

ĐẶC ĐIỂM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI DẠ DÀY, NẠO VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Trương Đức Cường^{1,2}, Trịnh Văn Thảo¹, Nguyễn Văn Trí²,
Nguyễn Quốc Triệu¹, Nguyễn Đức Hải²

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Quân y 175 và mối liên quan của các yếu tố: BMI, vị trí, kích thước và độ xâm lấn khối u với thời gian phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu, cắt ngang phân tích trên 54 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày, điều trị tại Bệnh viện Quân y 175, thời gian từ 01/2019 đến 06/2024. Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày bằng kết quả mô bệnh học sau mổ. Chẩn đoán giai đoạn Ung thư dạ dày (UTDD) từ giai đoạn I đến giai đoạn III theo tiêu chuẩn AJCC/UICC (2017).

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,7 \pm 11,9$. Tỷ lệ nam/nữ là 2,17/1. Bệnh nhân thừa cân chiếm 25,9%. Vị trí khối u trên nội soi là 1/3 dưới (68,5%) và 1/3 giữa (31,5%). Độ xâm lấn của u chủ yếu ở T3 (87%). Di căn hạch vùng lân cận là N0 (50%), N1 (29,6%), N2 (14,8%) và N3 (5,6%). Không có di căn xa. Tất cả các bệnh nhân được mổ nội soi và phục hồi lưu thông bằng phương pháp Roux-en-Y, không có bệnh nhân nào chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là $322 \pm$

¹ Bệnh viện Quân y 175

² Học viện Quân y

Người phản hồi: Trương Đức Cường, email: truongduccuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2024

Ngày phản biện: 30/9/2024

42 (129 – 330) phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình của bệnh nhân là $35,74 \pm 16,21$ ml. Tổng số hạch được nạo vét là 746, số hạch trung bình được nạo vét là $13,8 \pm 2,1$. Có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,70% bị rách mạc treo trong phẫu thuật. Không có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với chỉ số BMI, vị trí, kích thước và độ xâm lấn khối u.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày có độ an toàn, hiệu quả cao. Không có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với chỉ số BMI, vị trí, kích thước và độ xâm lấn khối u.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2.

**CHARACTERISTICS OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY
WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA
AT MILITARY HOSPITAL 175**

SUMMARY

Objectives: To survey some characteristics of laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric adenocarcinoma at Military Hospital 175 and the relationship between some factors and surgical time.

Materials and methods: Retrospective and prospective, cross-sectional study on 54 patients with gastric adenocarcinoma, treated at Military Hospital 175, from January 2019 to June 2024. The diagnosis of gastric adenocarcinoma was based on postoperative histopathological results. The stage diagnosis of gastric cancer was based on AJCC/UICC (2017).

Results: The average age of the patients was 60.7 ± 11.9 . The male/female ratio was 2.17/1. Overweight patients accounted for 25.9%. The tumor location on endoscopy was the lower third (68.5%) and middle third (31.5%). Tumor invasion was mainly at T3 (87%). Lymph node metastasis was N0 (50%), N1 (29.6%), N2 (14.8%) and N3 (5.6%), respectively. There was no distant metastasis. All patients underwent laparoscopic surgery with Roux en Y reconstruction, no patient was converted to open surgery. The average surgical time was 322 ± 42 (129 – 330) minutes. The perioperative blood loss was 35.74 ± 16.21 . The total number of lymph nodes removed was 746, the average number of lymph nodes removed was 13.8 ± 2.1 . There were 2 patients, accounting for 3.70%, who had mesenteric tears during surgery. There was no relationship between surgery time and BMI, location, size and tumor invasion.

Conclusion: Laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric adenocarcinoma is safe and highly effective. There was no relationship between surgery time and BMI, location, size and tumor invasion.

