

# PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN DẠ DÀY

TS.BS ĐỖ MINH HÙNG

## 1. ĐÔI NÉT VỀ LỊCH SỬ

➤ 1874-1876: Billroth, Gussenbauer, Winiwarter → cắt DD, nối B1 hoặc B2 trên chó.  
1876: Verneuil mở DD ra da thành công ở người. 1879: Péan lần đầu tiên cắt DD vì K (tử vong HP1). 1880: Rydygier lần thứ 2 cắt DD nhưng thất bại. 1881: Billroth, Wölfler lần đầu tiên cắt DD thành công ở người

➤ 1987 Mouret, TM b.lý. Từ thời điểm đó PTNS TQ phát triển mạnh mẽ:...

➤ 1992: Goh; cắt phần thấp DD nối B<sub>II</sub>/PTNS cho loét mãn lành tính. 1993, Azagra: cắt phần xa DD nối B<sub>II</sub>/PTNS / K và là người đầu tiên cắt toàn phần DD/PTNS. Cắt phần xa DD/PTNS hỗ trợ /B<sub>I</sub>/K:1991, Kitano.

## 2. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

- Loét mãn tính, xuất huyết (cắt bán phần DD)
- U tân sinh ở nông (cắt bờ); U lành (leiomyoma, adenoma, angiodysplasia...) (cắt bờ)
- U ác tính (cắt bán, toàn phần nạo hạch)

## 3. CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT CHO K DẠ DÀY

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày điều trị ung thư ngày càng được thực hiện rộng rãi hơn ở các nước Châu Á đặc biệt là Nhật, Hàn Quốc, Trung Quốc. Cắt dạ dày kèm nạo vét hạch bạch huyết của Nhóm 1 và 2 (D2) là các phẫu thuật tiêu chuẩn cho ung thư dạ dày theo Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản (JGCA, 1998). Tuy nhiên, không có sự đồng thuận về việc nạo vét hạch D2 với cắt dạ dày nội soi ổ bụng. Kỹ thuật này được chỉ định cho những ung thư giai đoạn sớm. Với những ung thư giai đoạn muộn ( cho tới giai đoạn IIIA, ≤ T4a), phẫu thuật nội soi còn ở giai đoạn nghiên cứu thăm dò.

Anatomic Stage/Prognostic Groups

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1	N0	M0
Stage IB	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
Stage IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
Stage IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
Stage IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
	T1	N3	M0
Stage IIIB	T4b	N0	M0
	T4b	N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
Stage IIIC	T4b	N2	M0
	T4b	N3	M0
	T4a	N3	M0
	T4a	N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

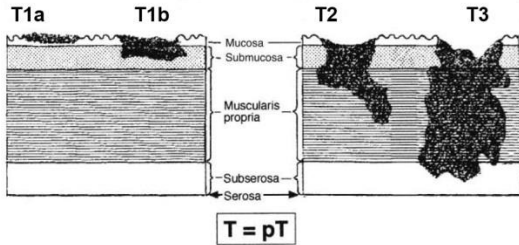
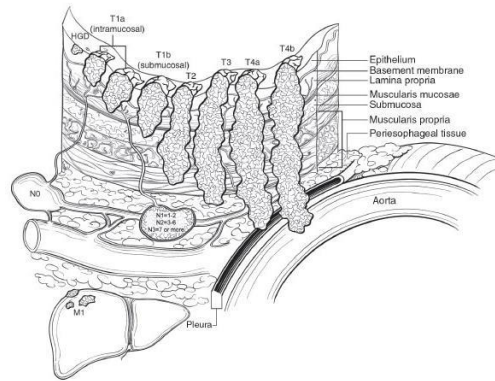
**PHÂN LOẠI TNM** Hiện nay, việc đánh giá giai đoạn TNM đã thống nhất vào 2010 giữa UICC.7, AJCC.7, và JGCA.3.

