tiến triển (1 bệnh nhân ung thư đại tràng xuống giai đoạn IIIc tử vong do ung thư tiến triển di căn phổi vào tháng thứ 22 sau phẫu thuật, một bệnh nhân ung thư đại tràng sigma giai đoạn IIIc tử vong do ung thư tiến triển di căn gan vào tháng thứ 34 sau phẫu thuật).

**Bảng 3: Kết quả theo dõi bệnh nhân**

Thời gian theo dõi	Số bệnh nhân
Dưới 12 tháng	7 (12,7%)
Từ 12 đến 24 tháng	18 (32,7%)
Từ 24 tháng trở lên	30 (54,6%)
<b>Tỉ lệ tái phát</b>	
Không tái phát	48 (87,3%)
Di căn gan	4 (7,3%)
Di căn phổi	3 (5,5%)
<b>Tái phát theo giai đoạn</b>	
Giai đoạn I	0
Giai đoạn II	1 (1,8%)
Giai đoạn III	6 (10,9%)
<b>Tử vong</b>	2 (3,6%)

#### IV. BÀN LUẬN

Trong ung thư đại tràng, nhất là ở giai đoạn I – III, phẫu thuật vẫn giữ vai trò chính trong điều trị. Một kĩ thuật mới tương tự như cắt toàn bộ mạc treo trực tràng là cắt TBMTĐT được áp dụng và có kết quả khả quan.

Điểm mấu chốt của kĩ thuật CME là: (1) phẫu tích chính xác giữa 2 lớp của mạc Told, tránh làm rách lá tạng của mạc treo đại tràng; (2) cột mạch máu tận gốc; (3) lấy được số hạch tối ưu. Các điều này mang lại hai ưu điểm quan trọng về mặt ung thư học cho kĩ thuật CME: (1) cắt trọn nguyên khối khối u (en-bloc), tránh làm rách mạch máu và mạch bạch huyết làm giảm nguy cơ rơi vãi tế bào ung thư; (2) Lấy được lượng hạch tối ưu, điều này rất có lợi về mặt ung thư học trong trường hợp ung thư giai đoạn III. Ngoài ra khi phẫu tích đúng mặt phẳng giúp tránh làm tổn thương các cơ quan lân cận.

An toàn phẫu thuật là một yếu tố quan trọng góp phần vào việc chấp nhận kĩ thuật CME như một kĩ thuật tiêu chuẩn trong phẫu thuật ung thư đại tràng. Trong nghiên cứu của Yan<sup>[7]</sup> chỉ ra rằng các biến chứng sau mổ của nhóm CME thấp hơn so với nhóm cắt đại tràng không CME với tỉ lệ là 12,2% so với 17,3%, nghiên cứu của Gao<sup>[3]</sup> cũng không có sự khác biệt đáng kể về tỉ lệ biến chứng sau mổ giữa CME và phẫu thuật thông

thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ biến chứng sau mổ là 13,23%, chủ yếu là biến chứng nhẹ như nhiễm trùng nông vết mổ. Có 3 trường hợp xì miệng nổi mức độ B, các trường hợp này cũng điều trị nội khoa thành công mà không cần phẫu thuật lại. Chỉ có 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ do thoát vị ruột non qua lỗ mạc treo đại tràng mà không được khâu kín trong lần mổ đầu. bệnh nhân được phẫu thuật lại và đóng kín lỗ mạc treo.

Nạo vét hạch là yếu tố quan trọng trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng. Việc lấy được số lượng hạch lớn trong CME giúp giảm tỉ lệ tái phát và cải thiện tỉ lệ sống sót. West<sup>[6]</sup>, khi so sánh kỹ thuật CME thì đạt được mặt phẳng phẫu tích đúng chuẩn là 92% cao hơn so với kỹ thuật truyền thống tỉ lệ chỉ là 40% ( $p < 0.0001$ ). Gao<sup>[3]</sup> cũng chỉ ra rằng thực hiện kỹ thuật CME và CVL cho số lượng hạch lấy được nhiều hơn ( trung bình 24 so với 20) so với bệnh phẩm cắt đại tràng truyền thống.

Kết quả lâu dài của PTNS với kỹ thuật CME trong ung thư đại tràng trái vẫn còn tranh cãi. Các nhà phẫu thuật và giải phẫu bệnh đã đưa ra một số lý do: việc đánh giá giải phẫu bệnh không đầy đủ nên không thể phát hiện hết tất cả các di căn hạch bạch huyết. Rosenberg và cộng sự đã phát hiện ra tế bào khối u trong các hạch vùng của 51,8% bệnh nhân ung thư đại tràng âm tính với giải phẫu bệnh thường quy bằng cách sử dụng phản ứng chuỗi polymerase. Một giả thiết nữa được đặt ra là là tỷ lệ tử vong quan sát được với ung thư giai đoạn I và II là di căn bỏ qua hạch mạc treo mà tới hạch bạch huyết vùng đỉnh. Liang và cộng sự đã lập bản đồ hạch bạch huyết trên mẫu bệnh phẩm ghi nhận 18,2% bệnh nhân có tình trạng di căn bỏ qua hạch vùng. Các nghiên cứu khác cũng báo cáo rằng di căn bỏ qua hạch vùng có thể xảy ra ở khoảng 20% bệnh nhân.