Keywords: Gastric adenocarcinoma, laparoscopic distal gastrectomy, D2 lymphadenectomy.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong những bệnh ung thư và phổ biến nhất trên thế giới ở cả nam và nữ, đặc biệt là nam giới lớn tuổi. Trong các phương pháp điều trị hiện nay, phẫu thuật cắt bỏ khối u cùng với bóc tách hạch bạch huyết là phương pháp quan trọng nhất, đặc biệt ở giai đoạn khối u còn khả năng cắt bỏ [1]. Kể từ khi ra đời vào năm 1994, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt dạ dày đã được áp dụng rộng rãi cho ung thư biểu mô dạ dày giai đoạn sớm. Hơn nữa, phẫu thuật cắt dạ dày nội soi, nạo vét hạch D2 ngày càng được công nhận là một phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả để cắt bỏ triệt để ung thư dạ dày giai đoạn xa tiến triển cục bộ [2]. Các nghiên cứu cũng ghi nhận PTNS điều trị UTDD có độ an toàn cao, ít biến chứng, thời gian phục hồi nhanh, có tính thẩm mỹ và vẫn đảm bảo được nguyên tắc điều trị ung thư. Tại Việt Nam, PTNS điều trị UTDD đã được áp dụng tại một số bệnh viện lớn như: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy.... Tại Bệnh viện Quân Y 175, phẫu thuật nội soi điều trị UTDD đã được tiến hành từ

năm 2017 trên nhiều bệnh nhân UTDD, tuy nhiên còn ít đề tài đánh giá đặc điểm và kết quả của phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đặc điểm phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Quân y 175” nhằm khảo sát một số đặc điểm của phẫu thuật nội soi điều trị UTDD và ảnh hưởng của một số yếu tố đến thời gian phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng: 54 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày, được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2, tại Khoa Ngoại Bụng Bệnh viện Quân y 175, thời gian từ 01/2019 đến 06/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày ở giai đoạn I đến giai đoạn III theo AJCC/UICC (2017), được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc các bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có

tiền sử cắt dạ dày, ung thư dạ dày tái phát hoặc đã bị một loại ung thư khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu, cắt ngang phân tích.

- Chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày bằng kết quả mô bệnh học sau mổ. Chẩn đoán giai đoạn UTDD theo tiêu chuẩn AJCC/UICC (2017) [3].

- Phương pháp tiến hành: Lựa chọn bệnh nhân có chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến dạ dày. Tiến hành các xét nghiệm, phẫu thuật cắt bỏ bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2 (đối với bệnh nhân tiền cứu). Đối với các bệnh nhân hồi cứu, khai thác các thông tin trong hồ sơ bệnh án về đặc điểm lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật của bệnh nhân.

- Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và SPSS 22.0. Phân tích thống kê bằng tính tần suất, tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh các giá trị trung bình bằng kiểm định T test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được giải thích kỹ trước khi tham gia nghiên cứu đối với các trường hợp tiền cứu và không phải trả thêm chi phí nào cho quá trình thực hiện đề tài.

Thông tin nghiên cứu được giữ bí mật theo quy định

Nghiên cứu được Hội đồng Y đức Bệnh viện Quân y 175 thông qua và chấp thuận.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân tham gia nghiên cứu (n = 54)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	3	5,6
	41-50	9	16,7
	51-60	8	14,8
	> 60	34	63
	Trung bình	60,7 ± 11,9	
Giới	Nam	37	68,5
	Nữ	17	31,5
BMI	< 18,5	8	14,8
	18,5 – 22,9	32	59,3
	≥ 23	14	25,9

Vị trí khối u	1/3 giữa	17	31,5
	1/3 dưới	37	68,5
Kích thước khối u	< 3	25	46,3
	3 - 5	27	50
	>5	2	3,7
Độ xâm lấn khối u	T Tis	2	3,7
	T2	5	9,3
	T3	47	87
Di căn hạch vùng	N0	27	50
	N1	16	29,6
	N2	8	14,8
	N3	3	5,6
Di căn xa	M0	54	100