### A. U nguyên phát

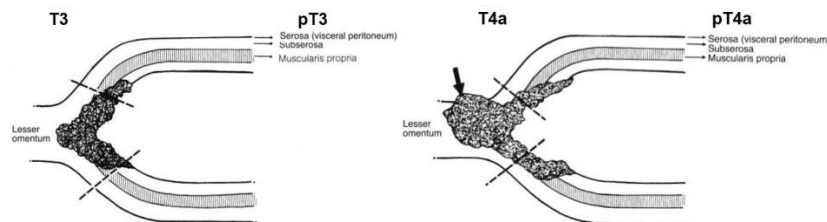
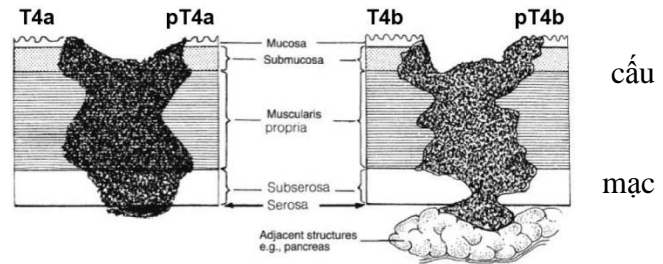
- TX: không đánh giá được u nguyên phát
- T0: không có dấu hiệu của u nguyên phát

- Tis: K biểu mô tại chỗ, chưa xâm lấn màng đáy
- T1 : u xâm lấn lớp mô đệm, cơ niêm, hoặc dưới niêm
  - T1a: u xâm lấn lớp mô đệm hoặc cơ niêm
  - T1b: u xâm lấn lớp dưới niêm

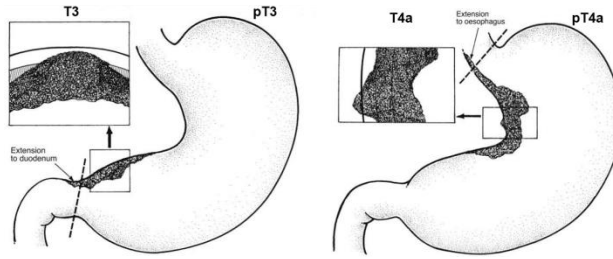
Figure 10.5



- T2 : u xâm lấn lớp cơ riêng \*
- T3 : u xâm lấn vào lớp mô liên kết dưới thanh mạc mà không xâm lấn phúc mạc tạng hoặc cấu trúc kế cận\*\*,\*\*\*
- T4 : u xâm lấn thanh mạc (PM tạng) or cấu trúc kế cận\*\*,\*\*\*
  - T4a: u xâm lấn thanh mạc (phúc tạng)
  - T4b: u xâm lấn cấu trúc lân cận
- \* u xâm lấn lớp cơ riêng (T2) nhưng lan qua DC vị gan hoặc vị kết, hoặc vào mạc nối lớn, bé mà không ăn qua PM tạng che phủ các cấu trúc này → T3. Nếu ăn xuyên qua PM tạng che các DC DD hoặc mạc nối → T4



- \*\* cấu trúc kế cận DD: lách, ĐT ngang, gan, cơ hoành, tụy, thành bụng, tuyến TT, thận, RN, và sau PM
- \*\*\*ăn trong lòng tới tá tràng hoặc TQ được xếp loại theo chiều sâu của u ăn lan to nhất trong bất kỳ vị trí nào của TT, TQ, và DD