Kết quả từ nghiên cứu dựa trên dân số với cỡ mẫu lớn nhất chỉ ra rằng CME đã cải thiện 4 năm tỉ lệ sống ở bệnh nhân giai đoạn II và III. Tuy nhiên Merkel chứng minh rằng CME đã cải thiện đáng kể tỉ lệ sống 5 năm liên quan đến ung thư giai đoạn III, nhưng không phải ở giai đoạn I và II. Nghiên cứu của Ueda<sup>[5]</sup> cho kết quả khá khả quan với tỉ lệ sống 5 năm không bệnh là 85,9% và 84,7% ở giai đoạn I-III. Yan<sup>[7]</sup> và cộng sự khi so sánh giữa 2 nhóm CME và phẫu thuật kinh điển đã cho ra kết luận về tỉ lệ sống 3 năm không bệnh là 77,1% ở nhóm CME với 63,8% ở nhóm không CME, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $P=0,038$ ). Điều này cũng cho thấy kỹ

thuật CME giúp cải thiện tỉ lệ sống không bệnh. Về việc theo dõi trung hạn trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ sống 3 năm không bệnh là 87,3%.

Hohenberger<sup>[4]</sup> và cộng sự lần đầu tiên mô tả kỹ thuật CME cho phẫu thuật ung thư đại tràng đã báo cáo kết quả lâu dài khá tuyệt vời với tỉ lệ sống 5 năm được cải thiện từ 82,1% lên đến 89,1% (giai đoạn 1 là 99,1%, giai đoạn 2 là 91,4%, giai đoạn 3 là 70,2%) và tỉ lệ tái phát giảm từ 6,5% xuống còn 3,6%. Nhiều báo cáo của các tác giả gần đây về kết quả lâu dài của kỹ thuật CME cũng cho kết quả lâu dài cải thiện thời gian sống và giảm tỉ lệ di căn<sup>[7]</sup>, <sup>[8]</sup>. Nghiên cứu của Yan<sup>[7]</sup> và nghiên cứu của Isaac Seow-En<sup>[8]</sup> ghi nhận kỹ thuật CME giúp nâng cao chất lượng bệnh phẩm và kết quả sống còn dài hạn của bệnh nhân bị ung thư đại tràng. Nghiên cứu của Ueda<sup>[5]</sup> và của tác giả Bracale<sup>[1]</sup> cho tỉ lệ tái phát trong thời gian theo dõi lần lượt là 11,1% và 11,6%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tái phát là 12.8% gồm 7.3% trường hợp di căn gan và 5.5% trường hợp di căn phổi. Không ghi nhận trường hợp nào có ung thư tái phát tại chỗ. Nhân lưỡng động là yếu tố quan trọng trong xác định tiên lượng. Galizia<sup>[2]</sup> và cộng sự ghi nhận ở nhóm ung thư giai đoạn III không ghi nhận di căn hạch, có 20% bệnh nhân trong nhóm thực hiện CME và 5% bệnh nhân trong nhóm không thực hiện CME có nhân lưỡng động. Ngoài ra, số lượng nhân lưỡng động cao hơn đáng kể ở nhóm thực hiện CME, cho thấy sự cắt bỏ lớp mạc treo đại tràng rộng hơn và thắt mạch máu ở xa khối u hơn so với nhóm không cắt TBMTĐT.

## V. KẾT LUẬN

Qua bước đầu nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) trong PTNS cắt đại tràng trái do ung thư là an toàn và khả thi về mặt ung thư học. Tuy nhiên, phẫu thuật cần có những hiểu biết rõ về mặt giải phẫu học và kỹ năng phẫu thuật để tránh làm tổn thương các cơ quan khác cũng như đảm bảo về mặt ung thư học. Cần có những nghiên cứu với số lượng mẫu lớn để đánh giá hiệu quả hơn vai trò của kỹ thuật CME.

**Lời cảm ơn:** Nghiên cứu được tài trợ bởi Đại Học Quốc Gia Tp.HCM trong khuôn khổ đề tài mã số C2020-44-07.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bracale U, Merola G, Pignata G, Corcione F, et al, (2020), "Laparoscopic resection with complete mesocolic excision for splenic flexure cancer: long-term follow-up data from a multicenter retrospective study", *Surg Endosc*, 34 (7), pp. 2954-2962.

