

# Kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch điều trị ung thư biểu mô dạ dày

Quách Văn Kiên<sup>1,2</sup>, Phạm Hoàng Hà<sup>1,3</sup>, Nguyễn Xuân Hòa<sup>1</sup>, Vũ Đức Thịnh<sup>1,2</sup>, Trần Minh Hiếu<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Tâm<sup>1</sup>

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Trường Đại học Y Hà Nội, 3. Trường Đại học Y dược, ĐHQGHN

## Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Thị Thanh Tâm,  
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức  
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội  
Điện thoại: 0904 838 099  
Email: dragneelnatsu211@gmail.com

**Ngày nhận bài: 27/8/2024**

**Ngày chấp nhận đăng:**

**28/11/2024**

**Ngày xuất bản: 28/3/2025**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Ung thư dạ dày (UTDD) là bệnh ác tính phổ biến, một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Hiện nay, các nghiên cứu về đặc điểm di căn hạch, kỹ thuật nạo vét hạch, các giới hạn đường cắt dạ dày, hóa xạ trị, điều trị đích đã góp phần nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện tiên lượng sống cho người bệnh (NB) UTDD. Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn là phương pháp chính điều trị UTDD. Trong đó, cắt dạ dày kèm nạo vét hạch nội soi đã trở thành một hướng đi mới, ngày càng được sử dụng ở nhiều nơi trên thế giới và được chứng minh là an toàn, có tiên lượng sống tương đương mổ mở.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 132 người bệnh UTDD được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2; nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

**Kết quả:** Tuổi trung bình:  $61,17 \pm 11,50$ ; nam/nữ: 1,69/1; Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa hay gặp nhất (47,7%); vị trí ung thư chủ yếu ở bờ cong nhỏ (37,9%) và hang vị (37,1%); Xâm lấn tại chỗ Tis, T1, T2, T3, T4 lần lượt là 3,0%, 51,5%, 10,6%, 18,9%, 15,9%; tỉ lệ di căn hạch vùng N0, N1, N2, N3 lần lượt là 73,5%, 8,3%, 5,3%, 12,9%; Di căn hạch nhóm Tis-T1 là 6,9%. Giai đoạn 2019 – 2023 có số lượng hạch nạo vét tăng đáng kể so với giai đoạn 2016 – 2018. 84,1% PTNS với đường mổ nhỏ, 15,9% PTNS hoàn toàn với MN trong cơ thể. Tỷ lệ MN Finsterer, Roux – en – Y, Péan tương ứng là 97,7%, 1,5%, 0,8%; thời gian mổ trung bình là  $192,8 \pm 41,0$  phút, thời gian mổ nội soi hoàn toàn với miệng nối bằng máy là ngắn nhất và miệng nối bằng tay là dài nhất; 0,8 % NB có biến chứng rò miệng nối; thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,9 ngày. Thời gian sống thêm trung bình là  $77,75 \pm 3,12$  tháng, thời gian sống thêm sau 5 năm của Tis+T1, T2, T3, T4 (tháng) tương ứng 87,83; 72,11; 70,53; 53,96 tháng. N(-), N(+) tương ứng là 82,28 và 60,04 tháng.

**Kết luận:** PTNS cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 có nhiều kỹ thuật cắt nối cho kết quả tương tự nhau, an toàn, thẩm mỹ với đường mổ

nhỏ, biến chứng sau mổ thấp và có thời gian sống thêm toàn bộ tương đương với mổ mở. Chỉ định cắt hết khối u nông (Tis-T1) qua nội soi dạ dày cần cân nhắc kỹ lưỡng.

*Từ khóa:* ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2.

## Results of laparoscopic distal gastrectomy with lymph node dissection for gastric cancer

Quach Van Kien<sup>1,2</sup>, Pham Hoang Ha<sup>1,3</sup>, Nguyen Xuan Hoa<sup>1</sup>, Vu Đức Thịnh<sup>1,2</sup>, Tran Minh Hieu<sup>1</sup>, Nguyen Thi Thanh Tam<sup>1</sup>

1. Viet Duc University Hospital, 2. Hanoi Medical University, 3. University of Medicine and Pharmacy, VNU

### Abstract

*Introduction:* Gastric cancer (GC) is a common cancer, one of the leading causes of death in the world. Currently, many researches on the characteristics of lymph node metastasis, lymph node dissection techniques, gastric bypass resection margin (RM) limits, chemotherapy and radiotherapy, and targeted therapy have contributed to improving the quality of treatment as well as prognosis for GC. However, surgery is still the main method for treating GC. Among numerous surgical techniques, gastrectomy with endoscopic lymphadenectomy has become a new direction, increasingly applied in the world which has been proven to be safe and a survival prognosis comparable to open surgery.