**B. Hạch vùng:** dựa vào số hạch bị di căn trên vi thể

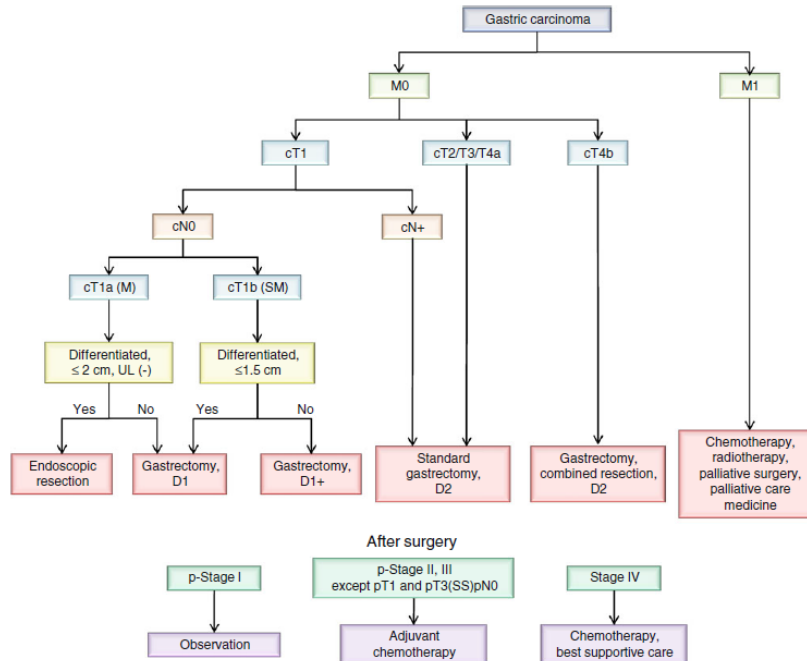
- NX: không đánh giá được
- N0: không có di căn hạch vùng\*
- N1: di căn 1 – 2 hạch vùng
- N2: di căn 3 – 6 hạch vùng
- N3:  $\geq 7$  hạch vùng
  - N3a: 7-15 hạch vùng
  - N3b:  $\geq 16$  hạch vùng

\* pN0 nên được dùng nếu tất cả hạch vùng được kiểm tra âm tính, bất chấp tổng số được lấy đi và xét nghiệm

**C. Di căn xa (M):**

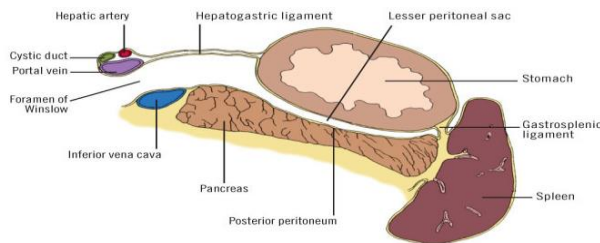
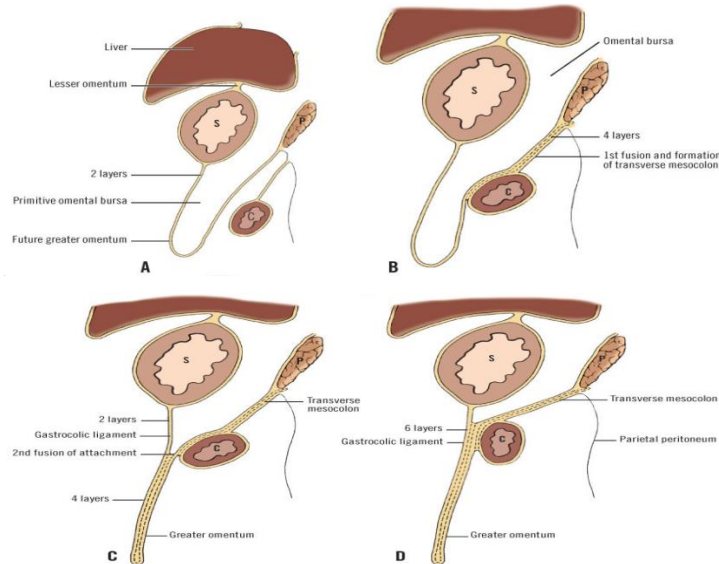
- M0: không có di căn xa
- M1: có di căn xa (trong phiên bản của JGCA.3 có Mx: không xác định)

**HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ THEO JGAC.3**



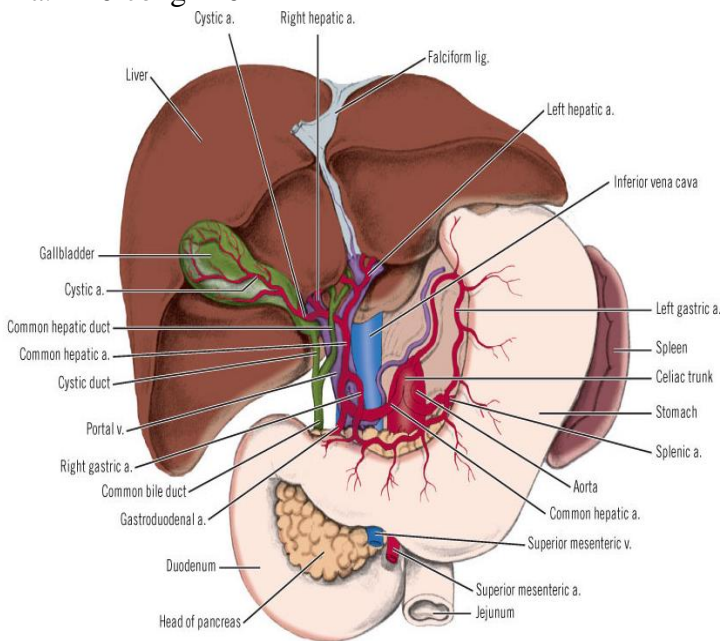
# 4. GIẢI PHẪU PHẪU THUẬT

## A. CẤU TRÚC LIÊN QUAN

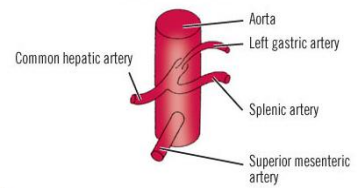


## B. MẠCH MÁU - THẦN KINH - HẠCH BẠCH HUYẾT QUANH DẠ DÀY

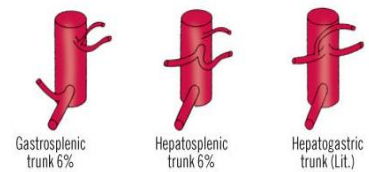
### a. Bờ cong nhỏ



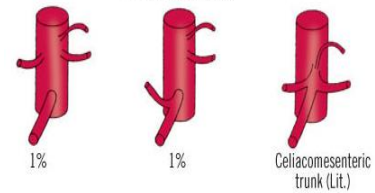
3 main branches: 86%



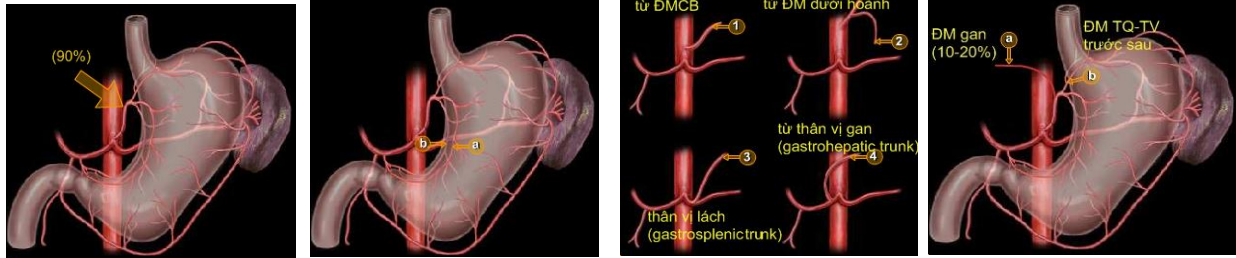
2 main branches: 12%



No celiac trunk: 2%