2. Galizia G, Lieto E, De Vita F, Ferraraccio F, et al, (2014), "Is complete mesocolic excision with central vascular ligation safe and effective in the surgical treatment of right-sided colon cancers? A prospective study", *Int J Colorectal Dis*, 29 (1), pp. 89-97.
3. Gao Z, Wang C, Cui Y, Shen Z, et al, (2020), "Efficacy and Safety of Complete Mesocolic Excision in Patients With Colon Cancer: Three-year Results From a Prospective, Nonrandomized, Double-blind, Controlled Trial", *Ann Surg*, 271 (3), pp. 519-526.
4. Hohenberger W, Weber K, Matzel K, Papadopoulos T, et al, (2009), "Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome", *Colorectal Dis*, 11 (4), pp. 354-364; discussion 364-355.
5. Ueda K, Daito K, Ushijima H, Yane Y, et al, (2022), "Laparoscopic complete mesocolic excision with central vascular ligation for splenic flexure colon cancer: short- and long-term outcomes", *Surg Endosc*, 36 (4), pp. 2661-2670.
6. West N P, Hohenberger W, Weber K, Perrakis A, et al, (2010), "Complete mesocolic excision with central vascular ligation produces an oncologically superior specimen compared with standard surgery for carcinoma of the colon", *J Clin Oncol*, 28 (2), pp. 272-278.
7. Yan D, Yang X, Duan Y, Zhang W, et al, (2020), "Comparison of laparoscopic complete mesocolic excision and traditional radical operation for colon cancer in the treatment of stage III colon cancer", *J buon*, 25 (1), pp. 220-226.
8. Seow-En I, Tzu-Liang Chen W, (2022), "Complete mesocolic excision with central venous ligation/D3 lymphadenectomy for colon cancer – A comprehensive review of the evidence", *Surgical Oncology*, pp. 101755.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH 64 DẪY TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN T UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Văn Đàn<sup>1</sup>, Đặng Vĩnh Hiệp<sup>2</sup>, Phùng Anh Tuấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả hình ảnh, xác định giá trị của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy trong đánh giá tính chất xâm lấn của ung thư dạ dày. **Đối tượng và phương pháp:** 35 bệnh nhân (BN) chẩn đoán xác định ung thư dạ dày (UTDD) bằng nội soi sinh thiết được đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật bằng CLVT 64 dãy, sau đó được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2021 đến 1/2022. **Kết quả:** Vị trí u hay gặp nhất ở 1/3 dưới 77,1%. Chiều dài u 53,9 ± 19,3 mm, dày 17,3 ± 7,7 mm. Độ chính xác chung của CLVT chẩn đoán giai đoạn T là 62,9%. Chẩn đoán giai đoạn T1: Se 100%, Sp 96,5%, Acc 97,2%; giai đoạn T2: Se 25%, Sp 93,5%, Acc 85,6%; giai đoạn T3: Se 66,7%, Sp 68,9%, Acc 68,5%; giai đoạn T4: Se 57,9%, Sp 93,8%, Acc 74,2%. **Kết luận:** CLVT 64 dãy có giá trị trong đánh giá mức độ xâm lấn của khối UTDD. **Từ khóa:** ung thư dạ dày, cắt lớp vi tính, giai đoạn, độ chính xác.

### SUMMARY

#### IMAGING CHARACTERISTICS AND THE VALUE OF 64-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY IN T-STAGING OF GASTRIC CANCER

**Objectives:** The aim of this study is to describe imaging and assess the value of 64-slice CT in T staging of gastric cancer. **Subjects and methods:** From January 2021 to January 2022, 35 patients

confirmed with gastric cancer by endoscopic biopsy underwent preoperative staging with 64-slice computed tomography followed by radical surgical treatment at 103 Military Hospital. **Results:** Tumors were found most commonly in antrum. The tumor size was 53.9 ± 19.3 mm in length and 17.3 ± 7.7 mm in thickness. The overall diagnostic accuracy of the T staging was 62.9%. The stage-specific sensitivity, specificity and accuracy for T staging of gastric cancers were Se 100%, Sp 96.5%, Acc 97.2% for T1, Se 25%, Sp 93.5%, Acc 85.6% for T2, Se 66.7%, Sp 68.9%, Acc 68.5% for T3, and Se 57.9%, Sp 93.8%, Acc 74.2% for T4. **Conclusion:** 64-slice CT is a useful modality in the T staging of gastric cancer.

**Keywords:** Gastric cancer, Computed tomography, staging, Accuracy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư thường gặp thứ 5 trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong thường gặp thứ 4 do ung thư [3]. UTDD là loại u ác tính thường gặp nhất trong các ung thư đường tiêu hóa. Đánh giá mức độ xâm lấn của khối UTDD là một yếu tố quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh nhân (BN) trước phẫu thuật. Nguy cơ tử vong tăng lên gấp 3 lần ở những BN giai đoạn T4 so với những BN giai đoạn T1 [4]. Có nhiều phương pháp đánh giá mức độ xâm lấn của khối UTDD, trong đó CLVT đa dãy là phương tiện hiện nay đang được sử dụng rộng rãi. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu sử dụng máy CLVT 16, 64 và 128 dãy đánh giá mức độ xâm lấn của khối UTDD. Ở Việt Nam hiện nay máy

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đàn  
Email: nguyenvandan95dhv@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022