*Patients and Methods:* 132 patients with GC underwent laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy were enrolled in the retrospective descriptive study.

*Results:* The average age was  $61.17 \pm 11.50$  (31 – 87 years); the male/female ratio was 1.69/1; the most common postoperative histopathology results was poorly differentiated adenocarcinoma (47.7%); the main cancer locations were the lesser curvature (37.9%) and the antrum (37.1%); the rates of local invasion Tis, T1, T2, T3, T4 were 3.0%, 51.5%, 10.6%, 18.9%, 15.9%, respectively; the rates of regional lymph node metastasis N0, N1, N2, N3 were 73.5%, 8.3%, 5.3%, 12.9%, respectively; the rate of lymph node metastasis in the Tis-T1 group was 6.9%. The number of dissected lymph nodes during the period of 2019 – 2023 had a significant increase in comparison with the 2016 – 2018 period. 84.1% laparoscopic with small incisions, 15.9% totally laparoscopic with intracorporeal anastomosis. The rates of Finsterer, Roux-en-Y, and Péan anastomosis were 97.7%, 1.5%, and 0.8%, respectively; the average surgical time was  $192.8 \pm 41.0$  minutes, the time of totally laparoscopic with mechanical anastomosis was the shortest and the time of manual anastomosis was the longest; 0.8% of patients had anastomotic leak; the average postoperative hospital stay was 7.9 days. The average survival time was  $77.75 \pm 3.12$  months, the 5-year survival time of Tis+T1, T2, T3, T4 was 87.83 months, 72.11 months, 70.53 months, 53.96 months, N(-), N(+) was 82.28 months and 60.04 months accordingly.

**Conclusions:** Laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy by many resection and anastomosis techniques has similar results, safety, aesthetics with small incisions, low postoperative complications and overall survival time equivalent to open surgery. Indications for endoscopic resection of superficial tumors (Tis-T1) need to be carefully considered.

**Keywords:** gastric cancer, laparoscopic distal gastrectomy, D2 lymphadenectomy.

## Đặt vấn đề

Ung thư dạ dày là bệnh ác tính phổ biến, một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Hiện nay, điều trị ung thư dạ dày đã có nhiều tiến bộ. Các nghiên cứu về hệ thống bạch huyết, đặc điểm di căn hạch của UTDD, các giới hạn đường cắt dạ dày, kỹ thuật nạo vét hạch, điều trị hóa chất xạ trị trước và sau mổ, điều trị đích đã có những giá trị thiết thực góp phần nâng cao chất lượng điều trị và cải thiện tiên lượng, kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh (NB). Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn là phương pháp chính điều trị ung thư dạ dày.

Sau khi Kitano áp dụng thành công PTNS cắt dạ dày do ung thư năm 1991 [1], PTNS cắt dạ dày, nạo vét hạch đã trở thành một hướng đi mới, ngày càng được sử dụng ở nhiều nơi trên thế giới và được chứng minh là an toàn, đảm bảo tính triệt căn và tiên lượng sống tương đương mổ mở [2]. Có nhiều phương pháp lập lại lưu thông đã được áp dụng gồm nối Pean, Finsterer và Roux – en – Y. Miệng nối có thể được thực hiện bằng tay hoặc bằng máy, qua đường mổ nhỏ hoặc hoàn toàn trong cơ thể.

Tại Việt Nam, rất nhiều bệnh viện đã áp dụng thành công PTNS cắt dạ dày và cũng đã có nhiều nghiên cứu về kết quả điều trị ung thư dạ dày bằng PTNS. Tuy nhiên, kết quả giữa các nghiên cứu vẫn có nhiều sự khác biệt. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với nhằm đánh giá kết quả PTNS cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 của người bệnh ung thư biểu mô dạ dày tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Việt Đức.

## Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

**Địa điểm, thời gian nghiên cứu:** Khoa Phẫu thuật tiêu hóa bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2023.

**Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 132 NB UTDD được PTNS cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2.

Tiêu chuẩn chọn lựa: NB được chẩn đoán xác định ung thư vùng hang môn vị dạ dày bằng nội soi (NS) và sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô (UTBM). NB được PTNS cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2. Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: UTDD tái phát, UTDD không thuộc biểu mô, ung thư nơi khác di căn vào dạ dày. NB có bệnh lý nội khoa (hô hấp, tim mạch...) không có khả năng thực hiện PTNS.

### Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Lấy tất cả những hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Các chỉ số NC: Tuổi, giới. Kết quả phẫu thuật: Giải phẫu bệnh, vị trí u, độ xâm lấn, di căn hạch, số hạch vét được, loại miệng nối (MN), thời gian (TG) phẫu thuật, TG nằm viện sau mổ, tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật, TG sống thêm sau mổ theo phương pháp Kaplan-Meier.

Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm thống kê SPSS 20.0.

**Kết quả nghiên cứu**

**Đặc điểm chung**

Tuổi trung bình là 61,17 ± 11,50 tuổi. 95% người bệnh có tuổi từ 59,19 – 63,65. Tỷ lệ nam/nữ là

1,69/1. Tuổi trung bình của nam là 60,60 ± 11,94 tuổi, nữ là 62,14 ± 10,76 tuổi.

**Kết quả phẫu thuật**

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật

	Đặc điểm	Số NB	Tỷ lệ (%)		
<b>Loại miệng nối</b>	Finsterer	Trước mạc treo đại tràng ngang	78	59,1	
		Qua mạc treo đại tràng ngang	51	38,6	
		Roux – en – Y	2	1,5	
		Péan	1	0,8	
<b>Chiều dài vết mổ (cm)</b>		Nội soi có mổ nhỏ dưới mũi ức	111	84,1	5,22 ± 0,71
	NS hoàn toàn	Mổ nhỏ quanh rốn	12	9,1	4,42 ± 0,79
		Mổ nhỏ trên xương mu	9	6,8	4,11 ± 0,33
		<b>Tổng</b>	132	100,0	5,07 ± 0,77
<b>Thời gian mổ (phút)</b>		Nội soi có mổ nhỏ	111	84,1	193,4 ± 40,8 (120-300)
	NS hoàn toàn	Miệng nối bằng tay	12	9,1	210,8 ± 42,1 (150-260)
		Miệng nối bằng máy	9	6,8	161,1 ± 23,2 (120-200)
		<b>Tổng (P = 0,016)</b>	132	100,0	192,8 ± 41,0 (120-300)
<b>Tai biến trong mổ</b>		Mất máu trong mổ	4	3,0	
		Rách thanh mạc ruột non	2	1,5	
<b>Biến chứng sau mổ</b>		Nhiễm khuẩn vết mổ	5	3,8	
		Tắc ruột sớm sau mổ	1	0,8	
		Áp xe dưới hoành	1	0,8	
		Viêm phổi	1	0,8	
		<b>Rò miệng nối</b>	1	0,8	
<b>Kết quả sớm</b>		TG bắt đầu ăn đường miệng (ngày)		4,5 ± 1,5 (2-11)	
		TG nằm viện sau mổ (ngày)		7,9 ± 1,6 (5-13)	

Bảng 2. Giải phẫu bệnh sau mổ

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)		
<b>Kích thước u (cm)</b>	> 2cm	88	66,7	Trung bình 3,04 ± 1,56	
	≤ 2cm	44	33,3		
<b>Di căn hạch vùng</b>	N0	97	73,5		
	N1	11	8,3		
	N2	7	5,3		
	N3	17	12,9		
	<b>Số hạch di căn (hạch)</b>	1,70 ± 3,99		0 – 22	
<b>Số hạch nạo vét (hạch)</b>	Năm 2016 – 2018	13,24 ± 7,47		3 – 29	
	Năm 2019 – 2023	20,20 ± 8,44		5 – 46	
	Tổng	17,51 ± 8,74		3 – 46	
					N (-)
<b>Mức độ xâm lấn (P=0,000)</b>	Tis – T1	72	54,5	93,1	6,9
	T2	14	10,6	85,7	14,3
	T3	25	18,9	36,0	64,0
	T4	21	15,9	42,9	57,1
<b>Mô bệnh học (P=0,026)</b>	UTBM tuyến biệt hóa cao	12	9,1	100,0	0,0
	UTBM tuyến biệt hóa vừa	31	23,5	83,9	16,1
	UTBM tuyến kém biệt hóa	63	47,7	63,5	36,5
	UTBM tế bào nhẵn	26	19,7	73,1	26,9