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $60,7 \pm 11,9$. Phân bố tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác như Nguyễn Quang Bộ (2017) [4], Phan Cảnh Duy (2019) [5]. Điều này cũng phù hợp với cơ chế bệnh sinh của nhiều loại ung thư nói chung theo sự lão hóa của cơ thể. Trước đây, người cao tuổi là một yếu tố thường được cân nhắc trong PTNS nói chung, vì thời gian mổ nội soi thường dài hơn mổ mở dẫn tới nguy cơ tăng các tai biến trong và sau mổ. Tuy nhiên, quan điểm này đã thay đổi trong nhiều năm trở lại đây. Yasuda và cộng sự (2004) so sánh giữa PTNS và mổ mở trên nhóm bệnh nhân > 70 tuổi, kết quả cho thấy tỉ lệ biến chứng sau mổ không có sự khác biệt ($p > 0,05$), trong khi thời gian hậu phẫu trong nhóm mổ nội soi ngắn hơn đáng kể ($p = 0.011$) [6]. Như vậy, khi trình độ PTNS và gây mê hồi sức phát triển, PTNS cắt dạ dày có thể thực hiện an toàn đối với

các bệnh nhân cao tuổi, giúp rút ngắn thời gian phục hồi sau mổ và tránh được các biến chứng toàn thân.

Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 2,17/1. Người ta cho rằng, các nội tiết tố sinh dục nữ có vai trò bảo vệ đối với nguy cơ UTDD, làm cho nữ có nguy cơ mắc UTDD thấp hơn so với nam. Vì vậy, tỷ lệ nam/nữ trong UTDD thường lớn hơn 1.

Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân trong nghiên cứu khá cao, chiếm 25,9%, cao hơn so với một số tác giả khác như Đặng Quốc Ái (2022) [7] và Trần Tuấn Anh (2024) [8]. Béo phì là một yếu tố được quan tâm trong phẫu thuật nội soi do lớp mỡ bao quanh các tạng có thể ảnh hưởng đến quá trình bóc tách và nạo vét hạch.

Vị trí khối u trong nghiên cứu là 1/3 dưới (68,5%) và 1/3 giữa (31,5%). Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên đối tượng

bệnh nhân cắt bán phần dưới dạ dày, do vậy các khối u ở vị trí 1/3 dưới và 1/3 giữa dạ dày. Kích thước trung bình của khối u là $2,90 \pm 1,24$, trong đó khối u có kích thước < 3 cm và từ 3 – 5 cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 46,3% và 50%. Kích thước khối u > 5 cm chiếm 3,7%. Kích thước khối u trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Bộ (2017) với kích thước u trung bình là $5,38 \pm 1,88$ [4] và Trần Tuấn Anh (2024) với kích thước u trung bình là $4,2 \pm 2,5$ cm (0,5-10), đa số bệnh nhân có kích thước thương tổn từ 3-5 cm, chiếm 35,6% [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ xâm lấn của u chủ yếu ở T3 (87%). Di căn hạch vùng lần lượt là N0 (50%), N1 (29,6%), N2 (14,8%) và N3 (5,6%), không có di căn xa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp với tác giả Phan Cảnh Duy (2019) với u ở giai đoạn T3 chiếm đa số, với tỷ lệ 83,3%, giai đoạn II chiếm 87,0%, giai đoạn III chiếm 13,0% [5]. Như vậy, PTNS điều trị UTDD có thể thực hiện an toàn với các khối u giai đoạn tiến triển, ngay cả khi u đã lan tới lớp dưới thanh mạc (T3).