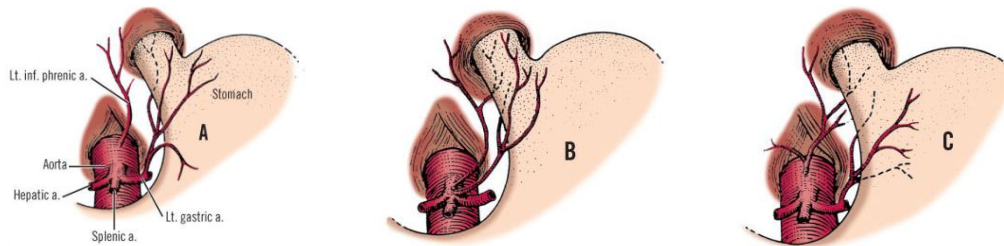


➤ Động mạch vị trái

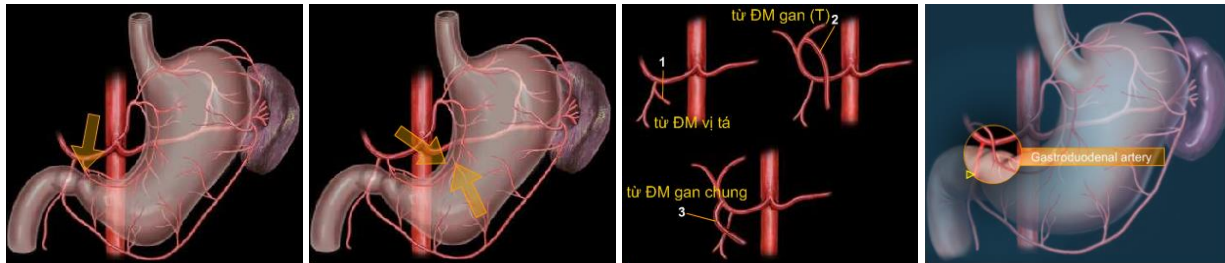


Vùng tâm vị thực quản

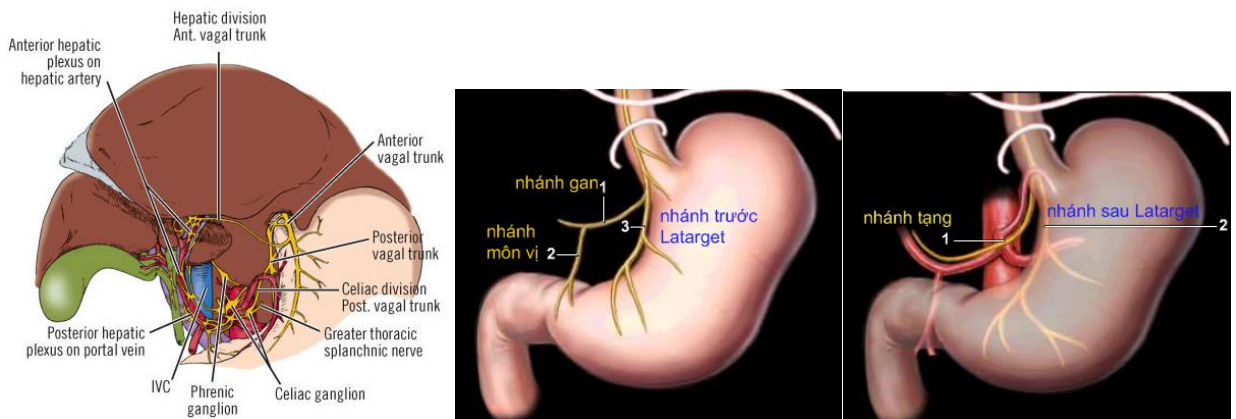
- A: ĐM hoành dưới cấp máu cho bờ lõm hoành. Các nhánh TQ của ĐM vị trái cấp máu cho TQ bụng và qua lỗ hoành nối với các nhánh TQ ngực
- B: các nhánh hoành dưới và vị trái cấp máu cho TQ bụng mà không có thông nối với ngực
- C: ĐM hoành dưới cấp máu cho TQ bụng và thông nối với với các nhánh ở ngực (hiếm)