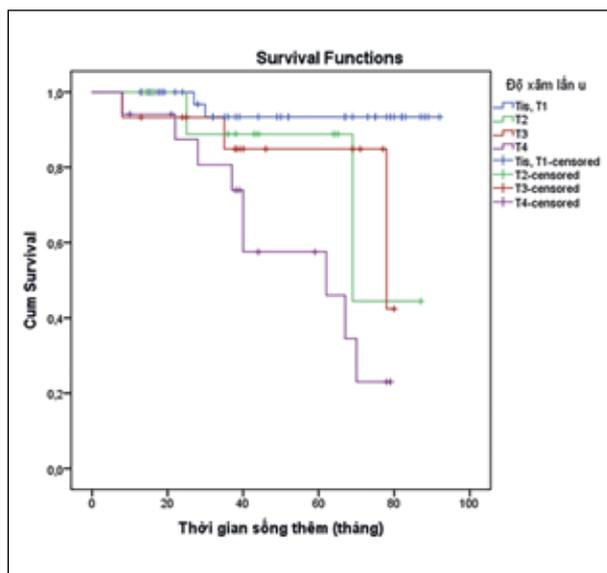
**Thời gian sống thêm sau mổ theo phương pháp Kaplan-Meier.**

Trong 132 NB NC, liên lạc được với 89 NB

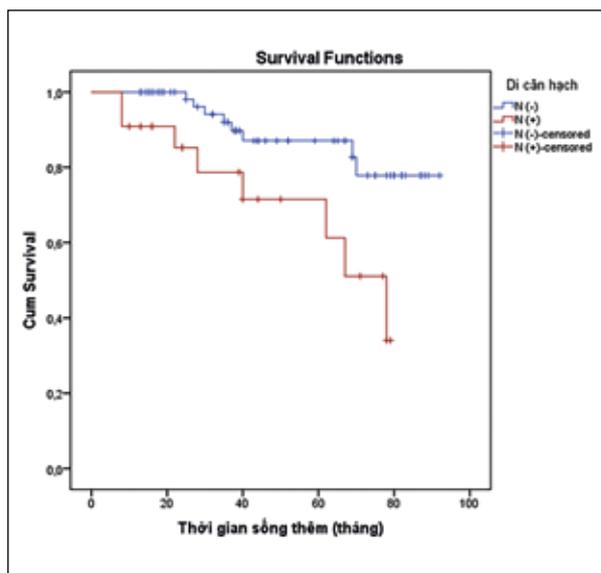
(67,4%). 73 NB còn sống (82,0%) và 16 NB đã chết (18,0%). TG sống thêm TB là 77,75 ± 3,12 tháng (min: 8 tháng, max: 92 tháng)

Bảng 3. Thời gian sống thêm theo di căn hạch vùng, độ xâm lấn – Biểu chứng xa

Đặc điểm	Số lượng theo dõi	Tử vong	Còn sống		TG sống thêm trung bình (tháng)	Log-rank Test	
			Số NB	%			
Di căn hạch vùng	N (-)	67	8	59	88,1	P = 0,007	
	N (+)	22	8	14	63,6		
Độ xâm lấn u	Tis, T1	46	2	44	95,7	P = 0,000	
	T2	11	2	9	81,8		
	T3	15	3	12	80,0		
	T4	17	9	8	47,1		
		NB tử vong		NB còn sống		Tổng	
		Số NB	%	Số NB	%	Số NB	%
Biểu chứng xa	Tái phát	1	1,1	1	1,1	2	2,2
	Di căn xa	11	12,4	1	1,1	12	13,5
	Bệnh khác	4	4,5	0	0,0	4	4,5



A



B

Hình 1. Thời gian sống thêm: A: theo độ xâm lấn u. B: theo di căn hạch

## Bàn luận

### Chỉ định PTNS liên quan đến đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi TB là  $61,17 \pm 11,50$  tuổi, cao nhất là 87 tuổi, thấp nhất là 31 tuổi, 95% NB có độ tuổi từ 59,19 đến 63,65 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,69/1. Có thể thấy NB ở độ tuổi cao vẫn có thể thực hiện được PTNS với kết quả sớm tốt.