3.2. Một số đặc điểm của phẫu thuật

Bảng 2. Một số đặc điểm của phẫu thuật (n = 54)

Đặc điểm phẫu thuật		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Phương pháp cắt dạ dày	Cắt 3/4 dạ dày	35	64,8
	Cắt 4/5 dạ dày	19	35,2
Phục hồi lưu thông bằng phương pháp Roux- enY		54	100
Chuyển mổ mở		0	0
Thời gian phẫu thuật (trung bình) (phút)		322 ± 42 (129 – 330)	
Số troca sử dụng		$6,0 \pm 0,0$	
Số hạch được nạo vét		$13,8 \pm 2,1$	
Lượng máu mất trong mổ	≤ 30 ml	24	44,4
	31 - 40 ml	14	25,9
	41 - 50 ml	8	14,8
	≥ 50 ml	8	14,8
	Trung bình	$35,74 \pm 16,21$	
Tai biến trong mổ	Rách mạc treo	2	3,70

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được mổ nội soi, không có bệnh nhân nào chuyển mổ mở. Tỷ lệ chuyển mổ mở khác nhau trong nhiều nghiên cứu. Theo

nghiên cứu của tác giả Phan Cảnh Duy (2019) [5], tỷ lệ chuyển mổ nội soi sang mổ mở là 4,5%. Trong nghiên cứu của tác giả Đặng Quốc Ái và cộng sự (2022), tỷ

lệ bệnh nhân phải chuyển mổ mở là 6,4% [7]. Có nhiều nguyên nhân chuyển mổ mở, chủ yếu vẫn là chảy máu từ động mạch vị phải, động mạch vị trái và các tĩnh mạch vị ngấn. Các nguyên nhân khác cũng thường gặp như tổn thương các tạng kèm theo như lách, đại tràng ngang..., do dây dính từ lần mổ trước. Đối với thương tổn giai đoạn tiến triển, xâm lấn cơ quan khác cũng là nguyên nhân chuyển mổ mở. Hơn nữa, tỉ lệ chuyển mổ mở còn phụ thuộc vào kinh nghiệm PTNS của phẫu thuật viên. Như vậy, tỉ lệ thực hiện được PTNS cắt dạ dày và nạo hạch cao nếu được chỉ định đúng.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được phục hồi lưu thông bằng phương pháp Roux-en-Y. Theo nghiên cứu của tác giả Phan Cảnh Duy (2019), tái lập lưu thông tiêu hóa theo kiểu Polya 85,2%, kiểu Roux-en-Y 14,8% [5]. Việc lựa chọn phương pháp và phương tiện thực hiện miệng nối hoàn toàn phụ thuộc vào sự ưa thích và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 322 ± 42 (129 – 330) phút. Theo nghiên cứu của tác giả Phan Cảnh Duy (2019), thời gian mổ nội soi trung bình là $153,6 \pm 38,5$ phút (90 – 120) [5]. Trong nghiên cứu của tác giả Đặng Quốc Ái và cộng sự (2022), thời gian phẫu thuật là $153,6 \pm 38,5$ (90 – 210) phút [7]. Như vậy, nhìn chung, thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số tác giả khác.

Tổng số hạch được nạo vét là 746, số hạch trung bình được nạo vét là $13,8 \pm$

2,1. Số hạch được nạo vét trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phan Cảnh Duy (2019) với số hạch trung bình vét được là $17,02 \pm 1,64$ [5] và nghiên cứu của tác giả Trần Tuấn Anh (2024), số hạch lympho trung bình vét được trong mổ là $17,1 \pm 9,3$ hạch (1- 47) [8]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đặng Quốc Ái và cộng sự (2022) với số hạch được nạo vét trung bình là $11,6 \pm 2,9$ (8 - 20) [7].