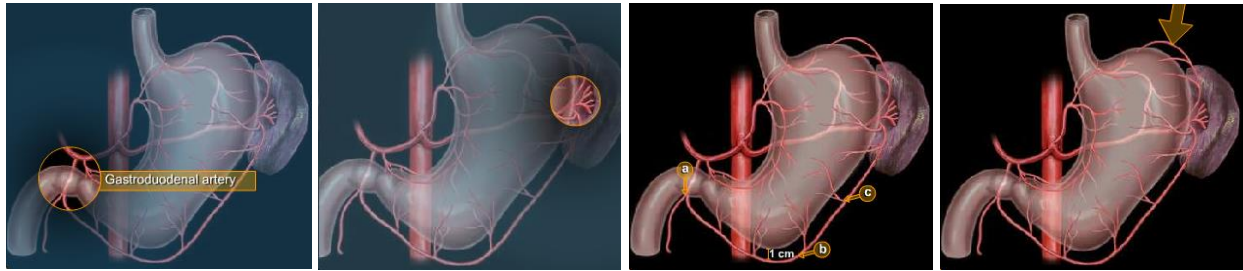
➤ Động mạch vị phải



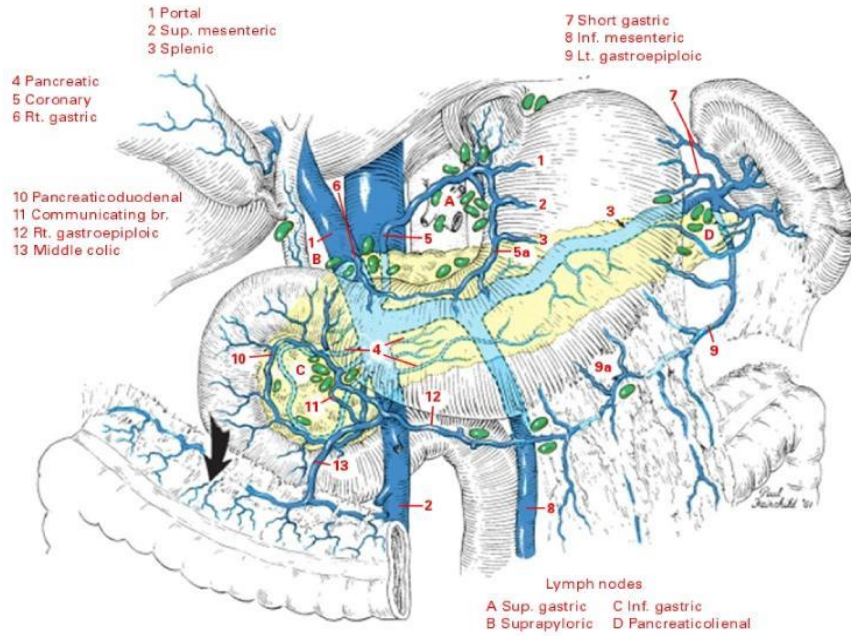
➤ Thần kinh X



## b. Bờ cong lớn

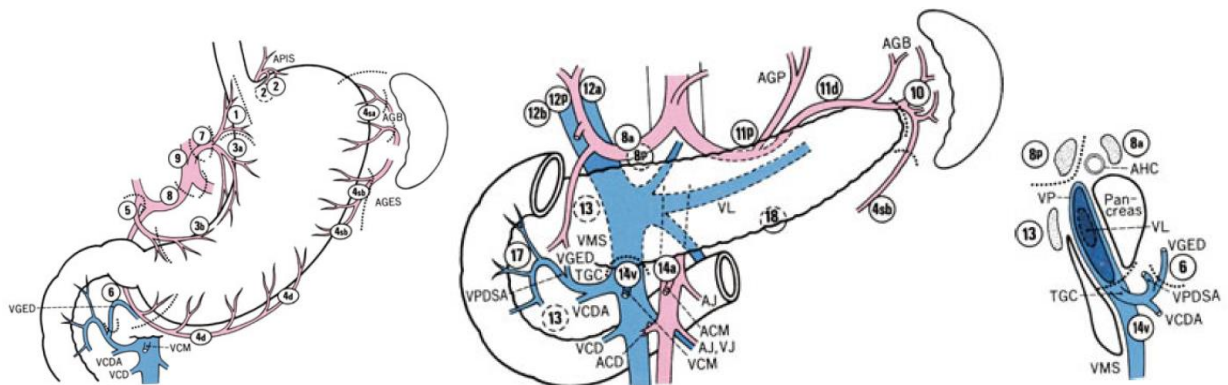


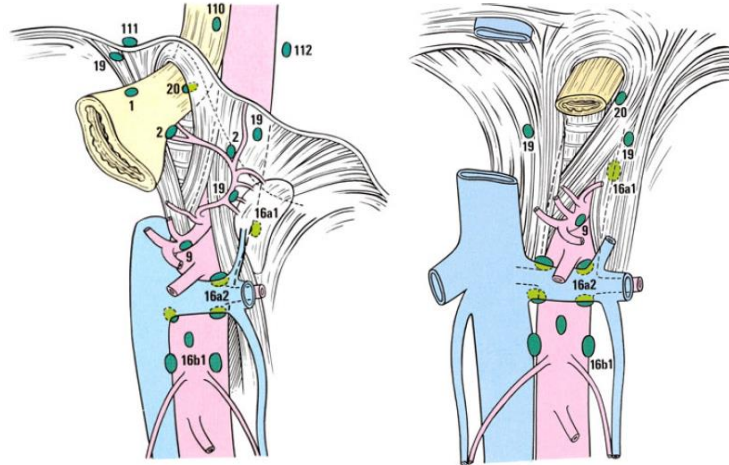
## c. Tĩnh mạch



## d. Hạch bạch huyết

Theo JGAC, phân chia hạch bạch huyết quanh dạ dày như sau:





## 5. KỸ THUẬT PTNS HỖ TRỢ CẮT BÁN PHẦN XA DẠ DÀY CHO UNG THƯ DẠ DÀY

### A. Hướng dẫn nạo vét hạch cho phẫu thuật cắt bán phần xa dạ dày theo JGAC.3 (2010)

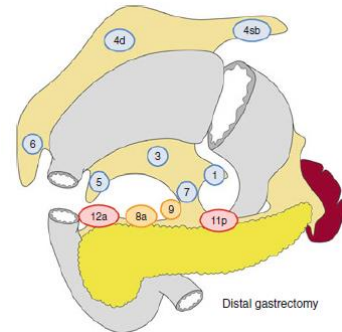
D0: nạo vét hạch ít hơn D1

D1: nạo vét hạch nhóm 1, 3, 4sb, 4d, 5, 6, 7 (phiên bản JGAC.2 là D1+ $\alpha$ )

D1+: D1 + 8a, 9 (JGAC.2 là D1+ $\beta$ )