Về đặc điểm mô bệnh học, tổn thương chủ yếu là UTBM tuyến (80,3%), còn UTBM tế bào nhẵn chiếm 19,7%. Về mức độ biệt hóa, kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ UTBM tuyến kém biệt hóa khá cao (47,7%), còn UTBM tuyến biệt hóa cao chỉ có 9,1%, thấp hơn so với NC của Trịnh Hồng Sơn là 40,9% [3]. Phần lớn u (66,7%) có kích thước lớn hơn 2cm, thể loét - sùi chiếm 44,7%.

Xâm lấn u ở mức độ T1 chiếm tỷ lệ cao nhất (51,5%), tương tự với NC của Nguyễn Anh Tuấn [4], T1 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (30%), khác với Phạm Văn Nam [5], tỷ lệ T2, T3 là chủ yếu (35,1% và 58,1%). Tỷ lệ di căn hạch của Tis – T1 là 6,9%: cho thấy lựa chọn chỉ định ESD với khối u dạ dày sớm cần cân nhắc kỹ lưỡng. Ngoài ra, theo NC của chúng tôi, tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến kém biệt hòa và ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm tới 67,4%. Vì vậy mặc dù kích thước u trung bình không cao, UTDD ở giai đoạn sớm nhưng chúng tôi vẫn chỉ định mổ thay vì cắt ESD, EMR. Với những trường hợp UTDD sớm, chúng tôi sẽ đánh dấu u bằng cách tiêm Xanh methylene qua nội soi dạ dày trước mổ để đảm bảo diện cắt trong những trường hợp mổ nội soi hoàn toàn. Theo hướng dẫn của ESMO [6], chỉ định ESD với khối u dạ dày giai đoạn rất sớm (T1a) nếu chúng giới hạn ở niêm mạc, biệt hóa tốt G1-2, kích thước  $\leq 2$  cm và không loét. Tiêu chuẩn cắt bỏ nội soi mở rộng liên quan đến kích thước, độ sâu xâm lấn niêm mạc và mức độ biệt hóa gồm: G1/G2-không loét, bất kỳ đường kính nào; G1/G2-loét, đường kính  $\leq 30$  mm; G3-không loét, đường kính  $\leq 20$  mm; khối u SM1 ( $<500 \mu\text{m}$ ) cắt bỏ nội soi có thể được cân nhắc đối với UTDD giai đoạn đầu với ít hơn hai tiêu chuẩn mở rộng [7]. Có hai hình thức cắt bỏ nội soi được sử dụng trong thực hành lâm

sàng, trong đó EMR được chấp nhận đối với các tổn thương nhỏ hơn 10-15 mm với khả năng mô học tiến triển rất thấp (Paris 0-IIa) [8]. Tuy nhiên, Hiệp hội nội soi tiêu hóa Châu Âu (ESGE) khuyến cáo ESD là phương pháp điều trị được lựa chọn cho hầu hết tổn thương tân sinh nông ở dạ dày [9].

Tỷ lệ di căn hạch vùng N0, N1, N2, N3 của NC lần lượt là 73,5%, 8,3%, 5,3% và 12,9%. Kết quả này tương tự Nguyễn Anh Tuấn [4], không di căn hạch vùng chiếm chủ yếu, khác với Phạm Văn Nam [5] là di căn hạch vùng N1 chiếm chủ yếu.