Lượng máu mất trong mổ trung bình của bệnh nhân là $35,74 \pm 16,21$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự so với nghiên cứu của tác giả Võ Duy Long (2017), lượng máu mất trung bình của bệnh nhân cắt bán phần cực dưới dạ dày là $31,3 \pm 14,1$ (ml) [9]. Tuy nhiên, lượng máu mất trong mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của một số tác giả khác như nghiên cứu của Chen (2014) với lượng máu mất trung bình là $136,3 \pm 78,6$ (ml) [10]. Lượng máu mất trong mổ được ước tính dựa vào lượng máu hút ra ở bình hút và số gạc thấm máu (mỗi gạc nhỏ tương đương 5 ml máu). Lượng máu mất trong mổ được xem là một trong những yếu tố đánh giá tính an toàn của phẫu thuật. Hiểu rõ về giải phẫu các mạch máu quanh dạ dày và mặt phẳng phẫu tích nạo hạch sẽ giúp giảm lượng máu mất trong mổ. Đối với các mạch máu lớn như vị mạc nối, vị phải, vị trái, vị ngấn... phẫu thuật viên chủ động phẫu tích và thắt rời mới cắt nên ít chảy máu. Đa số các trường hợp mất máu là

do chảy từ những mạch máu nhỏ tăng sinh. Mất máu thường xảy ra trong quá trình nạo hạch. Đặc biệt, ở bệnh nhân mập, béo phì sẽ làm tăng độ khó khi nạo hạch qua PTNS, do khó tạo khoảng trống thao tác. Mạc nối lớn dày và mỡ bao phủ các tạng, mạch máu nhiều còn gây khó xác định các mốc giải phẫu [12]. Như vậy, rõ ràng lợi điểm của PTNS cắt dạ dày là mất máu ít.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,70% bị rách mạc treo trong phẫu thuật. Theo nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Tráng (2012), các tai biến

trong phẫu thuật nội soi điều trị UTDD bao gồm rách mạc treo đại tràng ngang (2,9%), thủng đại tràng góc gan (1,4%), rách nhu mô tụy (1,4%), rách bao lách (1,4%), chảy máu mặt dưới gan (1,4%) [11]. Tai biến trong mổ là một trong những yếu tố đánh giá tính an toàn của phẫu thuật. Trong PTNS cắt dạ dày và nạo hạch, tai biến thường xảy ra ở các thì phẫu tích nạo hạch. Như vậy, tỷ lệ tai biến trong mổ của PTNS cắt bán phần dạ dày thấp, và phần lớn các tai biến này đều được xử lý ổn bằng dao mổ siêu âm hoặc dao hàn mạch.

3.3. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với một số yếu tố

Bảng 3. Mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với chỉ số BMI; độ xâm lấn; vị trí; kích thước của khối u (n = 54)

<i>Thời gian phẫu thuật</i>		<i>Số bệnh nhân (n)</i>	<i>Trung bình (giờ) (Min – Max)</i>	<i>P</i>
<i>Đặc điểm</i>				
BMI	< 18,5	8	3,66 ± 0,51 (3 – 4,5)	0,64
	18,5 – 22,9	32	3,70 ± 0,63 (2,15 – 5,5)	
	≥ 23	14	3,89 ± 0,87 (2,2 – 5,5)	
Độ xâm lấn khối u	Tis	2	3,25 ± 0,35 (3 – 3,5)	0,39
	T2	5	3,50 ± 0,50 (3 – 4)	
	T3	47	3,79 ± 0,70 (2,15 – 5,5)	

Vị trí khối u	1/3 G	17	3,91 ± 0,48 (3 - 5)	0,23
	1/3 D	37	3,67 ± 0,74 (2,15 - 5,5)	
Kích thước khối u	< 3	25	3,93 ± 0,70 (2,15 - 5,5)	0,11
	3 - 5	27	3,55 ± 0,63 (2,2 - 5,0)	
	> 5	2	3,95 ± 0,64 (3,5 - 4,4)	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và chỉ số BMI của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp so với nghiên cứu của tác giả Trần Tuấn Anh (2024), với sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa các nhóm BMI không có ý nghĩa thống kê [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Jung và cs (2014) trên 1512 bệnh nhân UTDD được PTNS, cho thấy thời gian mổ kéo dài hơn đáng kể ở nhóm bệnh nhân BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$ ($p = 0,01$) [12].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và độ xâm lấn của khối u. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp so với nghiên cứu của tác giả Võ Duy Long (2017) [10] và Trần Tuấn Anh [8] với sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa nhóm tổn thương ở giai đoạn T4a và nhóm dưới giai đoạn T4a không có ý nghĩa thống kê. Các tác giả cho rằng