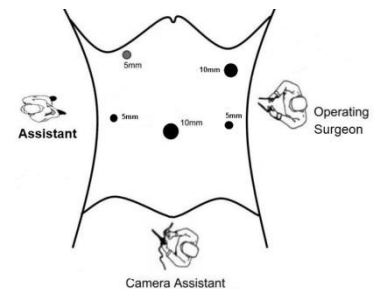
D2: D1 + 8a, 9, 11p, 12a

Trong phiên bản này, chỉ nạo vét hạch 14v khi có di căn hạch số 6.



### B. Tư thế BN – Ê kíp phẫu thuật – Vị trí trocar

Có nhiều cách lựa chọn vị trí phẫu thuật của phẫu thuật viên, tuy nhiên chúng tôi thường chọn cách tiếp cận bên trái như hình. Vị trí trocar 5mm ở HSP dung để vén gan có thể không cần khi sử dụng kỹ thuật vén gan của Tanigawa. Bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao, dạng 2 chân. Phẫu thuật viên bên trái bệnh nhân. Chúng



tôi sử dụng 4 trocars. 1 trocar 10-mm ở rốn cho camera, 1 trocar 10-mm ở hạ sườn trái, đường trung đòn, 2 trocars 5-mm ở đường nách trước phải và trái ở mức ngang rốn.