Về đặc điểm nạo vét hạch, chúng tôi thực hiện vét hạch triệt căn D2 cho 100% trường hợp. Số hạch nạo vét trung bình là  $17,51 \pm 8,74$  hạch, số hạch di căn trung bình là  $1,70 \pm 3,99$  hạch, di căn nhiều nhất là 22 hạch. Giai đoạn 2016 – 2018, số hạch nạo vét TB là  $13,24 \pm 7,47$  hạch, thấp hơn hẳn giai đoạn 2019 – 2023 là  $20,20 \pm 8,44$  hạch. Qua đó có thể thấy sự tiến bộ trong việc hoàn thiện kỹ thuật nạo vét hạch của chúng tôi. Theo AJCC/UICC [10], khuyến nghị cắt bỏ tối thiểu 15 hạch bạch huyết để đánh giá giai đoạn bệnh. Số hạch nạo vét trung bình của chúng tôi ít hơn tác giả Fabio Cianchi là 30,5 hạch [11]; nhiều hơn với Phạm Đức Huấn là 15,99 hạch [12]. Trong mổ mở, Trịnh Hồng Sơn vét được TB là 17,6 hạch [3]; Giuliani A là 22,6 hạch [13]. NC của tác giả Yanfeng Hu [14] khi so sánh PTNS và mổ mở cho thấy không có sự khác biệt về nạo vét hạch. Các tác giả kết luận PTNS có thể tương đương với mổ mở về mặt ung thư học.

Về mối liên quan giữa độ biệt hoá và di căn hạch: có tới 26,9% UTBM tế bào nhẵn và 36,5% UTBM tuyến kém biệt hóa có di căn hạch. Do đó, không đặt ra chỉ định ESD ở những trường hợp UTBM kém biệt hóa và UTBM tế bào nhẵn. NB UTBM biệt hoá cao không có di căn hạch và có tiên lượng tốt.

### Kết quả phẫu thuật

TG phẫu thuật TB của NC là  $196,0 \pm 43,8$  phút, ngắn hơn các tác giả Phạm Đức Huấn là  $206,5 \pm 48,2$  phút [12], Fabio Cianchi là  $262 \pm 8,6$  phút [11]. TG mổ của PTNS hoàn toàn với MN bằng stapler là 161,1 phút, ngắn hơn hẳn so với mổ nhỏ nối là 193,4 phút hay PTNS hoàn toàn nối bằng tay là 210,8 phút.

Có thể thấy việc sử dụng stapler đã giúp giảm đáng kể TG phẫu thuật. Danping Sun [15] NC trên 173 NB rút ra kết luận MN dạ dày ruột sử dụng stapler thẳng và máy nối tròn là an toàn và khả thi, trong đó sử dụng stapler thẳng rút ngắn TG phẫu thuật, giảm sự phụ thuộc vào chiều dài vết mổ và đẩy nhanh quá trình phục hồi ngắn hạn sau phẫu thuật hơn so với máy nối tròn.

Về phương pháp phẫu thuật, PTNS có mổ nhỏ và PTNS hoàn toàn tương ứng là 84,1% và 15,9%. 93,2% trường hợp thực hiện MN bằng tay và 6,8% bằng máy cắt thẳng. Hầu hết NB không gặp tai biến trong mổ. Chỉ có 4 trường hợp chảy máu trong mổ từ diện bóc tách u và phẫu tích hạch, xử trí bằng đốt điện cầm máu và 1 trường hợp rách thanh mạc ruột non, xử trí bằng khâu thanh cơ ruột non. Hầu hết NB của chúng tôi (97,7%) được thực hiện MN dạ dày – hồng tràng kiểu Finsterer, trong đó có 59,1% trước mạc treo đại tràng ngang và 38,6% qua mạc treo đại tràng ngang. Ngoài ra có 1,5% miệng nối Roux – en – Y và 0,8% miệng nối Péan. Tỷ lệ miệng nối Finsterer của chúng tôi cao hơn Phạm Văn Nam (51,35%), còn Roux-en-Y thấp hơn Phạm Văn Nam (37,84%)[5].