thời gian mổ của PTNS cắt dạ dày và nạo hạch tùy thuộc nhiều vào có chảy máu nhiều trong mổ khi nạo hạch hay không. Tất cả các trường hợp của chúng tôi đều nạo hạch D2 với kỹ thuật nạo hạch cùng với mô mỡ quanh mạch máu và dạ dày thành một khối nên thời gian mổ không phụ thuộc nhiều vào độ xâm lấn thành dạ dày mà phụ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân như mô viêm nhiều, tăng sinh mạch máu nhiều...

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa các nhóm bệnh nhân có khối u ở 1/3 G và 1/3 D dạ dày không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự phù hợp so với nghiên cứu của tác giả Trần Tuấn Anh (2024) với sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa các nhóm vị trí tổn thương trong và sau mổ, giữa nhóm có kích thước thương tổn ≤ 5 cm và > 5 cm không có ý nghĩa thống kê [8]. Các tác giả cho rằng, thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều hơn vào kinh nghiệm, sự phối

hợp của các phẫu thuật viên hơn là các đặc điểm của khối u như vị trí, kích thước và độ xâm lấn....

4. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt bán phần

cực dưới, nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày có độ an toàn, hiệu quả cao. Không có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật với chỉ số BMI, vị trí, kích thước và độ xâm lấn khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. Jin, H. D. Liu, K. Yang et al. (2022), “Effectiveness and safety of robotic gastrectomy versus laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: a meta-analysis of 12,401 gastric cancer patients”, *Updates Surg.* 74(1), tr. 267-281.
2. J. Yu, C. Huang, Y. Sun et al. (2019), “Effect of Laparoscopic vs Open Distal Gastrectomy on 3-Year Disease-Free Survival in Patients With Locally Advanced Gastric Cancer: The CLASS-01 Randomized Clinical Trial”, *JAMA.* 321(20), tr. 1983-1992.
3. Amin, M.B, (2017) The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin.* 67(2): p. 93-99.
4. Nguyễn Quang Bộ (2017), *Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn kết hợp hóa chất*, Luận án Tiến sĩ Y học, Ngoại Tiêu hóa, Đại học Y dược Huế.
5. 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 hóa trị sau mổ*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. K. Yasuda, K. Sonoda, H. Shiroshita et al. (2004), “Laparoscopically assisted distal gastrectomy for early gastric cancer in the elderly”, *Br J Surg.* 91(8), tr. 1061-5.
7. Đặng Quốc Ái, Vũ Khang Ninh và Nguyễn Thành Vinh (2022), «Kết quả dài hạn phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày, nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại bệnh viện Thanh Nhàn», *Tạp chí Y học Việt Nam.* Tập 520, tháng 11, số chuyên đề 2022.
8. Trần Tuấn Anh (2024), *Đánh giá kết quả phẫu thuật và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cắt toàn bộ dạ dày nội soi do ung thư*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.

9. Võ Duy Long, (2017,), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày theo giai đoạn I, II, III. Luận án tiến sĩ Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

10. Chen, K., Mou Y P, Xu X W et al (2014), Short-term surgical and long-term survival outcomes after laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric cancer. *BMC Gastroenterol.* 14: tr. 41.

11. 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 Đại học Y Hà nội.

12. Ji Hoon Jung, Seong Yeop Ryu, Mi Ran Jung et al (2014), “Laparoscopic Distal Gastrectomy for Gastric Cancer in Morbidly Obese Patients in South Korea”, *JGC.* 14(3), tr. 187-195.