### C. Các bước phẫu thuật

a. Cắt mạc nối lớn từ giữa sang phải, sang trái lấy n.4sb; 4d; chúng tôi cắt lên đến qua khỏi cực trên lách (n.4sa) để dễ dàng lấy dạ dày mang bướu ra ngoài thực hiện cắt nối. Chú ý tránh làm tổn thương đại tràng ngang do nhiệt. Cần thận cầm máu khi cắt các mạch máu vị ngấn.



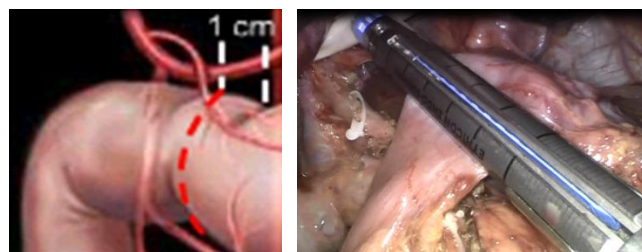
b. Xử lý mm vị mạc nối phải và n.6: Cần phẫu tích mặt sau hang vị tá tràng ở đầu tụy, thấy được mạch máu vị tá tràng để kẹp, cắt động mạch vị mạc nối phải sát gốc. Phẫu tích lấy tĩnh mạch vị mạc nối phải sát gốc.



c. Phẫu tích ĐM gan riêng và n.12a và 5: khi phẫu tích vùng này cần hết sức cẩn trọng, tỉ mỉ để tránh tổn thương động mạch gan riêng, ống mật chủ, đặc biệt là tĩnh mạch cửa trong trường hợp vết hạch 12P. Sau khi phẫu tích lấy nhóm 12a, phẫu tích kẹp, cắt mm vị phải sát gốc. Để phẫu tích vùng này được dễ dàng, cần phải vén gan trái thật tốt. Chúng tôi thường dung kỹ thuật của Kanigawa



d. Cắt tá tràng: thường cắt dưới môn vị 1cm. Chúng tôi thường sử dụng stapler Echelon-60 với reload màu green vừa đủ với độ dày mô. Trong trường hợp bệnh nhân không đủ điều kiện tài chính để sử dụng stapler, chúng tôi tiếp tục nạo vét hạch cho đến thì mổ hở thì sẽ cắt tá tràng bằng kỹ thuật như mổ mở.





e. Phẫu tích ĐM lách, gan thân tạng n.11p, 8, 9: Chúng tôi thường phẫu tích ĐM lách trước vì ít có mạch máu nhỏ, bạch mạch ở đây, phẫu trường sẽ sạch hơn. Tiếp tục, chúng tôi phẫu tích ĐM vị trái để lấy nhóm hạch số 7. Khi phẫu tích vùng này xong sẽ thấy được dấu hiệu “Mercedes”. Chú ý rằng, một số trường hợp động mạch gan trái xuất phát từ động mạch vị trái nên phải phẫu tích thật kỹ ĐM này trước khi cắt tận gốc. Động mạch vị trái là mm lớn nên cần kẹp với hemo-lock cẩn thận.



f. Nạo n.1, 3: đi dọc theo cột trụ hoành phải lên thực quản dạ dày, tiếp tục phẫu tích dọc phía bờ cong nhỏ để lấy hết nhóm hạch 1, 3.

g. Cắt da dày và nối vị tràng: Chúng tôi thường thực hiện mổ đường mổ nhỏ khoảng 5cm, lấy dạ dày mang u ra ngoài để thực hiện cắt, nối vị tràng.



h. Dẫn lưu dưới gan trong tất cả các trường hợp

i. Khảo sát sang thương đại thể, đếm số hạch nạo được để gửi làm giải phẫu bệnh.

## 6. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày nạo hạch có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trong với một ê kíp phẫu thuật có kinh nghiệm, đã thực hiện được các phẫu thuật cơ bản, nâng cao vì đây là một phẫu thuật đòi hỏi kỹ năng cao, phẫu tích tỉ mỉ, tính kiên nhẫn và nắm vững kiến thức về cấu trúc giải phẫu.