Hầu hết NB (93,9%) trong NC có hậu phẫu ổn định. Có 5 NB nhiễm khuẩn vết mổ, điều trị kháng sinh, thay băng hằng ngày; 1 NB tắc ruột sớm sau mổ, điều trị nội khoa; 1 NB áp xe dưới hoành, điều trị bằng dẫn lưu ổ dịch dưới chẩn đoán hình ảnh, kháng sinh; 1 NB viêm phổi và rò MN điều trị nội khoa. Không có trường hợp nào chảy máu sau mổ, xuất huyết tiêu hóa, rò mồm tá tràng, tử vong. Phạm Văn Nam [5] NC trên 74 NB, có 1 NB nhiễm khuẩn vết mổ, 1 NB viêm phổi. Kitano S [16] gặp biến chứng sau mổ là 12,7% gồm chảy máu 1,09%, hẹp MN 2,95%, rò MN 2,10%, áp xe tồn dư 1,43% và nhiễm khuẩn vết mổ 1,35%. NC ở Anh của tác giả Wyn trên 245 NB tỷ lệ rò MN là 5,6% [17]. NC của chúng tôi chỉ có 1/132 (0,8%) NB bị rò MN, kết quả rất khả quan. Các tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng PTNS cắt đoạn dạ dày, vét hạch D2 không làm tăng biến chứng và tỷ lệ tử vong sau mổ [5] [17].

TG trung tiện trung bình là  $3,1 \pm 1,2$  ngày tương đương với Phạm Đức Huấn [12]. NC đối chứng của tác giả Yanfeng Hu [14] cũng cho thấy TG trung tiện của PTNS sớm hơn mổ mở. TG nằm viện sau mổ trung bình là  $7,9 \pm 1,6$  ngày, ngắn hơn tác giả Phạm Văn Nam [5] là 8,6 ngày. Nghiên cứu đối chứng của tác giả Yanfeng Hu [14] đều khẳng định đỡ đau, hồi phục nhanh là ưu điểm của PTNS.

Hầu hết NB (84,1%) được PTNS có mổ nhỏ dưới mũi ức để thực hiện MN với chiều dài vết mổ là 5,22cm. Có 15,9% NB được PTNS hoàn toàn với đường mổ nhỏ lấy bệnh phẩm 4,29cm. Có thể thấy PTNS với đường mổ bụng trung bình 5,07cm giúp NB đỡ đau, hồi phục tốt và thẩm mỹ hơn so với mổ mở.

#### **Thời gian sống thêm sau mổ**

TG sống thêm trung bình của nhóm NC là  $77,75 \pm 3,12$  tháng. TG theo dõi ngắn nhất là 8 tháng, dài nhất là 92 tháng. Theo NC của chúng tôi, tỷ lệ sống thêm của các người bệnh không di căn hạch và có di căn hạch lần lượt là 82,26 tháng; 60,04 tháng, khác biệt với  $P < 0,05$ . Theo Bùi Trung Nghĩa [18], tỷ lệ sống sau 5 năm với N0, N1, N2, N3 tương ứng là: 93,6%; 54,4%; 51,0%; 0%. Như vậy là di căn hạch và số lượng hạch di căn là yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTDD.

Tỷ lệ sống của u xâm lấn mức độ Tis, T1 là 95,7%; T2 là 81,8%; T3 là 80,0%; T4 là 47,1%; Thời gian sống thêm trung bình của u xâm lấn mức độ Tis+T1, T2, T3 và T4 tương ứng là 87,83 tháng, 72,11 tháng, 70,53 tháng và 53,96 tháng. Theo Chen K [19], tỷ lệ sống 5 năm không bệnh tật ở nhóm u T1 là 90,7%, T2 là 81,2%; T3 là 67,6%, T4a là 33,9%.

Về nguyên nhân tử vong, trong 16 NB đã chết, NC có 11 NB di căn xa, 1 NB tái phát u. Tất cả NB di căn xa đều là UTDD giai đoạn tiến triển, trong đó có 45,5% giai đoạn II, 54,5% giai đoạn III. Về mô bệnh học, có 90,9% là UTBM tuyến kém biệt hóa hoặc UTBM tế bào nhẵn, 1 trường hợp là UTBM tuyến biệt hóa vừa (T3N3a). Ngoài ra, có 4 NB chết vì bệnh khác: 2 NB đột quy (T1aN0, T1bN0), 1 NB viêm phổi (T1bN0), 1 NB viêm khớp háng

(T4aN3b). Như vậy, ngoài nguyên nhân tử vong do bệnh lý nội khoa, giai đoạn bệnh và mô bệnh học có ảnh hưởng lớn đến TG sống thêm của NB sau mổ.

### Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 là kỹ thuật an toàn, biến chứng sau phẫu thuật thấp, TG phục hồi ngắn và đảm bảo tiên lượng sống tương đương với mổ mở. Cần cân nhắc kỹ lưỡng chỉ định cắt hết u qua nội soi (EMR, ESD) khi không có đầy đủ tiêu chuẩn. PTNS hoàn toàn cắt bán phần dạ dày với MN bằng máy có kết quả điều trị ưu thế hơn các kỹ thuật khác. Di căn hạch và mức độ xâm lấn u tại chỗ vẫn luôn là những yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến thời gian sống sau mổ của NB.

### Tài liệu tham khảo

1. Kitano S, Iso Y, Moriyama M, Sugimachi K. Laparoscopy-assisted Billroth I gastrectomy. *Surg Laparosc Endosc.* 1994;4(2):146-148.
2. Liu F, Huang C, Xu Z, et al. Morbidity and Mortality of Laparoscopic vs Open Total Gastrectomy for Clinical Stage I Gastric Cancer: The CLASS02 Multicenter Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2020;6(10):1590-1597.
3. Trịnh Hồng Sơn. Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận án tiến sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2001.
4. Nguyễn Anh Tuấn, Lương Ngọc Cương. Kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt bán phần dưới dạ dày, vét hạch D2 điều trị ung thư dạ dày. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* 2021;(16):89-95.
5. Phạm Văn Nam. 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 sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2019.
6. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology.* 2022;33(10):1005-1020.
7. Probst A, Schneider A, Schaller T, Anthuber M, Ebigo A, Messmann H. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: are expanded resection criteria safe for Western patients? *Endoscopy.* 2017;49(9):855-865.
8. Ono H, Yao K, Fujishiro M, et al. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer (second edition). *Dig Endosc.* 2021;33(1):4-20.
9. Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M, Ponchon T, et al. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47(9):829-854.
10. Miranda GM, Xue Y, Zhou XG, et al. Revisiting the 8th AJCC system for gastric cancer: A review on validations, nomograms, lymph nodes impact, and proposed modifications. *Ann Med Surg (Lond).* 2022;75:103411.
11. Fabio Cianchi, Giampiero Indennitate, Giacomo Trallori et al, Robotic vs laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer: a retrospective comparative mono-institutional study, *BMC Surgery,* 2016;16(1), pp.65.
12. Phạm Đức Huấn, Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Văn Tráng và cs, Kết quả phẫu thuật cắt đoạn dạ dày nạo vét hạch D2 nội soi, Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam. 2012;số 1(tập 2): tr 29-33.
13. Giuliani a., Caporale A., Corona M. et al., Lymphadenectomy in Gastric Cancer: Influence on Prognosis of Lymph Node Count, *J. Exp. Clin. Cancer Res,* 2004;23(2), pp. 215-224.
14. Yanfeng Hu, Changming Huang, Yihong Sun. et al, Morbidity and Mortality of Laparoscopic Versus Open D2 Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Randomized Controlled Trial, *American Society of Clinical Oncology.* 2016;24:1350-1356.
15. Sun D, Zhang R, Wei M, et al. Comparison Between Linear Stapler and Circular Stapler After Laparoscopic-Assisted Distal Gastrectomy in Patients With Gastric Cancer. *Front Surg.* 2022;9:858236.
16. Kitano S., Etoh T. and Shiraishi N. *Laparoscopic Gastrectomy, The Diversity of Gastric Carcinoma: Pathogenesis, Diagnosis and Therapy,* Springer, Tokyo, 2005;pp. 287-298.
17. Wyn GL and Paul E. D2 or not D2? The gastrectomy question. *Gastric Cancer,* 2002; 5, 29-34.
18. Bùi Trung Nghĩa, Trịnh Hồng Sơn. 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. *VMJ.* 2021;505(2):267-271.
19. Ke Chen, Xiaowu Xu, Yiping Mou, Yu Pan et al. Totally Laparoscopic Distal Gastrectomy with D2 Lymphadenectomy and Billroth II Gastrojejunostomy for Gastric Cancer: Short- and Medium-term Results of 139 Consecutive Cases from a Single Institution, *Int. J. Med. Sci.* 2013, 10(11), 1462-1470.